

BV-Vergütung

§ 1

Vergütungspositionen

Die BV-Partner vereinbaren für die in dieser Anlage 3 zu erbringenden Leistungen folgende Vergütung:

Für die in der nachfolgenden Vergütungstabelle aufgeführten Leistungen gilt, soweit in dieser Anlage nebst Anhängen nicht ausdrücklich etwas anderes bestimmt wird, das Folgende:

Die nachfolgende Vergütung ist für den an dem BV-Vertrag teilnehmenden Versicherten nur abrechnungsfähig, wenn die gesicherten Diagnosen nach § 10 durch den Arzt dokumentiert werden. Alle Leistungen sind am selben Tag pro Leistungserbringer und pro an dem BV-Vertrag teilnehmenden Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

I. BV – Vergütung für den Hausarzt und die diabetologische Schwerpunktpraxis

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Kontaktabhängige Koordinierungs- und Betreuungspauschale (KKP)	Kontaktabhängige Koordinierungs- und Betreuungspauschale für die Betreuung der Patienten im Rahmen des BV-Vertrages	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	25,00 EUR
Betreuungspauschale für multimorbide Versicherte (BP)	Besondere Betreuung von Versicherten mit erhöhtem Betreuungsaufwand für Erkrankungen nach Anhang 1 der Anlage 3	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	17,50 EUR

II. BV-Vergütung für die telemedizinischen Zentren

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Tele-Coaching-Pauschale im 1. Versichertenteilnahmejahr	<p>12-Monats-Betreuung durch den Tele-Coach während des 1. Versichertenteilnahmejahres:</p> <p>14 Tele-Coaching-Gespräche inkl. Vor- und Nachbereitung anhand des vorgegebenen Tele-Coaching-Prozess nach Anhang 3 der Anlage 3</p> <p>Inhalte der Gespräche anhand des vorgegebenen Tele-Coaching-Prozesses nach Anhang 3 der Anlage 3</p> <p>Vereinbarung von Therapiezielen (HbA1c und BMI) nach Anhang 2 der Anlage 3 während des zweiten Tele-Coaching-Gesprächs</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal</p> <p>Max. 4 x für das 1. Versichertenteilnahmejahr</p>	100,31 EUR
Tele-Coaching-Pauschale für das 2. Versichertenteilnahmejahr	<p>Betreuung durch den Tele-Coach für das 2. Versichertenteilnahmejahr:</p> <p>Voraussetzung:</p> <p>Erreichen mindestens eines Therapiezieles (HbA1c oder BMI) des Anhangs 2 der Anlage 3</p> <p>1 Tele-Coaching-Gespräch inkl. Vor- und Nachbereitung anhand des vorgegebenen Tele-Coaching-Prozesses im Abrechnungsquartal nach Anhang 3 der Anlage 3</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal</p> <p>Max. 4 x für das 2. Versichertenteilnahmejahr</p>	25,00 EUR

III. BV-Vergütung der DITG

Bezeichnung der BV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Vorhalten der telemedizinischen Infrastruktur inkl. des TeLiPro-Portals während des 1. Versichertenteilnahmejahres	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhalten des TeLiPro-Portals • Gerätehotline, Kundenservice, Service-Hotline (Mo-Fr 8 -18 Uhr) • Qualitätsmanagement: Sicherstellung gleicher und hoher Programmqualität zur Sicherstellung der Ergebnisse: Monitoring, ggf. Nachsteuerung 	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro 1. Versichertenteilnahmejahr	27,18 EUR
Vorhalten der telemedizinischen Infrastruktur inkl. des TeLiPro-Portals während des 2. Versichertenteilnahmejahres	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhalten des TeLiPro-Portals • Gerätehotline, Kundenservice, Service-Hotline (Mo-Fr 8 -18 Uhr) • Qualitätsmanagement: Sicherstellung gleicher und hoher Programmqualität zur Sicherstellung der Ergebnisse: Monitoring, ggf. Nachsteuerung 	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x für das 2. Versichertenteilnahmejahr	24,94 EUR
Einzelleistungen			
Telemedizinische Ausstattung des Versicherten „Tele-Starterkit“	Vorhalten, Konfiguration und Versand der telemedizinischen Ausstattung (Waage, Schrittzähler, BZ-Gerät inkl. 100 Teststreifen u. Lanzetten) mit HUB inkl. Sim-Karte und Datentransfer in das TeLiPro-Portal	Einmalig je Versicherten	336,36 EUR

IV. BV-Vergütung für die Augenärzte

Bezeichnung der BV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschalen			
BP Betreuungspauschale	Besondere Betreuung des Versicherten sowie Terminvergabe nach NVL; Mitteilung der Terminwiedervorstellung an den Tele-Coach; verpflichtende Dokumentation der Befunde im Mitteilungsbogen für alle teilnehmenden Versicherten an den Hausarzt/die diabetologische Schwerpunktpraxis nach Anlage 10.1 und Versand an den Hausarzt und /oder die diabetologische Schwerpunktpraxis	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	15,00 EUR
Upload des Mitteilungsbogens ins TeLiPro-Portal	Upload des Mitteilungsbogens nach Anlage 10.1 ins TeLiPro-Portal für alle teilnehmenden Versicherte	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	20,00 EUR
Upload der Fundus-Fotographie ins TeLiPro-Portals	Durchführung und Upload der Fundus-Fotographie (FD-Foto) nach Untersuchung	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	30,00 EUR
Durchführung und Upload der Optischen Kohärenztomografie (OCT)	Durchführung und Upload der Optischen Kohärenztomografie (OCT) bei auffälligen Befunden von mind. 2 repräsentativen Schnitten, die die Pathologie zeigen Keine Abrechnung über andere Selektivverträge	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	60,00 EUR
Upload der Fluoreszeinangiographie (FLA)	Upload der Fluoreszeinangiographie (FLA) mit Leerbild, Frühphasenbild und Spätphasenbild nach mind. 3 Minuten bei Versicherten mit gesicherter Retinopathie	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	10,00 EUR
Strukturierte Patientenschulung	Strukturierte Patientenschulung in gemeinsamer Durchführung vom Augenarzt und der augenheilkundlich technischen Assistenz zur Diagnose, Therapie und Alltagsbewältigung bei gesicherter diabetischer Retinopathie. Der Augenarzt stellt in geeigneter Weise ein Remindersystem sicher, um die Versicherten rechtzeitig an die Teilnahme der einzelnen Informationsveranstaltungen zu erinnern. Eine Einheit umfasst 90 min. Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten	Vergütung pro Schulungseinheit pro Patient Max. 3 Schulungseinheiten pro Patient insgesamt	25,00 EUR

Zuschlag			
Z 1 Zuschlag für strukturierte Patientenbetreuung über die augenheilkundlich technische Assistenz (ATA)	Mitbetreuung der Versicherten durch eine geprüfte augenheilkundlich technische Assistenz (ATA) Zuschlag zu BP	Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: Eine MFA/Arzthelferin bzw. Orthoptistin oder Krankenschwester des Augenarztes verfügt über die Qualifikation augenheilkundlich technische Assistenz	5,00 EUR

§ 2**Laufzeit**

Diese Anlage 3 tritt am 01.07.2018 in Kraft. Die Vergütungsregelungen gemäß § 1 dieser Anlage 3 gelten zunächst bis zum 31.12.2020.

§ 3**Dokumentation**

Der Arzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses BV-Vertrages endstellig zu übermitteln.

§ 4

Abrechnung der Vergütung durch den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum gegenüber der bcs

(1) Die bcs ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Vergütung des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet.

(2) Das von der bcs hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft für Selektivverträge GmbH
Dürrenhofstrasse 4
90402 Nürnberg

(3) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der bcs beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln.

-
- (4) Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum rechnet den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der bcs ab. Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum hat die BV-Abrechnung an die bcs spätestens bis zum 20. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der bcs. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum behält sich die bcs vor, die verspätet eingegangenen Abrechnungsdaten erst zu dem auf die Übermittlung folgenden Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.
 - (5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften Abrechnung des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums erstellt die bcs die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der BKK Deutsche Bank überprüft die bcs die Abrechnungsdatei erneut. Sie ist verpflichtet, den von der Abrechnungsrüge betroffenen Teil der Abrechnungsdatei zu korrigieren, sofern und soweit er den Vorgaben für eine ordnungsgemäße Abrechnung nach § 6 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
 - (6) Die bcs übersendet dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum nach Erhalt der Zahlung von der BKK Deutsche Bank einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale nach § 16 sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
 - (7) Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der bcs unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der bcs etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
 - (8) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die bcs wird den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen.

- (9) Die §§ 13 bis 15 des BV-Vertrages sowie die Regelungen dieser Anlage 3 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum weiter, bis die Ansprüche des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums auf Vergütung abgerechnet sind.

§ 5

Abrechnung der Vergütung der bcs für Leistungen der Ärzte bzw. telemedizinischen Zentren gegenüber der BKK Deutsche Bank

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die bcs zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 Abs. 2 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295 1b SGB V i.V.m. § 295a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom Arzt bzw. vom telemedizinischen Zentrum abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum geprüften Vergütung im Sinne des § 13 und dieser Anlage 3 aus.
- (2) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die bcs der BKK Deutsche Bank eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Die bcs bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von dem teilnehmenden Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum geprüften BV-Vergütung im Sinne des § 13 Abs. 1 des BV-Vertrages aus.
- (3) Die BKK Deutsche Bank hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**BKK Deutsche Bank-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 dieser Anlage 3 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die BKK Deutsche Bank der Auffassung, dass der ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der BKK Deutsche Bank-Prüffrist der bcs schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Abrechnungsrüge**“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Abrechnungsrüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Prüffrist keine Abrechnungsrüge, ist die BKK Deutsche Bank innerhalb einer Zahlungsfrist von acht Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der Abrechnungsdatei genannten Betrages verpflichtet.

- b) Erfolgt innerhalb der Prüffrist eine Abrechnungsrüge, ist die BKK Deutsche Bank hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Abrechnungsrüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist zu laufen. § 13 des BV-Vertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).
- (4) Die BKK Deutsche Bank hat die Zahlung auf das schriftlich von der bcs benannte Konto der bcs („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die bcs spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der BKK Deutsche Bank schriftlich mitteilen.
- (5) Die BKK Deutsche Bank kann gegenüber dem Arzt bzw. telemedizinischen Zentrum binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

§ 6

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die bcs und die BKK Deutsche Bank die Abrechnung des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 13 bis 15 des BV-Vertrages und §§ 3 bis 5 dieser Anlage 3) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen.
- (2) Die Prüfung erfolgt insbesondere anhand der folgenden Daten:
- a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am BV-Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation.
- (3) Der Umfang der von der bcs an die BKK Deutsche Bank zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.

- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des BV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 7
Anhang

Die folgenden Anhänge sind Bestandteile dieser Anlage 3:

- Anhang 1 zu Anlage 3:** Folge- und Begleiterkrankungen
Anhang 2 zu Anlage 3: Therapieziele
Anhang 3 zu Anlage 3: Tele-Coaching-Prozess