

IV-Vergütung für zugelassene oder ermächtigte HAUSÄRZTE, Fachärzte, Kinder- und Jugendrheumatologen

§ 1

IV-Vergütungspositionen

Die IV-Partner vereinbaren für die in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3a** (EBM-Ziffernkranz in der jeweils aktuellen Fassung) zu erbringenden Leistungen folgende IV-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 IV-Vergütung ist für den IV-Versicherten nur abrechnungsfähig, wenn mindestens eine Verdachtsdiagnose oder eine gesicherte Diagnose einer entzündlichen Rheumaform nach **Anhang 3** der **Anlage 3a** dokumentiert wird.
- Jede einzelne Leistung ist einmal täglich pro Leistungserbringer und pro IV-Versicherten abrechenbar.

Alle Leistungen sind am selben Tag pro Leistungserbringer und pro IV-Versicherten abrechenbar (gleiches Leistungsdatum). Zusätzlich zu den Pauschalen sind entsprechend den Abrechnungsregeln dieser Anlage nebst Anhängen auch Zuschläge und Einzelleistungen abrechenbar.

A. IV – Vergütung für HAUSÄRZTE

Bezeichnung der IV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
Pauschale			
Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale (KKP)	Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale für die Betreuung der Patienten im Rahmen des IV-Vertrages mit Fachärzten, Kinder- und Jugendrheumatologen und Krankenhausärzten	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	15,00 EUR

Zuschlag			
Zuschlag Dokumentation und Monitoring	Zuschlag auf die kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikationspauschale für die Festlegung und Dokumentation der individuellen Therapieziele nach Anlage 2 sowie der Kontrolle des Erreichens der Therapieziele im Rahmen des IV-Vertrages, inkl. Gelenkstatuts und ggf. bei Bedarf Labor CRP und BSG	Max. 1 x Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	16,00 EUR

B. IV – Vergütung für den Facharzt und Kinder- und Jugendrheumatologen

Bezeichnung der IV Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregel	Betrag
Pauschalen			
GP Grundpauschale	Behandlung des Patienten aufgrund einer Überweisung des HAUSARZTES inkl. Abdominalsonografie, Arztbrief innerhalb von 14 Tagen an den HAUSARZT	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x im Versichertenteilnahmejahr Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal nicht abrechenbar neben TP und nicht am selben Tag mit der Eingangsdiagnostik	50,00 EUR
BBP 1 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen einer rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankung	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund einer rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankung nach Anhang 2 der Anlage 3a	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben BBP2 Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	10,00 EUR
BBP 2 Zuschlag auf die GP bei Vorliegen von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- oder Begleiterkrankungen	Zusätzlicher Betreuungsaufwand aufgrund von mind. zwei rheumatologisch bedingten Folge- und Begleiterkrankung nach Anhang 2 der Anlage 3a	Max. 1 x pro Quartal, max. 4 x pro Versichertenteilnahmejahr nicht abrechenbar neben BBP1 Voraussetzung: Mind. 1 Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	27,50 EUR

TP Pauschale für Transitionsprozess	<p>Behandlung und Betreuung während geplantem und koordiniertem Wechsel von Patienten zwischen dem 16. und einschließlich 24. Lebensjahr von der kinderärztlichen Versorgung in die Erwachsenenmedizin nach den Anlagen 10 bis 15 im Vertrag inkl. Übergangssprechstunde mit multidisziplinärem Setting</p> <p>Vorhergehende Mindestzeitdauer der Betreuung durch den Kinder- und Jugendrheumatologen vor Transitionsprozess beträgt 12 Monate</p> <p>Parallelbetreuung innerhalb von drei Monaten durch Kinder- und Jugendrheumatologen und Facharzt</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal, max. 3 x im Versichertenteilnahmejahr, Einmalig in der Kombination des abrechnenden Arzt Versicherten-Paares</p> <p>nicht abrechenbar neben GP, und Eingangsdiagnostik</p>	100,00 EUR
Zuschläge			
Z 1 Zuschlag für strukturierte Patientenbetreuung über die rheumatologische Fachassistenz	<p>Mitbetreuung der Rheuma-Patienten durch einen geprüften Fachassistenten (Versorgungsassistenten in der rheumatologischen Praxis)</p> <p>Zuschlag zu GP</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal</p> <p>Weitere Bestimmungen zur Abrechnung des Zuschlages für den rheumatologischen Fachassistenten werden in Anhang 5 zu dieser Anlage 3a geregelt.</p> <p>Voraussetzung:</p> <p>Ein MFA/Arzthelfer des Rheumatologen verfügt über die Qualifikation des Fachassistenten</p>	5,00 EUR
Z 2 Tight control Zuschlag	<p>Kurzfristige Terminvergabe bei Problempatienten mit hoher Krankheitsaktivität, Komplikationen, Überweisung durch den HAUSARZT</p> <p>Pauschalzuschlag zu GP</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal</p> <p>Bei 5 bis 10 Kontakten pro Patient und Quartal</p> <p>nicht abrechenbar neben Z3</p>	50,00 EUR
Z 3 Tight control Zuschlag	<p>Kurzfristige Terminvergabe bei Problempatienten mit hoher Krankheitsaktivität, Komplikationen, Überweisung durch den HAUSARZT</p> <p>Pauschalzuschlag zu GP</p>	<p>Max. 1 x pro Quartal</p> <p>Bei mehr als 10 Kontakten pro Patient und Quartal</p> <p>nicht abrechenbar neben Z2</p>	100,00 EUR

Z 4 Laborzuschlag	Zuschlag auf die GP bei Abrechnung mindestens einer Laborposition, welche nicht mit der Grundpauschale abgegolten ist (Einzelleistung) gemäß des Anhang 1 zur Anlage 3a	Max. 1 x pro Quartal Max. 4 x Versichertenteilnahmejahr	4,00 EUR
Z 5 Dokumentation und Qualitätssicherung	Festlegung der individuellen Zielwerte und Dokumentation von Krankheitsaktivität, Funktionskapazität, leitlinienorientiertes Arzneimittelmanagement inkl. Injektions- und Punktionsleistung sowie Infusionsleistung in QS-Software nach Anlage 8 Nicht abrechenbar neben Arzneimittel-Vertrag von TK und BDRh n. § 84 Abs. 1 SGB V	Max. 1 x pro Quartal	15,00 EUR
Einzelleistungen			
Infusionsleistung (Praxisklinische Betreuung)	Durchführung der Infusionstherapie mit Biologicals nach der Arzneimitteltherapie in Anlage 16 unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung und Durchführung der Dokumentation entsprechend der Anforderung nach Anlage 8 sowie Vorhalten der in Anlage beschriebenen Qualitätsvoraussetzungen Mind. 2-stündige praxisklinische Betreuung einschließlich Infusion mit Biologicum bei fallbezogenem QZV Vorhaltung einer Infusionseinheit mit der personellen und technischen Ausstattung entsprechend der Anlage 10.	Max. 1 x pro Quartal	60,00 EUR
Eingangsdagnostik	Anamnese, umfassender Gelenkstatus, Differentiallabor, bildgebende Verfahren, Diagnose, Therapieeinleitung, Arztbrief innerhalb von 14 Tagen an den HAUSARZT, Erstverordnung Heil-/ Hilfsmittel, Terminvereinbarung auf Anfrage des Hausarztes Nur abrechenbar zur Klärung der Verdachtsdiagnose oder bei Erstvorstellung beim Facharzt.	Einmalig je Vertragsteilnahme und Patient Nicht abrechenbar neben GP am selben Tag und TP	90,00 EUR

Gelenksonografie	Erbringung der Leistung „Sonografische Untersuchung von Gelenken und/oder umschriebenen Strukturen des Bewegungsapparates (Sehne, Muskel, Bursa) mittels B-Mode-Verfahren“ einschließlich Power-Doppler M Qualifikation nach EBM	Max. 1x pro Tag	12,00 EUR
STRUPI	Strukturierte Patientenschulung zur Diagnose, Therapie und Alltagsbewältigung bei gesicherter Rheumatoider Arthritis Eine Einheit umfasst 90 min. Gruppenschulung von 6 -12 Patienten	Vergütung pro Schulungseinheit pro Patient Max. 3 x pro Quartal	25,00 EUR
Osteologische Diagnostik mit DEXA und Behandlung	Leitlinien-orientierte Diagnostik mit DEXA (Hüfte u. LWS), Labor ggf. Röntgen und Behandlung von Patienten mit Osteoporose bzw. V.a. Osteoporose	Max. alle 2 Versichertenteilnahmejahre	40,00 EUR
Röntgenpauschale	Erbringung der Röntgenleistung nach gemäß Anhang 1 zur Anlage 3a	Max. alle 2 Versichertenteilnahmejahre	32,00 EUR
32027	D-Dimer (nicht mittels trägergebundener Reagenzien)	Gemäß Leistungslegende EBM	15,30 EUR
33020	Echokardiographische Untersuchung mittels M-Mode- und B-Mode-Verfahren	Gemäß Leistungslegende EBM	27,25 EUR
33021	Doppler-Echokardiographie mittels PW- und/oder CW-Doppler	Gemäß Leistungslegende EBM	28,47 EUR
33022	Doppler-Echokardiographie mittels Duplex-Verfahren mit Farbcodierung	Gemäß Leistungslegende EBM	34,04 EUR
33040	Sonographische Untersuchung der Thoraxorgane mittels B-Mode-Verfahren	Gemäß Leistungslegende EBM	12,87 EUR
32097	BNP und/oder NT-Pro-BNP (BNP natruietrisches Peptid)	Gemäß Leistungslegende EBM	25,00 EUR
32150	Immunologischer Nachweis von Troponon I und/ oder Troponin II	Gemäß Leistungslegende EBM	11,25 EUR
32166	Synovia-Punktat	Gemäß Leistungslegende EBM	5,80 EUR
32207	Lupus Antikoagulans	Gemäß Leistungslegende EBM	13,90 EUR
32240	Angiotensin-Converting-Enzym	Gemäß Leistungslegende EBM	15,30 EUR
32320	ft4	Gemäß Leistungslegende EBM	3,70 EUR
32321	ft3	Gemäß Leistungslegende EBM	3,70 EUR
32325	Ferritin	Gemäß Leistungslegende EBM	4,20

			EUR
32358	Testosteron	Gemäß Leistungslegende EBM	5,00 EUR
32372	Folsäure	Gemäß Leistungslegende EBM	5,40 EUR
32373	Vitamin B 12	Gemäß Leistungslegende EBM	4,20 EUR
32381	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	Gemäß Leistungslegende EBM	15,90 EUR
32404	Knochen-Alkalische Phosphatase	Gemäß Leistungslegende EBM	20,50 EUR
32411	Intaktes Parathormon	Gemäß Leistungslegende EBM	14,80 EUR
32413	Vitamin D	Gemäß Leistungslegende EBM	18,40 EUR
32414	Osteocalcin	Gemäß Leistungslegende EBM	23,90 EUR
32416	Knochen-Abbauparameter NTX, Cross links, etc.	Gemäß Leistungslegende EBM	24,90 EUR
32426	Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE	Gemäß Leistungslegende EBM	4,60 EUR
32427	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen	Gemäß Leistungslegende EBM	7,10 EUR
32430	Qualitativer Nachweis von humanen Proteinen mittels Immunpräzipitation	Gemäß Leistungslegende EBM	6,40 EUR
32435	Albumin	Gemäß Leistungslegende EBM	3,40 EUR
32440	Coeruloplasmin	Gemäß Leistungslegende EBM	11,20 EUR
32441	Haptoglobin	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32443	C 3	Gemäß Leistungslegende EBM	7,80 EUR
32444	C 4	Gemäß Leistungslegende EBM	7,50 EUR
32450	Myoglobin	Gemäß Leistungslegende EBM	10,80 EUR
32455	Ähnliche Untersuchungen unter Angabe der Art der Untersuchung	Gemäß Leistungslegende EBM	8,90 EUR
32460	CRP	Gemäß Leistungslegende EBM	4,90 EUR
32461	Rheumafaktor	Gemäß Leistungslegende EBM	4,20 EUR
32462	Quantitative Bestimmung einer Immunglobulinsubklasse	Gemäß Leistungslegende EBM	23,40 EUR
32463	Cystatin-C	Gemäß Leistungslegende EBM	9,70 EUR
32478	Immunfixationselektrophorese	Gemäß Leistungslegende EBM	20,00 EUR
32489	Antikörper gegen zyklisch citrulliniertes Peptid	Gemäß Leistungslegende EBM	11,20 EUR
32490	ANA Suchtest	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR

32491	Doppelstrang-DNS Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	10,40 EUR
32492	Antikörper gegen Zellkern- oder zytoplasmatische Antigene	Gemäß Leistungslegende EBM	9,50 EUR
32493	Antikörper gegen Zentromereantigene	Gemäß Leistungslegende EBM	9,00 EUR
32494	AMA	Gemäß Leistungslegende EBM	6,00 EUR
32496	ANCA	Gemäß Leistungslegende EBM	10,10 EUR
32502	Antikörper gegen Schilddrüsenperoxidase (-mikrosomen) und/oder Thyroglobulin	Gemäß Leistungslegende EBM	7,50 EUR
32503	Phospholipid-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32505	Ähnliche Untersuchungen (wie 32489 bis 32504)	Gemäß Leistungslegende EBM	9,50 EUR
32508	Quantitative Bestimmung von TSH-Rezeptor-Antikörpern	Gemäß Leistungslegende EBM	10,30 EUR
32510	Dichtegradienten- oder immunomagnetische Zellisolierung	Gemäß Leistungslegende EBM	10,40 EUR
32528	Nachweis eines HLA-Antigens	Gemäß Leistungslegende EBM	15,60 EUR
32544	Nachweis von Erythrozytenantikörpern ohne Antiglobulinphase, z.B. Kälteagglutinine	Gemäß Leistungslegende EBM	6,40 EUR
32545	Antikörpersuchtest in mehreren Techniken einschl. indirekter Antiglobulintests mit mindestens zwei Testerythrozyten-Präparationen	Gemäß Leistungslegende EBM	7,30 EUR
32560	Antistreptolysin-O - Reaktion	Gemäß Leistungslegende EBM	5,00 EUR
32561	Anti-DNase-B-Reaktion (Antistreptodornase)	Gemäß Leistungslegende EBM	11,70 EUR
32586	Borrelia burgdorferi-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	7,10 EUR
32588	Campylobacter jejuni IgG/A	Gemäß Leistungslegende EBM	7,70 EUR
32589	Chlamydien-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	10,10 EUR
32593	Salmonellen/Shigellen, etc. KBR	Gemäß Leistungslegende EBM	11,60 EUR
32598	Yersinien-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	6,10 EUR
32614	HBc-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	5,90 EUR
32615	HBc-IgM-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	8,50 EUR
32617	HBs-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	5,50 EUR
32618	HCV-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	9,80 EUR
32626	Parvoviren-Antikörper	Gemäß Leistungslegende EBM	17,30 EUR

32641	Ähnliche Untersuchungen (32560 bis 32640)	Gemäß Leistungslegende EBM	11,10 EUR
32662	Borrelia-Antikörper Immunoblot	Gemäß Leistungslegende EBM	20,30 EUR
32663	Yersinien-Antikörper, auch als Eingangstest	Gemäß Leistungslegende EBM	20,10 EUR
32670	Quantiferon Tb-Test oder Elispot Tb-Test	Gemäß Leistungslegende EBM	58,00 EUR
32781	Hepatitis B-Oberflächenantigen (HBsAg)	Gemäß Leistungslegende EBM	5,50 EUR
32791	Parvovirus-AK IgG/IgM	Gemäß Leistungslegende EBM	13,20 EUR
32862	HLA-B27	Gemäß Leistungslegende EBM	30,00 EUR

§ 2

Laufzeit

Diese **Anlage 3a** tritt am 01. Oktober 2014 in Kraft. § 16 Abs. 8 des IV-Vertrages bleibt unberührt. Die Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 dieser **Anlage 3a** gelten zunächst bis zum 30. Juni 2018 (§ 16 Abs. 8 des IV-Vertrages). Für eine Änderung bzw. Fortgeltung dieser Vergütungsregelungen gilt § 16 Abs. 8 des IV-Vertrages.

§ 3

Allgemeine Vergütungsbestimmungen

I. IV-Ziffernkranz (Anhang 1 zu dieser Anlage 3a)

Der Leistungsumfang von Pauschalen sowie Zuschlägen und Einzelleistungen bestimmen sich grundsätzlich anhand des IV-Ziffernkranzes gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3a**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach § 2 werden Leistungsergänzungen bzw. Kürzungen gemäß § 135 SGB V im Rahmen der Pauschale als Leistungen berücksichtigt bzw. entfallen im IV-Ziffernkranz nach **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3a**, soweit die TK und die VLR keine abweichende Vereinbarung treffen. Vor einer solchen abweichenden Vereinbarung werden entsprechende Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abgerechnet. Aufgrund § 135 SGB V nach Maßgabe dieser Ziffer I. des § 3 notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3a** stimmt der Facharzt und Kinder-Jugendrheumatologe bereits jetzt zu.

II. Dokumentation

Der HAUSARZT, Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe hat alle Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V über die Vertragssoftware in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des DIMDI zu übermitteln und die geltenden Kodierrichtlinien anzuwenden (siehe § 5 Abs. 5 des Vertrages). Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu übermitteln.

III. Abrechnung des HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen

Der HAUSARZT, Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe rechnet für die IV-Versicherten Pauschalen, Zuschläge und/oder Einzelleistungen gemäß dieser **Anlage 3a** mit der VLR ab. Für den Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen sind damit alle Leistungen, die gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 3a** Gegenstand dieses Vertrages sind, abgedeckt.

Der Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet, für die IV-Versicherten, sofern er über die Qualifikation und Ausstattung verfügt, alle Leistungen des IV-Ziffernkranzes (**Anhang 1** zu dieser **Anlage 3a**) und entlang des Behandlungspfades dieses Vertrages im Rahmen dieses Vertrages zu erbringen und abzurechnen. Dies gilt auch für Laborleistungen, die er selbst erbringen kann. Kann ein Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe aufgrund fehlender Qualifikation bzw. Ausstattung eine in diesem Ziffernkranz aufgeführte Leistung nicht erbringen, so muss die erforderliche Leistungserbringung durch Beauftragung eines Labors erfolgen. Die Beauftragung von Laborleistungen durch den HAUSARZT, Facharzt bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen erfolgt auf seine Kosten. Die Kosten der in dem EBM-Ziffernkranz mit dem Zusatz „Pauschale“ gekennzeichneten Laborleistungen sind durch die IV-Vergütung gemäß dieser **Anlage 3a** abgegolten.

Der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet, das Vorliegen der Überweisung für das Abrechnungsquartal zu dokumentieren.

Sollte der Versicherte länger als ein Abrechnungsquartal beim Facharzt bzw. beim Kinder- und Jugendrheumatologen behandelt werden, so ist eine erneute Überweisung des HAUSARZTES für dieses Abrechnungsquartal erforderlich.

§ 4**Abrechnung der IV-Vergütung durch den HAUSARZT, Facharzt bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen gegenüber der VLR**

(1) Die VLR ist zur ordnungsgemäßen Abrechnung der IV-Vergütung des HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen nach den Vorgaben dieser **Anlage 3a** verpflichtet.

(2) Das von der VLR hierzu eingesetzte Rechenzentrum („**Rechenzentrum**“) ist derzeit:

VSA GmbH
Tomannweg 6
81673 München.

(3) Der HAUSARZT, Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe übermittelt der VLR seine Abrechnung der IV-Vergütung („**IV-Abrechnung**“) elektronisch jeweils bezogen auf ein Abrechnungsquartal, spätestens bis zum 20. Tag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der IV-Abrechnung im Rechenzentrum. Bei verspäteter Übermittlung ist die VLR berechtigt, eine Abrechnung des HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen erst im Folgequartal vorzunehmen.

(4) Die VLR ist verpflichtet, die IV-Abrechnung des HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 3a** unter Zugrundelegung der in § 7 dieser **Anlage 3a** genannten Abrechnungsprüfkriterien für diese zu prüfen.

(5) Auf der Grundlage der im Sinne des vorstehenden Absatzes 4 geprüften IV-Abrechnung des HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen erstellt die VLR die Abrechnungsdatei. Bei Abrechnungsrügen der TK überprüft die VLR 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 3a** (Abrechnungsprüfkriterien) widerspricht.

-
- (6) Die VLR übersendet dem HAUSARZT, Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen nach Erhalt der Zahlung von der TK einen Abrechnungsnachweis („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt die im Abrechnungsquartal geleistete IV-Vergütung gemäß § 1 dieser **Anlage 3a**, die Verwaltungskostenpauschale nach § 19 des IV-Vertrages sowie zum Zeitpunkt der Erstellung des Abrechnungsnachweises geprüfte und nach Maßgabe der Abrechnungsprüfkriterien gemäß § 7 dieser **Anlage 3a** berechnete Abrechnungsrügen.
- (7) Der HAUSARZT, Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet, den Abrechnungsnachweis der VLR unverzüglich nach Erhalt zu prüfen und der VLR etwaige Einwendungen des Abrechnungsnachweises schriftlich mitzuteilen.
- (8) Falls der Abrechnungsnachweis beim HAUSARZT, Facharzt bzw. beim Kinder- und Jugendrheumatologen nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die VLR unverzüglich zu benachrichtigen.
- (9) 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 („**Schuldumschaffung**“). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die VLR wird den HAUSARZT, Facharzt bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der HAUSARZT, Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen.
- (10) Da die VLR zur Begleichung der entsprechenden Forderung des HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen ihrerseits auf Zahlung durch die TK in entsprechender Höhe gemäß § 16 Abs. 1 angewiesen ist, wird der IV-Vergütungsanspruch gegenüber der VLR erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der TK gemäß § 16 Abs. 1 und § 18 Abs. 1 bei der VLR fällig. Die VLR ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der IV-Abrechnung des

HAUSARZTES, Facharztes bzw. des Kinder- und Jugendrheumatologen gegenüber der TK durchzusetzen.

§ 5

Abrechnung der IV-Vergütung der VLR gegenüber der TK

- (1) Zum Zwecke der Abrechnung übersendet die VLR der TK eine Abrechnungsdatei („**Abrechnungsdatei**“) und einen körperlichen Rechnungsbrief („**Rechnungsbrief**“) als zahlungsbegründende Unterlage. Die VLR bedient sich zur Erfüllung ihrer Verpflichtung des in § 4 dieser Anlage genannten Rechenzentrums (§ 295 1b SGB V i.V.m. § 295 a Abs. 2 SGB V). Die Abrechnungsdatei enthält die vom HAUSARZT, Facharzt bzw. vom Kinder- und Jugendrheumatologen abgerechneten und geprüften Abrechnungspositionen für die erbrachten Leistungen und weist die Beträge für den HAUSARZT, Facharzt bzw. den Kinder- und Jugendrheumatologen geprüften IV-Vergütung im Sinne des § 18 Abs. 1 IV-Vertrag aus.
- (2) Die Abrechnungsdatei wird im Rahmen des Datenaustauschverfahrens (TA)¹ nach § 295 Abs. 1b SGB V übermittelt. Vor der erstmaligen Übermittlung von Abrechnungsdaten nach Satz 1 führt die VLR zusammen mit der TK einen Integrationstest zur Überprüfung der Verarbeitungsfähigkeit der übermittelten Daten durch. Die Übermittlung der Daten erfolgt quartalsweise in einer Datei, in der alle Abrechnungsdatensätze gebündelt sind, an die Datenannahmestellen der TK.
- (3) Die übermittelten Daten werden in Abhängigkeit vom Inhalt der einzelnen Datensätze im Sinne eines Fehlererkennungsverfahrens gemäß Abschnitt 5 der TA zu den betreffenden Richtlinien des GKV-Spitzenverbandes geprüft. Systematische Fehler führen grundsätzlich zur Abweisung der gesamten Datenlieferung. Der Datenabsender ist über festgestellte Mängel unverzüglich zu unterrichten. Die entsprechende Korrekturanforderung wird maschinell erstellt und eine entsprechende Fehlerdatei wird via T-Systems seitens der TK an den Datenabsender gesandt. Die Fehler sind entsprechend der Fehlerhinweise zu korrigieren und eine neue Abrechnungsdatei ist zu übermitteln.

¹ Die Richtlinie und die Technische Anlage können über das Internet auf der Seite des GKV-Spitzenverbandes - gkv-Datenaustausch/Leistungserbringer/Direktabrechner/Verträge nach §§ 73b, 73c und 140a SGB V - aufgerufen werden

-
- (4) Zusätzlich zur Abrechnungsdatei erstellt der Vertragspartner einen körperlichen Rechnungsbrief und übersendet diesen an das Abrechnungszentrum der TK. Der körperliche Rechnungsbrief enthält folgende Angaben:
- Institutionskennzeichen (IK) des Zahlungsempfängers
 - Name und Anschrift des Zahlungsempfängers
 - Bankverbindung des Zahlungsempfängers
 - Rechnungsnummer
 - Erstellungsdatum und Uhrzeit (UNB-Segment 0017,0019) der Lieferdatei mit den Einzelfallnachweisen (EFN-Datei) der Abrechnung nach Abs.1
 - Abrechnungszeitraum
 - Vertragsnummer
 - Vertragskennzeichen
 - Gesamtforderung
- (5) Die Bezahlung der Rechnung erfolgt nach Eingang der Abrechnungsunterlagen nach Abs.1 und 5 innerhalb der vereinbarten Frist von 14 Tagen (**„Zahlungsfrist“**). Ist die TK der Auffassung, dass die ihr übermittelte Abrechnungsdatei ganz oder in Teilen keine ordnungsgemäße Abrechnung zugrunde liegt, hat sie dies innerhalb der Zahlungsfrist der VLR schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (**„Abrechnungsrüge“**) oder eine Zahlung auf Grundlage des körperlichen Rechnungsbriefes unter dem Vorbehalt der Lieferung fehlerfreier Abrechnungsdaten vorzunehmen. Als Tag der Zahlung gilt der Tag der Übergabe des Überweisungsauftrages an ein Geldinstitut. § 16 Abs. 2 und § 18 Abs. 2 des IV-Vertrages bleiben unberührt (Ausgleich von Überzahlungen und Doppelabrechnungen).
- (6) Die TK hat die Zahlung auf das schriftlich von der VLR benannte Konto der VLR (**„Abrechnungskonto“**) zu leisten. Eine Änderung der Kontoverbindung wird die VLR spätestens zehn Tage vor ihrer Wirksamkeit der TK schriftlich mitteilen.
- (7) Nachdem die TK die IV-Vergütung an die VLR ausgezahlt hat, zahlt diese die sich aus der IV-Auszahlungsdatei ergebenden IV-Vergütungsansprüche der HAUSÄRZTE, der Fachärzte bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologen an diese gemäß § 18 Abs. 8 aus.

§ 6

Korrekturverfahren - Storno auf Fallebene und Sendung eines neuen Originalfalles

(1) Stornofälle auf Fallebene

Stornofälle sind solche, bei denen der HAUSARZT, Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. der von ihm beauftragte Abrechnungsdienstleister oder die TK feststellen, dass eine Abrechnung generell nicht erfolgen darf oder aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) zu korrigieren ist. Der Fall oder der fehlerhafte Datensatz muss storniert werden. Der zu stornierende Datensatz ist umgehend in einer separaten Datenlieferung mit dem Verarbeitungskennzeichen (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment IVK - Feld 1/1.2) "30" im IVK-Segment zu liefern. Der Stornodatensatz entspricht hinsichtlich der Leistungspositionen im ABR-Segment sowie der Beträge genau der zu stornierenden Datei. Es wird das gleiche Vorzeichen wie in der Erstdatenlieferung verwendet. Dies gilt auch für das FKI-Segment und die Rechnungsnummer.

(2) Neuer Originalfall mit neuer Rechnungsnummer

Im Falle einer Korrektur aufgrund eines fachlich-inhaltlichen Fehlers (z.B. abgerechnete Gebührenposition ist nicht korrekt) wird ein neuer (korrigierter) Datensatz mit dem Verarbeitungskennzeichen "10" im IVK-Segment und neuer Rechnungsnummer (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 11/11.5) im RGI-Segment geliefert. Der Korrekturzähler (siehe Abschnitt 4.4.1 der technischen Anlage unter Segment RGI - Feld 11/11.8) bleibt dabei auf dem Wert "0".

Der Dateiname (siehe Abschnitt 4.1 der technischen Anlage unter Dateinamen) wird an der fünften Stelle mit einer "0" = Abrechnungsdatei übermittelt.

§ 7

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Das Rechenzentrum für die VLR bzw. die TK prüft die IV-Abrechnung auf Vertragsgemäßheit und Plausibilität (§§ 16 bis 18 des IV-Vertrages, **Anlage 3a**) 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 an der IV;
 - 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 Diagnosendokumentation gemäß **Anhang 3** der **Anlage 3a**.
- (3) Der Umfang der von der VLR an die TK 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 IV-Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.

§ 8

Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 3a**:

- Anhang 1 zu Anlage 3a:** IV-Leistungsbeschreibung gemäß EBM- Ziffernkranz
- Anhang 2 zu Anlage 3a:** Rheumatologische Folge- und Begleiterkrankungen
- Anhang 3 zu Anlage 3a:** Einschreibediagnosen IV-Versicherte
- Anhang 4 zu Anlage 3a:** Voraussetzungen rheumatologische Fachassistenz