

Vergütung für Ärzte

§ 1

Vergütungspositionen

Die Vertragspartner 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 der BV teilnehmenden Versicherten nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose einer entzündlichen Rheumaform nach Anhang 2 dieser Anlage 3 dokumentiert wird.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Leistungserbringer und pro Versicherten abrechenbar.

Alle Leistungen sind am selben Tag pro Leistungserbringer und pro an der BV teilnehmenden Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar. Alle Vergütungen sind inklusive ggf. anfallender Umsatzsteuer vereinbart.

Vergütung für den Arzt

Bezeichnung der Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
Pauschalen			
GP Grundpauschale *Entgeltschlüssel 57201003	Terminvergabe innerhalb von 14 Tagen, Speichern relevanter Behandlungsinformationen in der ePA Bewertung des Krankheitsverlaufs entsprechend der aktuellen Leitlinien unter Einbeziehung patientenberichteter Fragebögen Einleitung ggf. notwendiger Maßnahmen, Nebenwirkungsmanagement umfassende Beratung zu: - Krankheitsverständnis - Notwendigkeit einer regelmäßigen Medikamenteneinnahme	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben TP	15,00 EUR

	(Adhärenzprüfung im Rahmen von „shared decision making“) - Verhalten bei Verschlechterung (z.B. Bedarfsmedikation) Datenzusammenführung Verpflichtende Dokumentation in der QS-Software nach Anlage 4.		
BBP 1 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen einer rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankung *Entgeltschlüssel 57201004	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund einer gesicherten und dokumentierten rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankung nach Anhang 1 der Anlage 3.	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben BBP2	7,50 EUR
BBP 2 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankungen *Entgeltschlüssel 57201005	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund von mind. zwei gesicherten und dokumentierten rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankungen nach Anhang 1 der Anlage 3.	Max. 1 x pro Quartal, Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben BBP1	17,50 EUR
TP Pauschale für Transitionsprozess *Entgeltschlüssel 57201006	Behandlung und Betreuung während geplantem und koordiniertem Wechsel von Patienten zwischen dem 17. und einschließlich 21. Lebensjahr von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin.	Max. 2 Gespräche je Versichertenteilnahme nicht abrechenbar neben GP und Eingangsdiagnostik	100,00 EUR
Epikrise *Entgeltschlüssel 57201007	Erstellung einer strukturierten Epikrise über den bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf des Patienten unter besonderer Berücksichtigung der Darstellung der vollständigen Anamnese, insbesondere der durchgeführten Basistherapien und deren Verlauf.	Epikrise abrechenbar durch Kinder- und Jugendrheumatologe nicht abrechenbar neben GP und Eingangsdiagnostik Max. 1 x je Transition	100,00 EUR

* nur relevant für die Abrechnung zwischen BDRh-SG und BARMER

Zuschläge			
Z 1 Zuschlag für strukturierte Patientenbetreuung über die rheumatologische Fachassistenz *Entgeltschlüssel 57201008	Mitbetreuung der Rheuma-Patienten durch einen geprüften Fachassistenten (Versorgungsassistenten in der rheumatologischen Praxis) sowie nachdrückliche Empfehlung für Dokumentation im RABBIT-Register des DRFZ (teilnahmefähige Patienten). Zuschlag zu GP	Max. 1 x pro Quartal Voraussetzung: Ein MFA/Arzthelfer des Facharztes verfügt über die Qualifikation des Rheumatologischen Fachassistenten	10,00 EUR
Ampelbonus *Entgeltschlüssel 57201021	Erreichen des in der Anlage 7 vereinbarten Ampelbonus: mind. 79 % grüne Verordnungen und max. 6 % rote Verordnungen Zuschlag auf GP	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr	5,00 EUR
Einzelleistungen			
Eingangsdagnostik *Entgeltschlüssel 57201009	Terminvereinbarung innerhalb von 14 Tagen, Arztbrief innerhalb von drei Tagen nach Diagnosestellung des Ausschlusses, Speichern relevanter Behandlungsinformationen in der ePA Bei Bestätigung der Diagnose umfangreiche Information des Versicherten zur Erkrankung und Therapieoptionen sowie komplementären Maßnahmen mit Abgabe von Aufklärungsmaterialien, bei Ausschluss: Empfehlung zur Weiterbehandlung/Differenzialdiagnostik. umfassendes Differentiallabor verpflichtende Dokumentation in der QS-Software und der ePA nach Anlage 4 bei gesicherter Diagnose. Nur abrechenbar zur Klärung der Verdachtsdiagnose oder bei Erstvorstellung beim Facharzt.	Einmalig je Vertragsteilnahme und Patient nicht abrechenbar neben TP	50,00 EUR
Gelenkinjektion für Versicherte < 12 *Entgeltschlüssel 57201018	intraartikuläre Injektion verschiedener Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Hände, Hüften, Knie und OSG/USG, Finger, Zehen) mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität, inkl. Aufklärung über Sedierung mittels intravenösem Zugang (Midazolam) und Analgesie (Ketamin) bzw. Sedierung (Propofol) und Analgesie (Opiate); Überwachung (z. B.: transkutanes sO ₂) von 2-4 Stunden durch den Kinder- und	Max. 1x pro Quartal Max. 4 x Versichertenteilnahmejahr Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen	60,00 EUR

	Jugendrheumatologen und durch eine Krankenschwester. Die Leistungserbringung erfolgt durch Kinder- und Jugendrheumatologen. Qualitative, strukturelle und personelle Voraussetzungen des Monitorings gem. nachstehender Tabellen 1 bis 3 (Sauer et al.) unter Berücksichtigung der gemeinsamen Leitlinie der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie, des BV der Ärzte für Orthopädie und des Arbeitskreises "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF zu „Hygienemaßnahmen bei Intraartikulären Punktionen und Injektionen“ in der jeweils gültigen Fassung).		
Gelenkinjektion für Versicherte >= 12 bis < =17 Jahre *Entgeltschlüssel 57201019	intraarticuläre Injektion verschiedener Gelenke (Schulter, Ellenbogen, Hände, Hüften, Knie und OSG/USG, Finger, Zehen) mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität, inkl. Aufklärung über Analgosedierung mit N2O/O2 Gemisch (Livopan) Die Leistungserbringung erfolgt durch Kinder- und Jugendrheumatologen. Qualitative, strukturelle und personelle Voraussetzungen des Monitorings gem. nachstehender Tabellen 1 bis 3 (Sauer et al.) unter Berücksichtigung der gemeinsamen Leitlinie der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie, des BV der Ärzte für Orthopädie und des Arbeitskreises "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF zu „Hygienemaßnahmen bei Intraartikulären Punktionen und Injektionen“ in der jeweils gültigen Fassung).	Max. 1x pro Quartal Max. 4 x Versichertenteilnahmejahr Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen	30,00 EUR
Gelenkinjektion für Versicherte >= 18 *Entgeltschlüssel 57201012	Intraarticuläre Injektion mit Triamcynolon mit dem Ziel der Schmerzreduktion, dem Erhalt der Gelenkfunktion und der Verbesserung der Funktionskapazität. Leitliniengerechte Leistungserbringung durch Rheumatologen (Gemeinsame Leitlinie der Dt. Ges. f. Orthopädie und orthopädische Chirurgie, des Berufsverbandes der Ärzte für Orthopädie und des Arbeitskreises "Krankenhaus- & Praxishygiene" der AWMF zu „Hygienemaßnahmen bei Intraartikulären Punktionen und Injektionen“ in der jeweils gültigen Fassung).	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr	15,00 EUR

Patientenschulung in der Kinderrheumatologie („Päd-School Rheuma“) *Entgeltschlüssel 57201020	Strukturierte sowie akkreditierte Patientenschulung in gemeinsamer Durchführung von einem Kinder- und Jugendrheumatologen, einem Psychologen, einem Physio-/Ergotherapeuten sowie einem Sozialarbeiter. Sie beinhaltet insgesamt 6 Module (2 Arztmodule über Krankheit und Therapie, 1 Psychologenmodul über Krankheitsverarbeitung, 1 Physiotherapiemodul, 1 Ergotherapiemodul, 1 Modul Soziales und Schule). Ein Modul umfasst 90 min. Gruppenschulung von max. 6 -12 Patienten	3 bis 6 Schulungseinheiten Nur abrechenbar durch den Kinder- und Jugendrheumatologen	25,00 EUR
Osteologische Diagnostik mit DEXA Modul 1 *Entgeltschlüssel 57201014	Leitlinien-orientierte Knochendichtemessung mit DEXA bei vorgesehener oder laufender Cortisontherapie und begründetem Verdacht auf Osteoporose oder bei bestehender behandelter Osteoporose. Abrechenbar neben der GOP 34600 oder 34601.	Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben Modul 2	16,31 EUR
Osteologische Diagnostik mit DEXA Modul 2 *Entgeltschlüssel 57201015	Leitlinien-orientierte Knochendichtemessung mit DEXA bei vorgesehener oder laufender Cortisontherapie und begründetem Verdacht auf Osteoporose oder bei bestehender behandelter Osteoporose. In den Fällen, in denen eine Abrechnung der GOP 34600 oder 34601 nur deshalb nicht möglich ist, weil die letzte Abrechnung nach dem EBM noch nicht lange genug zurück liegt.	Max. 1 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben Modul 1 Max. alle 2 Versichertenteilnahmejahre	32,62 EUR

Tight Control / Notfallmanagement *Entgeltschlüssel 57201016	• Problempatienten mit akutem Krankheitsschub – z.B, sprunghaft angestiegener DAS Score, deutliche Verschlechterung des FFbH Score, erhebliche Gelenkschwellung mit massiver Einschränkung der Lebensqualität und drohender stationärer Behandlungsnotwendigkeit, Anstieg VAS (Schmerzscore) • Nebenwirkung der Therapie - Umstellung der Medikamente mit enger Begleitung potentieller schwerer Nebenwirkungen (oral/oral, oder oral/subcutan) • Bei drohenden oder bereits manifesten vitalen Organkomplikationen im Rahmen der entzündlichen Rheumaform Notfallmanagement - erhebliche Schmerzexacerbation (Anstieg VAS-Score), z. B. akute Gelenkschwellung mit massiver Einschränkung der Beweglichkeit (Messung FFbH), massive Nebenwirkungen der AM-Therapie mit erheblicher Einschränkung der Lebensqualität (Dokumentation in Krankenakte, Stichprobenprüfung); massive psychosoziale Beeinträchtigung - SF36 mit akuter Depressivität, drohender Verlust des Arbeitsplatzes oder andere einschneidende Lebensereignisse, die zu einer erheblichen psychischen Belastung mit negativen Auswirkungen auf die Grunderkrankung führen können.	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilhjahr	20,00 EUR
---	--	--	------------------

Sauer et al., Vorbereitung und Monitoring im Rahmen von Sedierung und Analgosedierung durch Fachärzte und Weiterbildungsassistenten in der Kinder- und Jugendmedizin, Klin Pädiatr 2008; 220: 189– 195, DOI 10.1055/s-2008-1058109,

Tab. 1: Definition der Sedationstiefe (nach American Academy of Pediatrics (AAP) und American Society of Anesthesiologists (ASA))

Sedierung, Analgosedierung und Narkose nach AAP-Definition		
leichte Sedierung („conscious sedation“)	tiefe Sedierung („deep sedation“)	Anästhesie („general anesthesia“)
- protektive Reflexe erhalten - volle Luftwegskontrolle ohne Hilfsmittel - Erweckbarkeit durch taktile und/ ohne akustische Reize	- Teilverlust protektiver Reflexe - teilweise fehlende Luftwegskontrolle - keine unmittelbare Erweckbarkeit	- totaler Verlust protektiver Reflexe - komplett fehlende Luftwegskontrolle - völlige Bewusstlosigkeit

Tab. 2: Risikoprofil gem. ASA-Klassifikation

Status	Definition	Beispiel
ASA I	gesunder Patient	unauffällige Anamnese
ASA II	Patient mit geringfügiger, nicht anästhesierelevanter Erkrankung	mildes Asthma bronchiale; Diabetes mellitus, zerebrale Krampfanfälle – jeweils medikamentös gut eingestellt; leichte Anämie
ASA III	Patient mit gravierender Störung des Allgemeinzustandes	Pneumonie; moderate Adipositas; unbefriedigend eingestellte chronische Erkrankung wie Epilepsie, Diabetes mellitus, Asthma bronchiale
ASA IV	Patient mit schwersten, potenziell lebensbedrohlichen Störungen des Allgemeinzustandes	schwere bronchopulmonale Dysplasie; Sepsis; fortgeschrittene chronische Erkrankung mit Anzeichen der pulmonalen, kardialen, hepatischen, renalen oder endokrinen Insuffizienz
ASA V	moribunder Patient	septischer Schock; schweres Trauma

Tab. 3: Qualitative, strukturelle und personelle Voraussetzungen des Monitorings für die Abrechnungsfähigkeit intraartikulärer Injektionen im Rahmen dieses Vertrages

leichte Sedierung			
	ärztliche Qualifikation	Monitoring	personelle Voraussetzung
ASA I – II	Arzt, der Sedierung und Notfallmanagement	- Pulsoxymetrie - nicht invasiver Blutdruck (NIBP) - 10-minütig	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 1 Pflegekraft
ASA III	Arzt, der Sedierung und Notfallmanagement inkl. Reanimation beherrscht	- Pulsoxymetrie - EKG - NIBP (10-minütig)	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 1 Pflegekraft
ASA IV – V	Facharzt für Anästhesie	entsprechend DGAI-Richtlinien	entsprechend DGAI-Richtlinien
tiefe Sedierung			
	ärztliche Qualifikation	Monitoring	personelle Voraussetzung
ASA I – II	Arzt, der Sedierung und Notfallmanagement inkl. Reanimation beherrscht	- Pulsoxymetrie - EKG - NIBP (5-minütig)	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 2 Pflegekräfte, davon eine ausschließlich für die Sedierung

ASA III	FA, der Sedierung und Notfallmanagement inkl. Reanimation beherrscht	- Pulsoxymetrie - EKG - NIBP (5-minütig)	- Untersucher (Arzt) - Arzt, der die Sedierung durchführt und überwacht - 2 Pflegekräfte, davon eine ausschließlich für die Sedierung
ASA IV – V	Facharzt für Anästhesie	entsprechend DGAI-Richtlinien	entsprechend DGAI-Richtlinien
Nach Ende der Sedierung wird die Überwachung mittels Pulsoxymetrie (kontinuierlich) und entsprechend ASA-Klassifikation mit EKG (Ausnahme: leichte Sedierung bei Patienten mit ASA I/II) und NIBP (15-minütig) vorgenommen. Die Überwachung erfolgt bis zum Aufwachen des Patienten mit kompletter Rückkehr der Schutzreflexe, mindestens aber für 2 Stunden.			

§ 2

Dokumentation

Der Arzt hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Abrechnungssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen anzuwenden (siehe § 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

§ 3

Anspruch der Ärzte gegen die BDRh-SG auf die Vergütung

- (1) Ärzte haben nach § 8 des Vertrages sowie dieser Anlage 3 Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihnen nach Maßgabe des § 8 des Vertrages sowie dieser Anlage 3 vertragsgemäß im Rahmen des Vertrages erbrachten und abgerechneten Leistungen. Leistungen, die gemäß Anlage 3 vergütet werden, darf der Arzt nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen.
- (2) Die Abrechnung der Leistungen der Ärzte erfolgt gegenüber der BDRh-SG nach § 5 dieser Anlage 3.
- (3) Die Ansprüche der Ärzte auf Vergütung der BV-Leistungen gegenüber der BDRh-SG verjähren innerhalb von 12 Monaten ab Leistungsdatum.
- (4) Für den Fall von Überzahlungen an teilnehmende Ärzte hat die BDRh-SG Anspruch auf Rückzahlung der geleisteten Überzahlungen nach Maßgabe dieser Anlage 3. Eine Überzahlung ist jede Auszahlung der BDRh-SG, die z.B. wegen fehlerhafter Abrechnung den Anspruch des Arztes auf ihre Vergütung übersteigt. Die BDRh-SG ist gegenüber dem noch teilnehmenden Arzt berechtigt, den Betrag der Überzahlung mit

dem BV-Vergütungsanspruch des Arztes in den auf die Zahlungsaufforderung folgenden Abrechnungszeiträumen zu verrechnen. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.

- (5) Sofern die Teilnahme des Arztes endet, bevor eine vollständige Verrechnung des Überzahlungsanspruches umgesetzt werden konnte, ist die BDRh-SG berechtigt und verpflichtet, ihren gegen den betroffenen Arzt bestehenden Erstattungs- bzw. Schadenersatzanspruch innerhalb einer Frist von 24 Monaten gegenüber dem betroffenen Arzt geltend zu machen. Bis zum Fristablauf ist eine Geltendmachung bzw. Aufrechnung durch die BARMER gegenüber der BDRh-SG ausgeschlossen. Sollte während der Vertragslaufzeit eine nicht unerhebliche Anzahl offener Forderungen aus Überzahlungen zu Lasten der BDRh-SG bestehen bzw. betroffene Ärzte innerhalb der Rechtsverfolgungsfrist gegenüber der BDRh-SG nachweisbar rechtshindernde, rechtsvernichtende Einwendungen oder rechtshemmende Einreden geltend machen, werden sich die Parteien darüber ins Benehmen setzen.

§ 4

Anspruch der BDRh-SG auf die Vergütung gegen die BARMER

- (1) Die BDRh-SG hat gegen die BARMER einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe des § 8 sowie dieser Anlage 3 vertragsgemäß für den Versicherten durch die teilnehmenden Ärzte erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen. Die Vergütung ist innerhalb der in § 6 Abs. 6 dieser Anlage 3 geregelten Zahlungsfrist fällig. Sämtliche Leistungen entlang des Behandlungspfades dieses Vertrages sind mit den vereinbarten Vergütungen gemäß § 8 abgegolten.
- (2) Die erbrachten Leistungen dieses Vertrags sind quartalsweise mit der BARMER abzurechnen. Der Anspruch auf die Vergütung entfällt, wenn die BDRh-SG die Leistung nicht innerhalb von 24 Monaten nach der Leistungserbringung gegenüber der BARMER abgerechnet hat.
- (3) Im Falle von Überzahlungen an die Ärzte gemäß § 3 Abs. 4 und 5 dieser Anlage 3 hat die BDRh-SG der BARMER einen korrigierten Abrechnungsdatensatz zu übermitteln. Die BARMER hat grundsätzlich gegenüber der BDRh-SG Anspruch auf Erstattung der an die Ärzte überzahlten Vergütungen. Die BARMER ist berechtigt, überzahlte Beträge mit Ausnahme der Fälle nach § 3 Abs. 5 S. 2 dieser Anlage 3 mit fälligen Vergütungsansprüchen

der BDRh-SG aufzurechnen.

§ 5

Abrechnung der Vergütung durch den Arzt gegenüber der BDRh-SG

- (1) Die BDRh-SG ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der Vergütung des Arztes nach den Vorgaben dieser Anlage 3 verpflichtet.

- (2) Das von der BDRh-SG hierzu eingesetzte Rechenzentrum ist derzeit:

Helmsauer Curamed Managementgesellschaft und Beratungszentrum für das Gesundheitswesen GmbH
Dürrenhofstraße 4
90402 Nürnberg.

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

- (4) Der Arzt rechnet den Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal, gegenüber der BDRh-SG ab. Der Arzt hat die BV-Abrechnung an die BDRh-SG spätestens bis zum 20. Tag 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 BDRh-SG. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Arzt behält sich die BDRh-SG 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 erstellt die BDRh-SG die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der BARMER überprüft die BDRh-SG 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 § 7 dieser Anlage 3 (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

-
- (6) Die BDRh-SG übersendet dem Arzt nach Erhalt der Zahlung von der BARMER einen Abrechnungsnachweis. Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete Vergütung gemäß § 1 dieser Anlage 3, die Verwaltungskostenpauschale nach § 10 sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser Anlage 3 berechnete Abrechnungsrügen.
 - (7) Der Arzt ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der BDRh-SG unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der BDRh-SG etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
 - (8) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn ihm nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird. Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die BDRh-SG wird den Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen.
 - (9) Der Vergütungsanspruch des Arztes gegenüber der BDRh-SG wird erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der BARMER gemäß § 4 Abs. 1 dieser Anlage 3 gegenüber der BDRh-SG fällig.
 - (10) Die §§ 8 bis 10 des Vertrages sowie die Regelungen dieser Anlage 3 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den Arzt weiter, bis die Ansprüche des Arztes auf Vergütung abgerechnet sind.
 - (11) Die BDRh-SG ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines Arztes ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen einzubehalten. Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der BDRh-SG bereits

erloschen ist, an den Arzt ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die BDRh-SG erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.

§ 6

Abrechnung der Vergütung der BDRh-SG für Leistungen der Ärzte gegenüber der BARMER

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung bedient sich die BDRh-SG zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 5 Abs. 2 dieser Anlage 3 genannten Rechenzentrums (§ 295 1b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Das Rechenzentrum übersendet eine Abrechnungsdatei. Diese enthält die vom Arzt abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den Arzt geprüften Vergütung im Sinne des § 8 und dieser Anlage 3 aus.
- (2) Die Rechnungsstellung erfolgt entsprechend § 295 Abs. 1b SGB V im Wege elektronischer Datenübertragung. Die Übermittlung der Daten erfolgt gemäß der jeweils gültigen Version der Technischen Anlage (www.gkv-datenaustausch.de). Die darüberhinausgehenden Anforderungen seitens der BARMER sind in Anlage 8 geregelt (= Befüllungshinweise) und werden bei Bedarf bilateral angepasst.
- (3) Die Übermittlung der Daten erfolgt quartalsweise in einer Datei, in der alle Abrechnungsdatensätze gebündelt sind, an die Datenannahmestelle der BARMER. In der Abrechnung (Einzelrechnung) müssen die Behandlungsleistungen in dem Quartal aufgeführt werden, in dem tatsächlich erbracht wurden. Es darf in der Abrechnung (Einzelrechnung) kein quartalsübergreifender Zeitraum angegeben werden. In Verbindung mit jedem Abrechnungszeitraum sind alle für den Patienten zutreffenden, fortbestehenden Diagnosen (ggf. erneut) aufzuführen, soweit diese im Rahmen der Behandlung festgestellt werden oder für den Behandler erkennbar sind. Dies gilt nicht für Anamnestische Diagnosen gemäß § 2 Abs. 3 der jeweils aktuellen „Kodiervorgaben nach § 295 Abs. 4“ herausgegeben durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung.
- (4) Die BDRh-SG rechnet die Leistungen für die Ärzte bis zum Ende des zweiten, auf das jeweilige Abrechnungsquartal folgenden Monats gegenüber der BARMER ab. Diese Frist verlängert sich automatisch um einen angemessenen Zeitraum, wenn sich die Abrechnung

aus Gründen, die weder die BDRh-SG noch deren Abrechnungsdienstleister zu vertreten haben, verzögert.

- (5) Die Rechnungszahlung erfolgt durch die BARMER an den beauftragten Abrechnungsdienstleister entsprechend dem in der Abrechnung als Zahlungsempfänger angegebenen Institutionskennzeichen mit Schuld befreiender Wirkung bis zum Ablauf von 30 Kalendertagen nach Rechnungseingang. Der Zeitpunkt der Fälligkeit verschiebt sich auf den nachfolgenden Werktag, falls der Tag der Fälligkeit auf einen Samstag, Sonntag oder gesetzlichen Feiertag fällt. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an das Geldinstitut bzw. das Auslösen der Zahlung im Wege des elektronischen Datenaustausches. Sofern nach diesem Vertrag mehrere Leistungserbringer beteiligt sind, tritt die Schuld befreiende Wirkung tritt gegenüber allen Beteiligten ein.
- (6) Die BARMER prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung. Sachlich oder rechnerisch falsche Rechnungen werden entweder unter Verwendung des Original-Datensatzes im Wege elektronischer Datenübertragung oder maschinell verwertbar auf Datenträgern zurück übermittelt. Aus dem Fehler-Segment sind die Gründe für die Zurückweisung der Rechnung abzuleiten. Sofern es zu einer Rechnungskürzung kommt und Rechnungs- und Überweisungsbetrag nicht übereinstimmen, übermittelt die BARMER eine individuelle Information mit Angabe der Gründe.
- (7) Zu den mitgeteilten Gründen nach Abs. 6 kann der beauftragte Abrechnungsdienstleister gegenüber der BARMER schriftlich Stellung nehmen. Bestehen danach aus der Sicht der BARMER die Gründe für die Beanstandung fort, so kann sie eine Überprüfung durch Ärzte des Medizinischen Dienstes (MD) veranlassen. Zu diesem Zweck ist die Praxis nach Anforderung durch die BARMER zur Herausgabe sämtlicher Behandlungsunterlagen an den MD verpflichtet. Das Ergebnis der Überprüfung durch den MD teilt die BARMER dem beauftragten Abrechnungsdienstleister mit. Ebenso teilt sie dem beauftragten Abrechnungsdienstleister unabhängig von der Überprüfung durch den MD das Entfallen oder das Weiterbestehen der Beanstandungsgründe mit.
- (8) Die BARMER ist berechtigt, bis zum Ablauf von 4 Jahren nach dem jeweiligen Abrechnungsquartal die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung zu prüfen. Erfolgt die sachliche oder rechnerische Beanstandung erst nach der Bezahlung durch die BARMER,

so ist diese berechtigt, den Anspruch auf Rückzahlung der wegen der Beanstandung zu Unrecht erhaltenen Vergütung gegen den beauftragten Abrechnungsdienstleister in entsprechender Höhe gegen deren unstreitige Forderungen aufzurechnen.

- (9) Zunächst beanstandete Rechnungen bezahlt die BARMER nach Wegfall des Beanstandungsgrundes im Rahmen der nächstfolgenden monatlichen Abrechnung.
- (10) Eine zusätzliche Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag gegenüber den Versicherten oder der Kassenärztlichen Vereinigung ist ausgeschlossen. Dies betrifft auch Leistungen zu vor- und nachoperativen Behandlungen und Beratungen sowie der Anästhesie.
- (11) Im Falle einer Doppelabrechnung gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung oder den Versicherten ist die Praxis verpflichtet, der BARMER die nach diesem Vertrag abgerechnete Vergütung zurückzuzahlen. Die BARMER ist berechtigt, ihren Anspruch auf Erstattung der Vergütung durch Aufrechnung gegen unstreitige Forderungen der Praxis durchzusetzen.
- (12) Darüber hinaus ist die gleichzeitige Abrechnung innerhalb eines inhaltsgleichen Selektivvertrages mit der BARMER ausgeschlossen.
- (13) Die BDRh-SG ist berechtigt und verpflichtet, die Vergütung von der BARMER entgegen zu nehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten, sie kann sich insoweit des Beauftragten als Erfüllungsgehilfen und Zahlstelle bedienen. Der Beauftragte ist als Zahlstelle der BDRh-SG berechtigt und verpflichtet, die von der BARMER erhaltene Zahlung an die Ärzte zum Zwecke der Abrechnung der Vergütung nach den Vorgaben dieser Anlage 3 weiterzuleiten. Die BARMER hat die Zahlung auf ein Konto des Beauftragten zu leisten.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum prüft für die BDRh-SG die Abrechnung der Ärzte auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 8 bis 10 des Vertrages und §§ 3 bis 6 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 Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Zuschläge und Einzelleistung (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger und übereinstimmender Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosedokumentation gemäß Anhang 2 der Anlage 3.
- (3) Der Umfang der von der BDRh-SG an die BARMER 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 über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand übermittelten Dokumentation.
- (5) Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser Anlage 3:

Anhang 1 zu Anlage 3: Folgeerkrankungen

Anhang 2 zu Anlage 3: Einschlusskriterien