

## **Allgemeine Vergütungsregelungen**

### **§ 1**

#### **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 Rahmenvertrages endstellig zu übermitteln.

### **§ 2**

#### **Abrechnung der Vergütung durch den Arzt, das TMZ bzw. des TA gegenüber der BCS**

- (1) Die BCS ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Vergütung des Arztes, des TMZ bzw. des TA nach den Vorgaben dieser Anlage V.4. verpflichtet. Die BCS erhebt eine Verwaltungskostenpauschale gemäß § 7 des Rahmenvertrages für die Organisation der Teilnahme und Durchführung der Abrechnung des Arztes, des TMZ bzw. des TA. Diese beträgt 5% von der Vergütung für Hausärzte, den TA und Mitglieder der mit der BCS kooperierenden Berufsverbände. Für Nichtmitglieder der mit der BCS kooperierenden Berufsverbände wird eine Verwaltungskostenpauschale von 6,25 % von der Vergütung einbehalten. Die Liste der kooperierenden Berufsverbände veröffentlicht die BCS auf ihrer Homepage.
- (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 Rahmenvertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt bzw. das TMZ 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 § 295 a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln.
- (4) Der Arzt, das TMZ bzw. der TA rechnet den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der BCS ab. Der Arzt, das TMZ bzw. der TA hat die 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, das TMZ bzw. den TA 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, des TMZ und des TA erstellt das in § 2 Abs. 2 dieser Anlage V.4. genannte Rechenzentrum die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der GWQ bzw. der beigetretenen Krankenkasse 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 V.4. (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.
- (6) Die BCS übersendet dem Arzt, dem TMZ bzw. dem TA nach Erhalt der Zahlung von der beigetretenen Krankenkasse einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung der Anlage "Vergütung" der Versorgungsmodule, die Verwaltungskostenpauschale nach § 7 des Rahmenvertrages sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 6 dieser Anlage V.4. berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der Arzt, das TMZ bzw. der TA 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, das TMZ bzw. den TA bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt, das TMZ bzw. der TA das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen.
- (9) Der § 7 des Rahmenvertrages sowie die Regelungen dieser Anlage V.4. gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den Arzt, das TMZ bzw. den TA weiter, bis die Ansprüche des Arztes, des TMZ bzw. des TA auf die Vergütung abgerechnet sind.

---

**§ 5****Abrechnung der Vergütung der BCS für Leistungen der Ärzte, der TMZ bzw. des TA gegenüber der beigetretenen Krankenkasse**

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die BCS zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 Abs. 2 dieser Anlage V.4. genannten Rechenzentrums (§ 295 1 b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom Arzt, vom TMZ bzw. vom TA abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den Arzt, das TMZ bzw. den TA geprüften Vergütung im Sinne des § 7 des Rahmenvertrages und dieser Anlage V.4. aus.
- (2) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die BCS der beigetretenen Krankenkasse eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und/ oder einen Rechnungsbrief als zahlungsbegründende Unterlage. Die BCS bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage V.4. genannten Rechenzentrums (§ 295 a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die von dem teilnehmenden Arzt, vom TMZ bzw. vom TA abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge der für den jeweiligen Arzt, TMZ bzw. den TA geprüften Vergütung im Sinne des § 7 Abs. 1 des Rahmenvertrages aus.
- (3) Die beigetretene Krankenkasse hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen („**Krankenkasse-Prüffrist**“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in § 6 dieser Anlage V.4. aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die beigetretene Krankenkasse oder die GWQ der Auffassung, dass die ihr übermittelten Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Krankenkassen-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 beigetretene Krankenkasse 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 beigetretene Krankenkasse 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. § 7 des Rahmenvertrages bleibt unberührt (Ausgleich von Überzahlungen).

- 
- (4) Die beigetretene Krankenkasse 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 beigetretenen Krankenkasse schriftlich mitteilen.
  - (5) Die beigetretene Krankenkasse kann gegenüber dem Arzt , dem TMZ bzw. dem TA binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnungsdatei sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.

## § 6

### Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die BCS und die GWQ für die beigetretenen Krankenkassen die Abrechnung des Arztes, des TMZ bzw. des TA auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität § 7 des Rahmenvertrages und §§ 2 bis 5 dieser Anlage V.4.) 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 Rahmenvertrag;
  - 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 beigetretene Krankenkasse zum Zwecke der Prüfung übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 in Verbindung mit Abs. 1 b SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den Arzt, das TMZ bzw. den TA nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Rahmenvertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.