

Gastroenterologievertrag nach § 73c / § 140a SGB V Abrechnungsschulung

## Verhaltensregeln bei der Webkonferenz



- Schalten Sie bitte Ihr Mikrofon stumm, wenn Sie gerade nicht sprechen.
- Nur der/die aktuelle Sprecherin/Sprecher hat das Mikrofon an.



Fragen und Bemerkungen sind gerne gesehen. Bitte per Handsymbol anzeigen. Wir werden Sie aufrufen, bitte schalten Sie dann Ihr Mikrofon an.



Alternativ besteht die Möglichkeit Fragen über den Chat zu stellen.



## **Erhalt des Schulungszertifikats**

#### Bitte senden Sie uns eine

#### E-Mail-Bestätigung

zur Teilnahme an der Abrechnungsschulung zum Gastroenterologievertrag gemäß § 73c/140a SGB V

unter <u>Angabe aller Teilnehmer</u> an folgende Adresse: vertraege@medi-verbund.de

# **Agenda**



- 1. Versicherteneinschreibung
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
- 5. Internetauftritt
- 6. Pharmaquoten



#### Vorteile für Versicherten



- Behandlungskoordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
  - Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag
  - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung
  - Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für Berufstätige pro Woche, z. B. bis 20.00 Uhr
  - Begrenzung der Wartezeit auf möglichst 30 min.
- Zuzahlungsbefreiung bei rabattierten Medikamenten für AOK Versicherte
- intensive ambulante Betreuung

## Versicherteneinschreibung

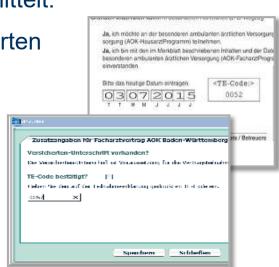


- Teilnahmevoraussetzungen
  - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW
  - aktive Teilnahme an der HZV (→ Online-Teilnahmeprüfung)
- Einschreibung in die gesamte Facharztebene der jeweiligen Krankenkasse für mind. 12 Monate
  - AOK BW derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder-und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie
  - Bosch BKK derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie und Pneumologie
  - BKK VAG BW derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie und Psychotherapie
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf Überweisung HZV-Arzt
- aktuelles Merkblatt für Versichertenaufklärung verwenden

#### **Online-Einschreibung**



- Teilnahmeerklärung (TE) wird in Ihrer Vertragssoftware ausgefüllt.
- Ausdruck von 2 Exemplaren der TE mit aufgedrucktem vierstelligen Code neben dem Unterschriftenfeld.
- Beide Exemplare der TE werden vom Versicherten und vom Arzt unterschrieben.
- vierstelliger Code wird in Vertragssoftware eingegeben (zur Bestätigung für das Vorliegen der Unterschrift) und der Einschreibedatensatz an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG übermittelt.
- 1. Exemplar zur Aushändigung an den Versicherten (+ Merkblatt)
- 2. Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis (mind. 10 Jahre).



#### **Einschreibefristen**



- je nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Krankenkasse ist Versicherter im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben
  - → (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.)
- Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag bei der Krankenkasse
  - Versicherter im Folgequartal aktiv im FacharztProgramm
- Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag bei der Krankenkasse
  - Versicherter im übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm
- → jedes Quartal Online-Teilnahmeprüfung durchführen

# **Agenda**



- 1. Versicherteneinschreibung
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3. Vergütungssystematik und Vertragsdokumente
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
- 5. Internetauftritt
- 6. Pharmaquoten



## **Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**



#### SANE:

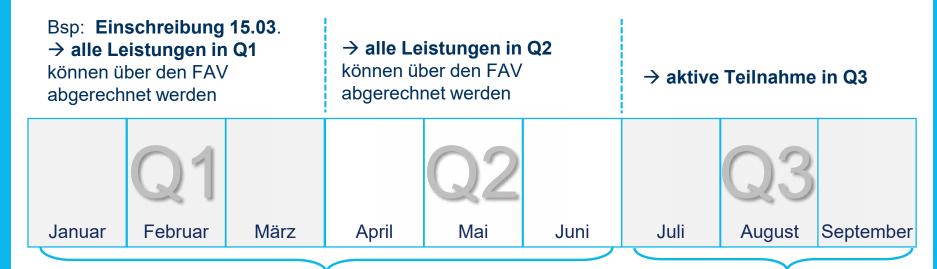
Abrechnung über den Facharztvertrag sofort nach Einschreibung des Versicherten noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm.

- Voraussetzungen zur SANE:
  - der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
  - der Arzt muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)

## **Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**



Sind die Voraussetzungen zur SANE erfüllt, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht: Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

## Wichtige Informationen zur SANE

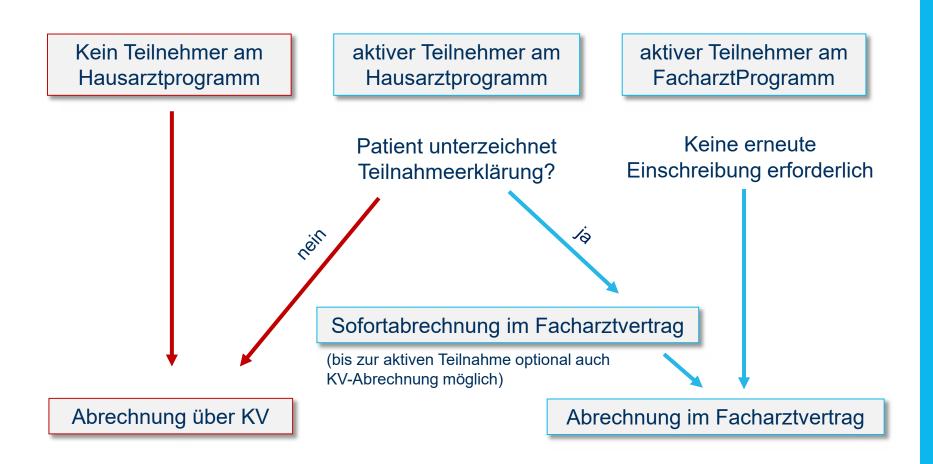


- Abrechnung des Versicherten für ein Quartal erfolgt entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder über KV
- Versicherter kann max. 2 Quartale (Einschreibequartal und Folgequartal) über SANE abgerechnet werden
- Einschreibeverfahren, Abrechnungs- und Auszahlungsprozesse bleiben unverändert

#### **Praxisablauf**



Online-Teilnahmestatusprüfung



#### Was tun bei einer Ablehnung von SANE-Fällen



- abgelehnte SANE-Fälle sind in der Datenempfangsbestätigung oder im SANE-Ablehnungsschreiben aufgeführt. Mögliche Gründe:
  - zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)



- keine Mitgliedschaft bei der AOK BW/Bosch BKK
- Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)
- Nachabrechnung über KV möglich (berufen Sie sich ggf. auf die Ausnahmen der Abrechnungsrichtlinie der KV § 3 (2) bzw. (3) und geben Sie einen Hinweis auf die Ablehnung von Leistungen der Sofortabrechnung im Selektivvertrag)

# **Agenda**



- 1. Versicherteneinschreibung
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
- 5. Internetauftritt
- 6. Pharmaquoten



#### Dokumente für die Abrechnung



- diese Dokumente finden Sie unter www.medi-verbund.de
- Gesamtziffernkranz (GZK)/Ziffernkranz (jeweils Anlage 12 Anhang 1) :
  - legt den Leistungsumfang des Vertrages fest (Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung)
  - nicht aufgelistete EBM-Ziffern sind für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

	EBM-Grunddaten		3		HZV	Kardiok		PMP	Orthopadie	Urnlogie	- Rheumatologic
ioe	Beachreibung		Anderungs- datum	Anderungs- vermerk	Anmerkung	Anmerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Ameriung	Anmerkung
1100	Unworkergesehene Inansprus	rinationa I	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
1101	Unvorhergesehere Inansprus	thrainma II	01.10,2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligator	obligatorisch	obligatorisch	obligatorises	obligatorisch	obligatorisch
1102	Inanspruchnahme an Sainsta	gen	01.94.2015	Bezeichnung Anmerkung soezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorech - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
11321	Grundpauschale II für ermach und Krankenhäuser	vigte Arcte, Institute		- spaceton	§ 73o-Leistung	obligatoris ermdohtigte	obligatorisch	obligationsch	obligationsch	obligatorisch	obligatorisch
1410	Beeuch				obligatorach	obligator		sisligatorisch	obligatorisch	obligatorech	abligatorach
1411	Dringender Besudt I		01.10.2017	Anmerican	obligatorisch	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorison	obligatorisch
1412	Dringender Besuch II		BKK V	AG Moin Fac	harzt Modul Gas	troeneterole	ogie: Anlage 12 Anh	ang 1 7iffernkra	nz Gastroanoto	rologie Q3/2016	
1413	Besuch eines weiteren Kran	GOP Bes		TO INCHIT OF	moret moder du	AL GOLIGIOI GI	ogio: ranogo iz ram	arig i Emonimu	THE GROUP GOLIGIC	TOTO GOLLOTO	
1414	Visite auf der Belegsbeton,		orhergeseher	n Inancorust	nahma I						
1415	Dringender Besuch in besch Wohnheimen										
	Boolekuse sines Krankos A										
		101102 Hoar									
				I for armacht			nobdenor				
		01321 Gru	ndpauschale l	I für ermächt	igte Arzte, institut	e und Kranke	enhäuser				
		01321 Gru 01410 Bes	ndpauschale l uch		igte Arzte, Institut	e und Kranke	enhäuser				
		01321 Gru 01410 Bes 01411 Drir	ndpauschale l uch igender Besuc	h I	igle Arzte, Institut	e und Kranke	enhäuser				
		01321 Gru 01410 Bes 01411 Drir 01412 Drir	ndpauschale l uch igender Besud igender Besud	th II	700	e und Kranke	enhäuser				
		01321 Gru 01410 Bos 01411 Drir 01412 Drir 01413 Bos	ndpauschale l uch igender Besuc igender Besuc uch eines wei	th II th III teren Kranker	n		enhäuser				
		01321 Gru 01410 Bes 01411 Drir 01412 Drir 01413 Bes 01415 Drir	ndpauschale l uch igender Besud igender Besud uch eines wei igender Besud	h I h II teren Kranke h in beschüt	n zenden Wohnheir	nen					
		01321 Gru 01410 Bes 01411 Drir 01412 Drir 01413 Bes 01415 Drir 01416 Beg	ndpauschale l uch igender Besud igender Besud uch eines wei igender Besud	h I h II teren Kranke h in beschüt Kranken durc	n	nen					

## **Anmerkungen im GZK**



obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte vom jeweiligen FA als Teil der Abrechnungsziffern erbracht werden.

nicht obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte als Teil der Abrechnungsziffern erbracht werden, sofern Qualifikation und Ausstattung vorhanden.

§ 73c-Leistung

**Diese** Leistungen sind durch einen anderen Facharztvertrag in den GZK eingegliedert aber bei Erbringung der Leistung **mit den Abrechnungsziffern** Ihres vorliegenden Vertrages **abgegolten**.

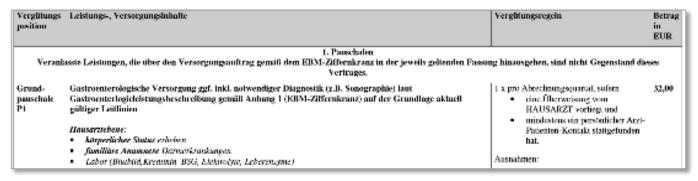
HZV-Leistung

**Zur Abstimmung** bzgl. Erbringung (auch durch den Hausarzt) dieser Leistung ist die Absprache mit dem **HAUSARZT** erforderlich. Bei Abrechnung durch den **FACHARZT** ist die Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten.

#### Dokumente für die Abrechnung



- Vergütung (Anlage 12)
  - enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

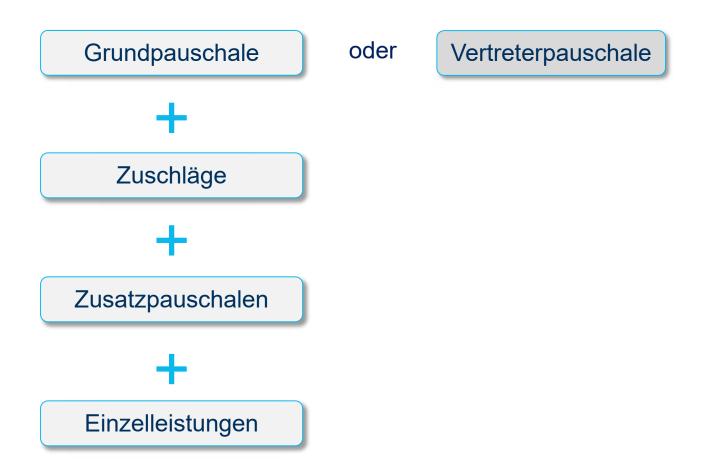


- ICD-Liste (Anlage 12 Anhang 2)
  - Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

ICD 10	Klartext			Pauschale	Anmerkung	1		
Code								
A06.4	Leberabszess durch Amöben			D.II			Kreuz-Stern-	
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum						Diagnose,	
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) un	ICD 10	Klartov				abrechenbar nur	Dauechalo
	hepaticum	100 10	riariox	•			in Verbindung	rauscilaie
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) oh						mit	
	hepaticum	Fara		F1 1.0				
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepatic	E84.1			armmanifestatione			P1a
		E84.80	Zystisch	ne Fibrose mit Lu	ngen- und Darm-N	fanifestation		Pta
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma h	185.0	Osopha	gusvarizen mit b	Nutung			Pia
		185.9	Ösopha	gusvarizen ohne	Blutung			P1a
		198.2		gus- und Mager einer Blutung	varizen bei andere	norts klassifizierten Krankheiten, ohne	K70-K71,K74, B65	P1a

## **Abrechnungssystematik Gastroenterologie**





#### Legende



- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK VAG BW-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK VAG BW-Vertrag
- wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet
- wird bei Abrechenbarkeit/ Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt
- nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12

# Grundpauschalen und Zuschläge



P1 Grundpauschale (1x/Quartal)	8	32,00 € 37,00 €
+ Q1 Pharmakotherapie	<b>(</b> )	4,00€
+ Q3 Farbdoppler	<b>(</b> )	2,00€
P1UE additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt	8	5,00€
oder <b>V1</b> Vertreterpauschale	<b>&amp;</b>	17,50 €

# Zusatzpauschalen und Zuschläge



P1a CED	0 &	25,50 € 25,00 €
P1b Hepatitis/Oberbauch	0 &	38,00 € 42,00 €
+ Q4 Strukturzuschlag für EFA® auf P1a und P1b	<b>©</b>	5,00€
P1c Karzinome	0 &	22,50 € 25,00 €

# Einzelleistungen



E1a Gastroskopiekomplex	<b>&amp;</b>	117,00 €
E1b Zuschlag Polypektomie	<i>&amp;</i>	28,00 €
E2a Koloskopiekomplex	<i>&amp;</i>	225,00 €
E2b Zuschlag Polypektomie	<i>&amp;</i>	55,00 €
E2c Zuschlag Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)	<i>&amp;</i>	40,00 €
E2d Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragenem Polyp)	<b>&amp;</b>	15,00 €
E3 Präventionskoloskopie ohne P1!	2	235,00 €
+ Q2 Vorsorgekoloskopie	<b>(</b>	2,00€
E4 Sigmoidoskopiekomplex	8	50,00€
E5a Therapeutische Proktoskopie (Ligatur)	<i>&amp;</i>	18,50 €
E5b Therapeutische Proktoskopie (Sklerosierung)	2	9,50 €

# Einzelleistungen



E6a Sachkostenpauschalen Clip	<b>&amp;</b>	75,00 €
E6b Sachkostenpauschalen Nadel	<b>&amp;</b>	7,20 €
E6c Sachkostenpauschalen Loop	<b>&amp;</b>	68,00 €
E6d Sachkostenpauschalen C13 Atemtest	<i>&amp;</i>	11,20 €
E7d Praxisklinische Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie	<b>&amp;</b>	53,00 €
E8 Histologie bei Früherkennungskoloskopie	<b>&amp;</b>	13,46 €

# **Onkologie** (abrechenbar bei Teilnahme an der Onkologievereinbarung)



P1d Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	<b>()</b> &	29,16 €
Onko 1 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	<b>()</b> &	27,00 €
Onko 2 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	0 &	200,00€
Onko 3 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	0 &	200,00€
Onko 4 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	0 &	100,00€
E7a Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 2 h	<b>()</b> &	53,00 €
E7b Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 4 h	<b>()</b> &	101,00€
E7c Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 6 h	0 &	148,00 €

# Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C



<b>Z8</b> NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing	2	150,00 €
Z9 Adhärenzgespräch Zepatier	200	20,00€
Z10 Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung	<i>&amp;</i>	30,00 €
Z11 Abschlussgespräch Zepatier 1 nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	20	30,00€
<b>Z12</b> Abschlussgespräch Zepatier 2 Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12	<i>&amp;</i>	40,00 €



- Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 bis M14 oder M20 bis M33 abrechenbar, gem. Anhang 6 zu Anlage 12
- Mindestalter zur Behandlung 12 Jahre

M1 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0 &amp;</b> 50,00 €
M2 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b> & 50,00 €
M3 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0 &amp;</b> 50,00 €
M4 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b>
M5 Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0 &amp;</b> 50,00 €
M6 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b> & 50,00 €



M20 Aufklärungsgespräch GT1a, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>()</b> &	50,00€
M21 Aufklärungsgespräch GT1b, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
M22 Aufklärungsgespräch GT2, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M23 Aufklärungsgespräch GT4, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
M24 Aufklärungsgespräch GT5, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
M25 Aufklärungsgespräch GT6, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€



M26 Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M27 Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M28 Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
M29 Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
M30 Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M31 Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>()</b> &	50,00€
M13 Aufklärungsgespräch GT3, therapienaiv, ohne Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>()</b> &	50,00€



M34 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M32 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, ohne Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M33 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	50,00€
M16 Adhärenzgespräch, additiv zu P1b, 1x/Tag, pro Patient bis zu 2x bei M1-M6/M13, 3x bei M7-M12/M14, 4x bei M15)*	<b>()</b> &	20,00€
M17 Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	2	30,00€
M18 Abschlussgespräch 1- nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht) (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	<i>&amp;</i>	30,00 €
M19 Abschlussgespräch 2- Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12 (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	2	40,00€



- Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen EP1 bis EP28 abrechenbar, gem. Anhang 10 zu Anlage 12
- Mindestalter zur Behandlung 6 Jahre

EP1 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b> & 50,00 €
EP2 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b> & 50,00 €
EP3 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b>
<b>EP4</b> Aufklärungsgespräch GT3, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b>
EP5 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0 &amp;</b> 50,00 €
<b>EP6</b> Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b>
EP7 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>◎</b>



EP8	Aufklärungsgespräch GT1a, mit kompensierter Zirrhose bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP9	Aufklärungsgespräch GT1b, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP10	Aufklärungsgespräch GT2, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP11	Aufklärungsgespräch GT3, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP12	Aufklärungsgespräch GT4, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP13	Aufklärungsgespräch GT5, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>()</b> &	50,00€
EP14	Aufklärungsgespräch GT6, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€



EP15 Aufklärungsgespräch GT1a, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
<b>EP16</b> Aufklärungsgespräch GT1b, mit dekompensierter Zirrhose bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP17 Aufklärungsgespräch GT2, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP18 Aufklärungsgespräch GT3, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
<b>EP19</b> Aufklärungsgespräch GT4, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
<b>EP20</b> Aufklärungsgespräch GT5, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
<b>EP21</b> Aufklärungsgespräch GT6, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€



EP22	Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP23	Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP24	Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP25	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP26	Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP27	Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€
EP28	Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	0 &	50,00€



	EP29	Adhärenzgespräch 3 oder 6 mal bei Abrechnung EP1-21 (bis zu 3x pro Patient additiv zu P1b) bei Abrechnung EP22-28 (bis zu 6x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	20,00€
		Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		30,00 €
	EP31	Abschlussgespräch-nach erfolgter Therapie (SVR12 erreicht) nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>0</b> &	30,00€
	EP32	Abschlussgespräch-Beratung zu weiteren Operationen bei nicht erreichter SVR12 nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	<b>()</b> &	40,00€

#### **Elektronisches Korrekturverfahren**



- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- Wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



#### **Exkurs**

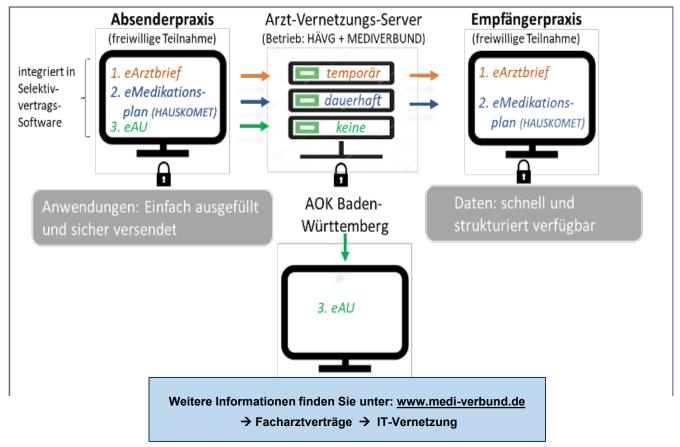


# **Elektronische Arztvernetzung**

## Elektronische Arztvernetzung: Überblick



- Digitaler Austausch eines elektronischen Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt (eArztbrief)
- Elektronische Weiterleitung des Musters 1a an die Krankenkasse (eAU)
- Bereitstellung und Pflege elektronischer Medikationsinformationen von Patienten (HAUSKOMET)



## **Elektronische Arztvernetzung**



Q5*∆ Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf P1 oder E3)	0	5,00 €/ Quartal				
Q6*∆ Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf P1 oder E3)	0	2,00 €/ Quartal				
<b>ZITV*</b> Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung (einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ	③ Z)	2.500,00 €/ einmalig				
Die aktuelle <b>Liste der Softwareanbieter</b> finden sie unter:  www.medi-verbund.de (→"Ihre Vorteile" →"IT-Vernetzung Arztpraxen")						

Δ wenn Teilnahmebestätigung nach dem 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats dann Vergütung ab dem Folgequartal

<sup>\*</sup> nur bei der AOK Baden-Württemberg

## Laborleistungen



- Laborleistungen, die im (Gesamt-) Ziffernkranz (GZK) abgebildet sind, dürfen bei eingeschriebenen Patienten nicht mehr über den 10A- oder 10er- Schein angefordert werden.
  - Das Labor kann diese Laborleistungen nicht über die KV abrechnen, sondern stellt diese der überweisenden Praxis in Rechnung.
  - Die Anforderung erfolgt über ein vorab mit dem Labor geregeltes individuelles Verfahren.
- Laborleistungen, die nicht im GZK aufgeführt sind, werden weiterhin über den 10A- oder 10er- Schein (analog zu nicht eingeschriebenen Kassenpatienten) angefordert.
- Die Pseudo-GOP (88192) zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus kann über die KV abgerechnet werden.

# **Agenda**



- Versicherteneinschreibung
- Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
- 5. Internetauftritt
- 6. Pharmaquoten



## **Abrechnungsprozess**





- Prüflauf (Prüfung der Abrechnung durch Vertragssoftware)
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware + Online-Key
- Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG
- Prüfung durch MEDIVERBUND AG (Managementgesellschaft),
   Gegenprüfung durch Kasse
- Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG (Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni )

## Auszahlungsprozess



- Die MEDIVERBUND AG übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW, wo sie erneut geprüft werden.
- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten
  - Abschlagszahlungen und
  - Schlusszahlung
- Die Abschlagszahlungen erfolgen \*
  - ➤ monatlich in Höhe von 29,00 € pro P1 des vorangegangenen Abrechnungsquartals
  - im laufenden Abrechnungsquartal
- Nachabrechnungen und Korrekturen im Rahmen des 73c Vertrages werden online über die Vertragssoftware ausgeführt und übermittelt.
  - Diese können ein Jahr (4 Quartale) rückwirkend ausgeführt werden.

<sup>\*</sup> nicht im BKK VAG BW-Vertrag

## Inhalt des Abrechnungsbriefes



71.404

DE00 0000 0000 0000 0000 00

5555555500

2,000,004

2 025.03 €

- Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags
- Information über Abrechnungssumme des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen aller Vorquartale
- Buchungsübersicht
  - Aufführung von Buchungen

➤ Bankverbindung (Änderungen bitte rechtzeitig mitteilen → über Stammdatenänderungsformular oder Arztportal)

- Übersicht Behandlungsfälle
- Einzelnachweise
  - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
  - Korrekturen bis zu 12 Monate nach Ende des Abrechnungsquartals möglich

Fallnummer	Name des Patienten	Versicherten- nummer	Geburtsdatum	
Leist-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungs- betrag	
Leist Pos.	Enthaltene Sachkosten:  • Sachkosten 1 (1,00 €)  • Sachkosten 2 (2,00 €)	- <del>'</del>		
Summe		Summe Leistungen		
	Verwaltun	Verwaltungs- kosten		
Anderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen	Leistungsdatum		

3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG

Zwiecheneumne Duerbei 4/2017

#### **Elektronisches Korrekturverfahren**



- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- Wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



# **Agenda**



- 1. Versicherteneinschreibung
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
- 5. Internetauftritt
- 6. Pharmaquoten



#### www.medi-verbund.de



#### www.medi-arztportal.de



- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung.
- Hier können Sie Ihre bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket





#### www.medi-arztsuche.de

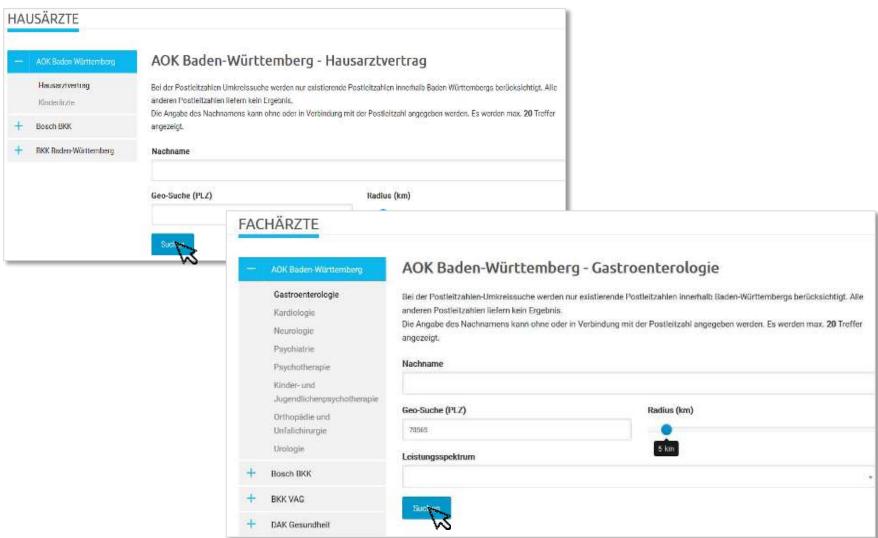


## Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten



#### www.medi-arztsuche.de

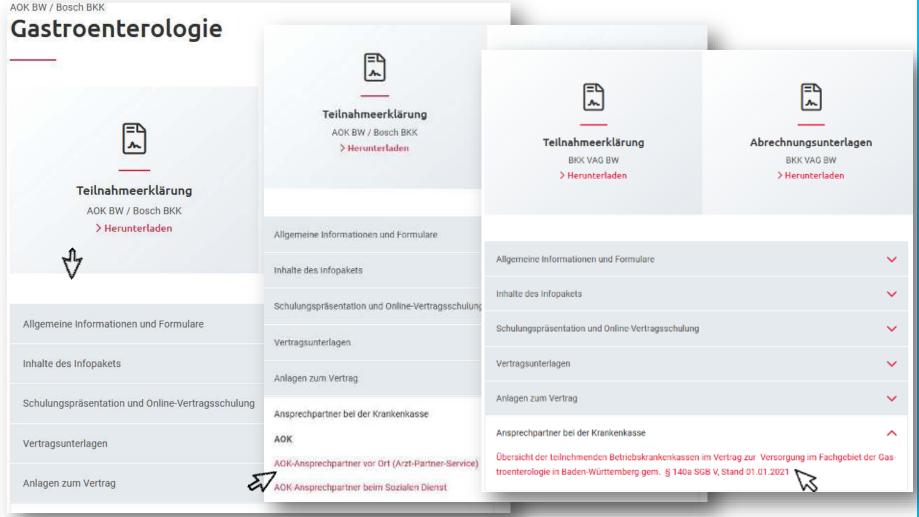




## Ansprechpartner bei den Krankenkassen



Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite



## Abrechnungskalender



Claberologia AOK BW/ Carthronistrologia AOK BW/ Blanch BRK / BRK \AAC) Varidologia AOK BW/ Blanch BRK / BRX \AAC) Orthropialia AOK BW/ Blanch BRK PNP AOK BW/ Boach BRK PNP AOK BW/ Boach BRK			2021					MEDIOVERBUND			
	Januar		Februar		März		April		Mai		Juni
	1 Neujahr	2/10	1 AZ	Mo	1 AZ	Do	1 AZ	Sin	1 Marteiorag	Dí	1 AZ
a	2	Di	2	Di	2	Fr	2 Karfreitag	So	2	Mi	2
0	3	MI	3	Mi	3	Sa	3	Mo	3 AZ	Do	3 Fronteichnam
lo.	4 AZ	Do	4	Do	4	So	4 Ostersonntag	Di	4	Fr	4
	5		5	_	5	Mo	5 Ostermontag	MI	5	Sa	5
11.	6 Heilige drei Könige		6		6	Di	6	Do	6	So	6
0	7		7		7	MI	7	Fr	7	Mo	7
r	8	-	8	Name and Address of the Owner, where	8	Do	8	Sa	8	Di	8
a	9	-	9	NO NO COLUMN 2 IN	9	Fr	9	So	9	Mi	9
_	10		0		n	80	10	Mo	10	Do	10
-	11	Do	D 14		26 1		, <del>,</del> ,	· · ·	0: :	Fr	11
	12	Fr	Den Ka	lende	r mit den wi	ichtigs	ten Termine	en find	en Sie im	Sa	12
_	13	Sa		D	oroich: Ah	rochni	ungsunterla	don		So	13
-	14	So		Ь	ereich. Abi	CITIL	ungsuntena	gen		Mo	14
_	15	Mo 1	5	Mo 1	5	Do	15	Sa	15	DI	15
	16		6		6	Fr	16	So	16	Mi	16
	97.1	Mi 1			7	Sa	17	The same of the sa		100	17
-	17	- Table 10	8	-	8	So	18	DI	17	Er.	18
	7.77					3000	7001		1330	100	197
_	19		9		9	Mo	19	Mi	19	Sa	19
	20	- Annual Control of the Control of t	0		0	Di	20	Do	20	So	20
-	21	So 2	22.0	So 2		Mi	21	Fr	21	Mo	21 W
_	22	STATE OF THE PARTY.	2		2	Do.	22	Sa	22	DI	22
	23		3		3	Fr	23	So	23 Pfingstsonntag	Mi	23
_	24		4		4	5a	24	Mo	24 Plingstmontag	Do.	24
-	25		5	100,100,000	5	So	25	101	(25)	Fr	25
-	26	_	16		16	-	26	Mi	26	Sa	26
	27	Sa 2		Sa 2		The same of	2/	Do	27	So	27
_	28	S0 2	18		.8	Mi	28	Fr	28	Mo	28
_	29			The second second second	9	Do.	29	Sa	29	DI	29
-	30			· Participani and	0	Fr	30	So	30	Mi	30
0	31			MI 3	1			Mo	31		
	Abrechnungsübermitti	ung			ungsdaten für das abgelar g könnan bis zu 4 Quartal			g bis spateste	ns zum 5. Kalendertages na	ch Ablauf des	Quartals elektronisch zu
Quartal bei der			Quartal bei der AOK BW	nde zur Einschreibung von Patienten mit Wirkung zum nächsten Quartal. Generell müssen Teilnahmeenklärung bis spätestens zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor dem nächsten lat bei der ADK BVW Bosch BKXV BKX VAG eingegangen sein. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.							
Abrechnungsdat			Abrechnungsdaten einzur	de der Übermittlung von Stammdatenänderungen mit Wirkung für das entsprechende Quartat. Generelt sind Stammdatenänderungen spälestens 5 Arbeitstage von der Übermittlung der naungsdatten einzureichen.							
				hunger erhalter Sie am Monstanfang.							
31	Abschlagszahlungsinform			ichung von Abachlagsstenierungen. (Formular siehe 2te Seite des Abachlagszahlungsinformationsbriefes)							
	Versand des Abrechnungs		THE RESIDENCE AND ADDRESS OF THE PARTY OF TH	cher Tormin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt worden cher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.							
	Schlusszahlung		The second secon	min, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwissen werden.							





#### **MEDI-Blog**

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen. blog.medi-verbund.de



#### **MEDI-Newsletter**

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an. blog.medi-verbund.de/newsletter/



#### **MEDI Verbund goes Facebook**

facebook.com/mediverbund



#### **Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter**

twitter.com/mediverbund



#### YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns! *medi-verbund.de/youtube* 

# **Agenda**



- 1. Versicherteneinschreibung
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- 4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
- 5. Internetauftritt
- 6. Pharmaquoten



## **Pharmaquoten**





Grün (≥ 90 %, Zuschlag = 1,00€) hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.



Rot (≤ 3%, Zuschlag = 2,50€) hinterlegt sind Me-Too-Arzneimittel, die durch die Software vorgeschlagene wirtschaftliche Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden können.



Blau (≥ 70 %, Zuschlag = 0,50€) hinterlegt sind

Patentgeschütze und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

## **Quotenerreichung am Beispiel Grünquote**



Wenn in mindestens 90% der Fälle, in denen aus der Arzneimitteldatenbank ein grünes Präparat vorgeschlagen wird – also eine "grüne Verordnung theoretisch möglich wäre", letztendlich auch ein grün markiertes Präparat verordnet wird, dann ist die Grün-Quote (≥ 90%) in diesem Quartal erreicht

In diesem Fall erhält der Vertragsteilnehmer automatisch eine Vergütung auf jede in diesem Quartal abgerechnete Grundpauschale.

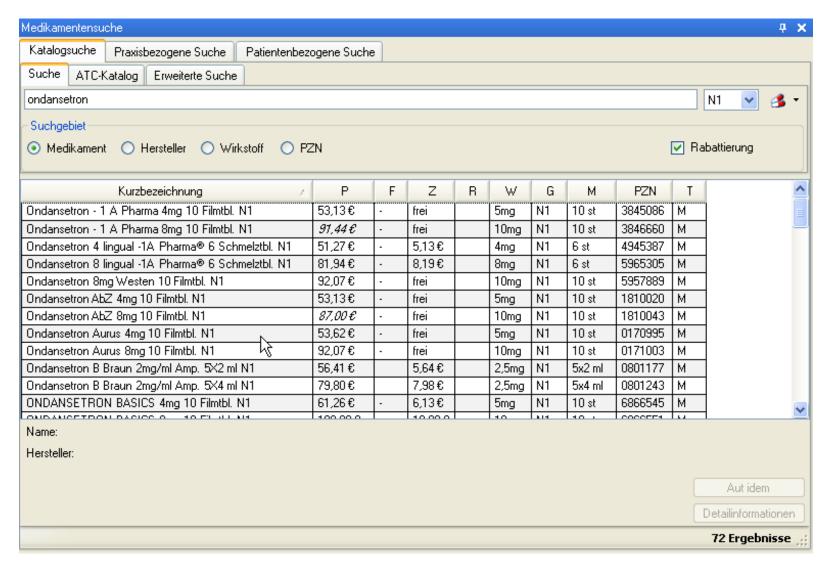
Zur Berechnung der Pharma-Quoten werden <u>nur die Verordnungsdaten der Praxis</u> berücksichtigt. Auch wenn das Präparat z.B. in der Apotheke substituiert wird, erfolgt die Berechnung der Pharma-Quoten auf Basis der ursprünglich in der Praxis ausgestellten Verordnungen.

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen

1	P1	03.08.2018	32,00€
2	P1UE	03.08.2018	5,00€
3	E2A	03.08.2018	225,00 €
4	Q1_GRUEN	03.08.2018	1,00€
5	Q1_ROT	03.08.2018	2,50€
		Summe:	265,50 €
	Verwaltungsk	9,48€	

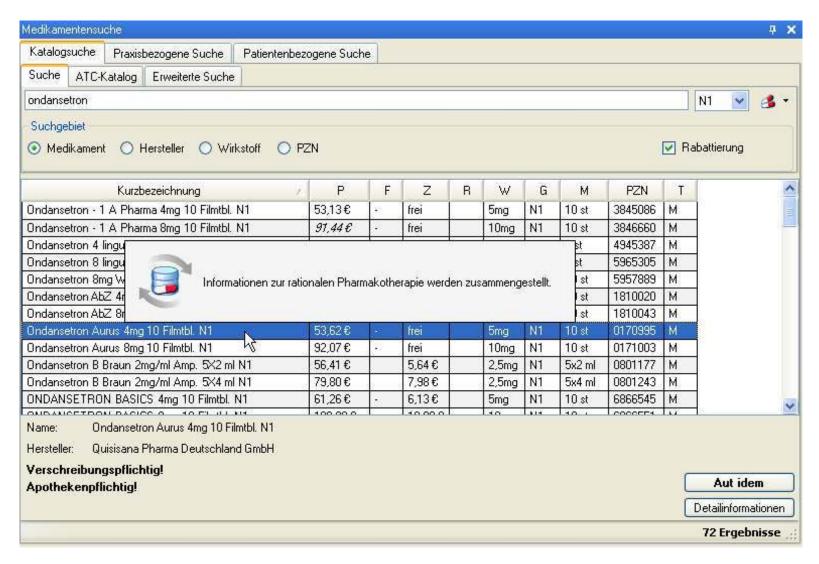
## Beispielhafte Darstellung in der Software





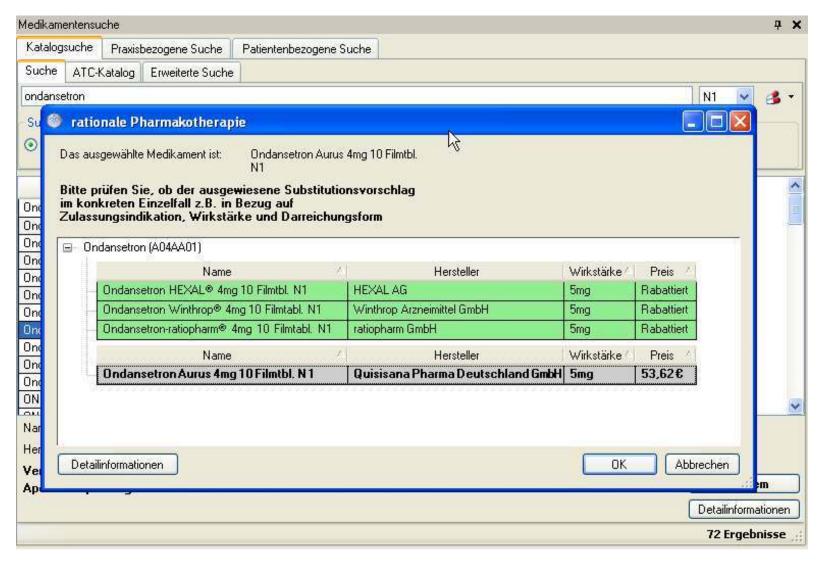
## Beispielhafte Darstellung in der Software





## Beispielhafte Darstellung in der Software









# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!