

**Orthopädie- und Rheumatologievertrag
gemäß § 73c SGB V
Vertragsschulung Rheumatologie**

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- bis 22.07.2015 Möglichkeit des Abschlusses ergänzender Facharztverträge gemäß § 73c SGB V
- ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V; bestehende § 73c-Verträge können weiter geführt werden
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in § 73b und c SGB V und des Bewertungsausschusses

Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung
(→ Schnittstelle HA-FA)

Ziele des Vertrages

- **Ärzte wünschen sich z. B.**
 - mehr Zeit für Beratung, die besser honoriert wird
 - eine bessere Compliance von Seiten der Patienten

- **Patienten wünschen sich z. B.**
 - schnellerer Zugang zur evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Diagnostik und Therapie
 - mehr Zeit für eine umfassende Patientenberatung
 - als Mensch und Experte ihrer Erkrankung wahrgenommen zu werden
 - ausreichende und verständliche Informationen zu ihrem Krankheitsbild
 - Zusammenwirken der regionalen Akteure im Gesundheitswesen

Systematik des Vertrages

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- spezielle Honorarsystematik
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen

- **strukturierte Schnittstellen** (z. B. Überweisungsmanagement, strukturierter Befundbericht siehe Anlage 12a/Anlage 17)
- Versorgungsrealität optimieren
- **Struktureffekte** z. B. durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung
 - vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
 - Reduzierung der AU-Zeiten
- Case Management und individuelle Beratung durch Sozialen Dienst/
Patientenbegleitung, Gesundheitsprogramme

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Vorteile für teilnehmende Ärzte

- Vergütung durchschnittlich zwischen 20% und 40% höher als bei der KV
- mehr Zeit, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung
- keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung
- wirtschaftliche Sicherung der Praxen und Planungssicherheit:
 - feste Vergütung
 - unbefristete Verträge (§ 73c-Vertrag in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie erstmals Ende 2021 kündbar)

Anforderungen an teilnehmende Ärzte

- strukturierte und leitliniengerechte Versorgung, z. B.
 - Weiterüberweisung/Weiterleitung immer unter Einbeziehung (Information) des HZV-Arztes
 - Vertreterregelung (Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt)

- Sprechstundenangebot, Terminvergabe und Praxisprozesse, z. B.
 - eine Terminsprechstunde (z. B. Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr) pro Woche
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen, Notfällen am selben Tag
 - Befundübermittlung an HZV-Arzt innerhalb von 14 Tagen

Der § 73c Vertrag AOK BW/Bosch BKK enthält im Modul Rheumatologie als Teilnahmevoraussetzung:

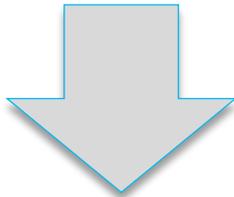
- die Erfüllung der Fortbildungspflicht gemäß § 95d SGB V
- die Erfüllung vertragsspezifischer Fortbildungspflichten
 - **jährlich mind. ein Kurs mit mind. 8 Fortbildungspunkten** zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Rheumatologiemoduls
- die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (gemäß § 5 Abs. 3)
 - **mind. 1 Qualitätszirkel je Halbjahr** zu unterschiedlichen vertrags-spezifischen Themen erforderlich

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Die Teilnahmevoraussetzungen gliedern sich in

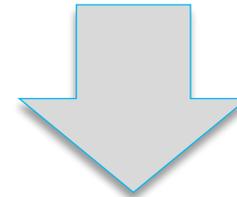
Persönlichen Teilnahmevoraussetzungen



Sind vom teilnehmenden Arzt selbst
zu erfüllen
(z. B. Vertragsschulung)



Voraussetzungen Praxis/BAG/MVZ



Sind von der Praxis/BAG oder dem
MVZ zu erfüllen
(z. B. vertragskompatible IT)



Zusätzlichen Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter Leistungen

Teilnahmeberechtigt sind

- **Vertragsärzte**
 - Facharzt für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie
- **persönlich ermächtigte Ärzte**
 - dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen
- **MVZ**
 - zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, die die Teilnahmebedingungen erfüllen. Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ

Hinweis: Bitte achten Sie bei einer Teilnahme darauf, dass bei verschiedenen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen (auch bei angestellten Ärzten) in Ihrer Praxis/ BAG/ MVZ ein gleichzeitiger Teilnahmestart (selbes Quartal) empfohlen wird.

Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten gemäß § 95d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Erfüllung zusätzlicher Fortbildungspflichten zu den spezifischen Krankheitsbildern → ab Vertragsstart
(Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem
(AIS/Praxis-Softwaresystem)
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Vertragssoftware
(Nachweis: Rechnung des Erwerbs/der Installation/Bestätigungsformular
Vertragssoftware)
- VPN mit Online Key zur Datenübertragung
(Nachweis: Installationsprotokoll oder Testabrechnung)

Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen

- Vorhaltung des Geräts im Praxisgebäude zwingend erforderlich
 - Sonographie
(KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung mit mind. 1 Ziffer aus 33040-43, 33050-52, 33060-64)
 - Farb-Duplex-Sonographie – Power-Doppler
(Apparative Voraussetzung zur Durchführung der Leistung Power-Doppler)

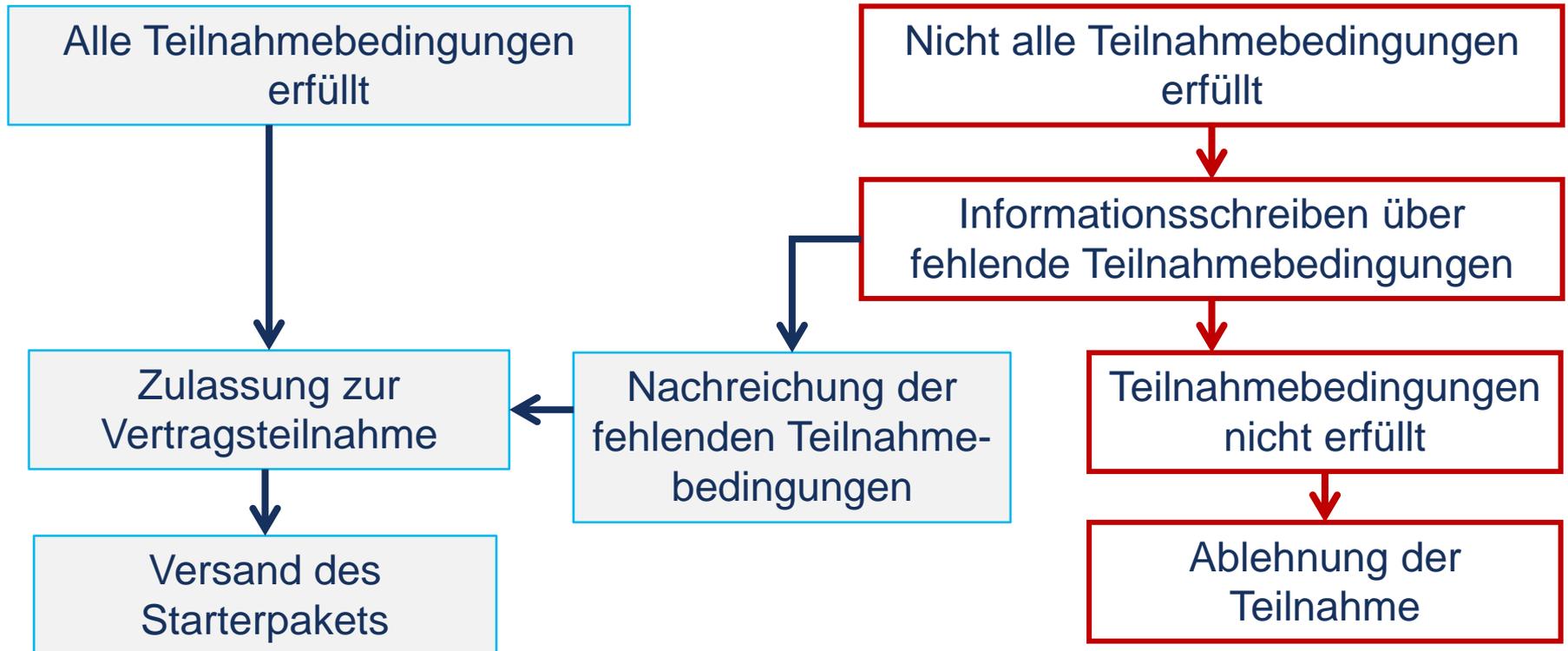
- Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe erforderlich (auch Gerätegemeinschaft möglich)
 - Röntgen
(KV-Zulassung oder KV-Abrechnung mit mind. 1 Ziffer aus 34210, 34220-22, 34230-34, 34237-38, 34240-41, ff.)
 - DXA
(Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)

Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen

- Patientenschulung StruPI (Strukturierte Patienteninformation)
(Nachweis: Selbstauskunft des erfolgreichen Abschluss eines Seminars zur Strukturierten Patientenschulung durch die rheumatologische Fortbildungsakademie)

Einschreibung Arzt

- Versand der Teilnahmeerklärung (inklusive aller erforderlichen Nachweise) an die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG)
- Prüfung der Unterlagen durch MEDIVERBUND AG



Teilnahmeerklärung (Arzt)

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie in Baden-Württemberg nach § 73c SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten

Einzelpraxis Berufsübungsgemeinschaft (BAG) MVZ Ermächtigt/er Arzt

MEDl Baden-Württemberg e.V. Mitglied im BDRh e.V. Mitglied in der Rheumaxperten BW eG

LANR (9-stellig) _____ HBSNR _____

Titel, Nachname, Vorname _____

Ggf. Name MVZ _____

Strasse & Hausnummer (Praxisanschrift) _____ Telefon _____

PLZ und Ort _____ Fax _____

E-Mail-Adresse _____ Umsatzsteuer-ID _____

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden) _____

Kreditleistitut _____

IBAN (zwingend erforderlich) _____ BIC (zwingend erforderlich) _____

Kontoinhaber _____

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDl Baden-Württemberg e.V./ BDRh e.V. oder der Rheumaxperten BW eG werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Vertragsgebühren zur Vertragsannahme beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDl/VERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsannahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK/Bosch BKK) übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Versorgungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung von Abrechnungsscheinen und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die AOK/Bosch BKK erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDl/VERBUND und des MEDl e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.
- Die der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage Za) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt.

Verordnungs-, Diagnose-, Abrechnungs- und Leistungsdaten können in anonymisierter Form von den Vertragspartnern zur Vertragsbeurteilung genutzt werden.

Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Vertragsannahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V – Modul Rheumatologie. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
 - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV/BV mit der AOK einen sog. Bemittlungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1); die Managementgesellschaft hat mich über das Eintreten dieser letztgenannten Bedingung umgehend informiert;
 - meine Vertragsannahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsannahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
 - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Creditleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsausübungsgemeinschaft und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsannahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
 - ich selbst meine Vertragsannahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDl/VERBUND kündigen kann;
 - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabbrechnungen ist mir bekannt;
 - die Managementgesellschaft das von AOK/ BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
 - ich dem MEDl/VERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsergebnisse), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: **Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**

Datum (TT.MM.JJ) _____

Stempel der Praxis/MVZ _____

Teilnahmevoraussetzungen

Zur Versorgung und Rheumatologie e SGB V

Ich erkläre oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. In Ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung). lichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie g ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmeseitenschreibung) ich § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft) stens 1 Fortbildung pro Jahr mit insgesamt 6 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunkthe- (Anlage Za) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft) itzikel/Webinar je vollendetem Halbjahr

7 MVZ diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/ MVZ betreffenden itele IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL zertifizierten Azulinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) 2 AOK: Bosch BKK Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsfomular) 9 von Leistungen (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsfomular)

Abrechnung (Anlage 12a) Online Key ist vorhanden

bestellen Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Zi-) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm bzw. Bosch BKK Facharzt-Programm über die KV andere Anlage 12a Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 8. n Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den er nächsten Seite (Seite 3) anzugeben.

(einzeln)er Leistungen solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrech-) (Nachweis Selbstauskunft)

Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude zwingend erforder- ung: KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 33040-43, 33050-52, 33060-64) (unkrit)

Leistung ist eine Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe erforderlich (bei Gerätegemeinschaften einem Arzt KV-Zulassung: KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 34210, 34220-22, 34230-34, 34237-38, 34240-41, f) (Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmelde laut Strahlenschutzvereinbarung) it/BAG/MVZ tätig:

Fachgebiet _____

Fachgebiet _____

Fachgebiet _____

Fachgebiet _____

Fachgebiet _____

Fachgebiet _____

der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen id unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

suche im Internet _____

rtage zur Versorgung in die Rheumatologie § 73c SGB V

ir die Auskunft über für Leistungsspektren erhoben und sollen der Information der Versicherten dienen. gen Sie ein, dass die Informationen in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK BW und BKK Bosch, der MEDl Baden-Württemberg e.V. veröffentlicht werden und an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt werden.

ng (StuPi) folgte

is DKA ung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

ngsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß

inbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter

nt, dass: rechnet werden können, die g gültig in den HZV-Vertrag (AOK Hausarztprogramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind. g für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. erzügliche Einschreibung bei der Krankenkasse immer verpflichtend

rschreibung für einen Patienten nur für das aktuelle Einschreibquartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden

ng der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt- id bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame id die Vergütung vermindert.

tragsdaten immer spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der rechen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.

tschreibung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.

stentem in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung

stigungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.

theritem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen

rschreibung nach Einschreibung in die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.

berrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

er Leiter MVZ _____ Datum (TT.MM.JJ) _____ Stempel der Praxis/MVZ _____

Seite 3 von 3

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Vorteile für Versicherte

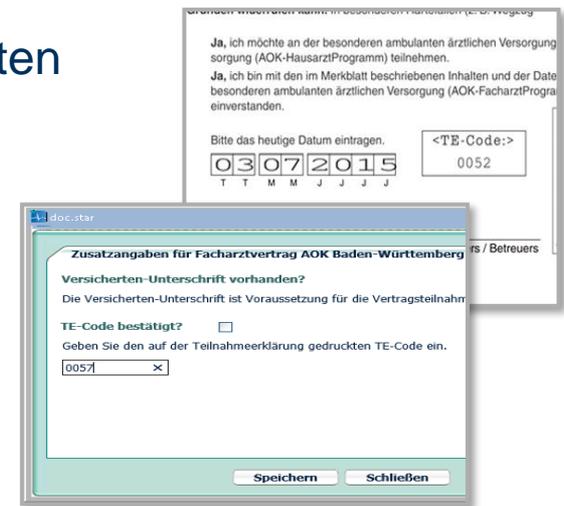
- Behandlungskoordination mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
 - Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung
 - Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für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

Versicherteneinschreibung

- Teilnahmevoraussetzungen
 - Mitgliedschaft AOK Baden-Württemberg/Bosch BKK
 - Teilnahme HZV
- **Bindung an Facharztebene für 12 Monate** (derzeit Gastroenterologie, Kardiologie, Orthopädie und Rheumatologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Urologie, AOK BW: Diabetologie)
 - Keine Einschreibung bei bestimmtem FACHARZT
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf Überweisung HZV-Arzt
 - Ausnahme: Notfälle
- aktuelles Merkblatt für Versichertenklärung 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).



The image shows two overlapping screenshots from the software. The top one is a printed form with the following text: "Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen." and "Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Daten der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einverstanden." Below this is a date input field showing "03 07 2015" and a label "<TE-Code:>" with the value "0052". The bottom screenshot is a software dialog box titled "Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg". It asks "Versicherten-Unterschrift vorhanden?" and "TE-Code bestätigt?". The "TE-Code bestätigt?" checkbox is unchecked. Below it, it says "Geben Sie den auf der Teilnahmeerklärung gedruckten TE-Code ein." and shows an input field with "0052" and a clear button (X). At the bottom are "Speichern" and "Schließen" buttons.

Einschreibefristen

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

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

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 Einschreiben (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.

Bsp: **Einschreibung 15.03.**

→ **alle Leistungen in Q1**

können über den FAV
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**

können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

Wichtige Information 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
- die Voraussetzungen zur SANE müssen erfüllt sein → sonst Ablehnung der Sofortabrechnung
- Einschreibeverfahren, Abrechnungs- und Auszahlungsprozesse bleiben unverändert

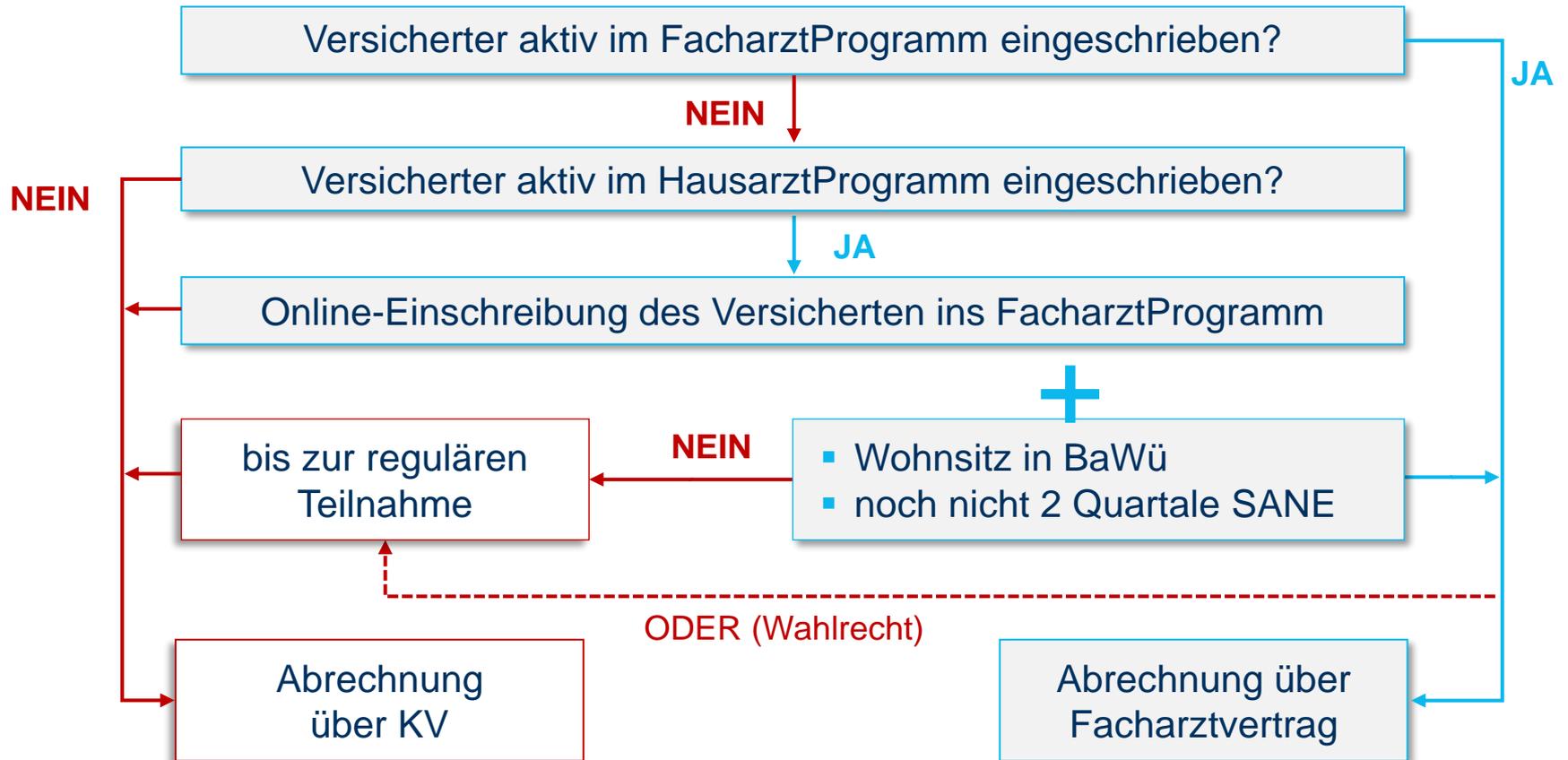
➤ Grundlage:

- gesetzliche Vorgaben und Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KBV und GKV-SV)

➤ Grundsätze:

- Keine Bereinigung von „extrabudgetären Leistungen“
 - Keine Bereinigung von nicht im Ziffernkranz des Selektivvertrages genannten Ziffern
 - Keine Bereinigung von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Patienten (Fällen)
 - Ermittlung Bereinigungsfallwert je Fachgruppe durch KV
 - Ermittlung Bereinigungsfallzahl je Fachgruppe und Praxis
- Nachweis im KV-Honorarbescheid „**3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen**“

Einlesen der Versichertenkarte → Online-Teilnahmeprüfung über Vertragssoftware



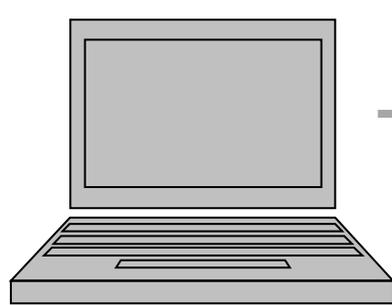
Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen



- Prüfung der Abrechnung durch Vertragssoftware
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware + Online-Key
- Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG
- Prüfung durch die MEDIVERBUND AG (Managementgesellschaft), Gegenprüfung durch Kasse
- Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG

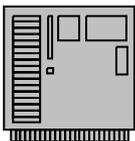
Datenübermittlung



Online-Key
Verschlüsselte
Übertragung der Daten

Vertragssoftware

Abfragen über Webservices
Request und Response



Kern (Modul in der Vertragssoftware) enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten
- Standardisierte Befundbriefe

Daten kommen im Rechenzentrum an, können aber nicht gelesen werden, da sie verschlüsselt sind. Nur MEDIVERBUND AG als Managementgesellschaft kann die Daten entschlüsseln und lesen.



Daten die an MEDIVERBUND AG übermittelt werden

- Informationen über abrechnenden Arzt (z. B. BSNR, LANR, MEDI-ID, akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (z. B. KBV Prüfnummer, System-ID, Name, Version) und Informationen zum Kern (z. B. Kern-ID, Name, Version)
- Vertragsidentifikator (Orthopädie-Vertrag)
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z. B. Patienten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Vers.-Nr., Status)
- abrechnungsrelevante Daten (z. B. Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (z. B. Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

Verarbeitung der Daten

- Abrechnungsprüfung (z. B. Arzt und Patient Vertragsteilnehmer, Plausibilitätsprüfung)
- Ersetzung und Erzeugung von Ziffern und Zuschlägen
 - Ermittlung des Abrechnungsbetrages

Daten, die an die AOK BW / Bosch BKK übermittelt werden

- LANR, BSNR
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z. B. Patienten-ID, Name, Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer)
- Abrechnungsdaten: Abrechnungsziffern, ICD-10 Diagnosen, Art der Inanspruchnahme

Auszahlungsprozess

- MEDI übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK/Bosch BKK, wo sie erneut geprüft werden.
- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen
 - **monatlich** in Höhe von **19,50 € pro Abrechnungsfall** des vorangegangenen Abrechnungsquartals
- 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.

- **Verwaltungskosten**
 - **3,57%** für Mitglieder MEDI BW e.V., BDRh e.V. und Rheumaexperten BW eG
 - **4,165%** für Nichtmitglieder
- **Einschreibepauschale**
 - einmalig 357 € für jeden Teilnehmer (max. 714 € pro HBSNR)
 - Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums
- **Kosten IT**
 - erfahrungsgemäß ca. 60 – 100 € im Monat

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

wichtige Dokumente für die Abrechnung

- diese Dokumente finden Sie unter www.medi-verbund.de
- **Gesamtziffernkranz (GZK)** (Anlage 12a Anhang 1):
 - legt den Leistungsumfang des Vertrages fest (Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung)
 - **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c-Verträgen sowie HZV sind für teilnehmende Versicherte **nicht über KV** abrechenbar.
 - **nicht aufgelistete EBM-Ziffern** sind für teilnehmende Versicherte **weiterhin über KV** abrechenbar.

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
0100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I			obligatorisch, Klarstellung: als Einzelleistung Linzeit 1 oder 2 nur zu entsprechenden Zeiten abrechenbar (vgl. 0100).	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch

wichtige Dokumente für die Abrechnung

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

INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
<p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>			
	<p>Hausarztbene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN. ▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen. 		

wichtige Dokumente für die Abrechnung

■ ICD-Listen

= Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

- Anlage 12a Anhang 2a - **Grunderkrankungen**
- Anlage 12a Anhang 2b - **Multimorbidität und Polypharmazie**
- Anlage 12a Anhang 2c - **Schwangerschaft**

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2a zu Anlage 12a

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2b zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung	
ICD-Kode	ICD-Klartext
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D69.0	Purpura anaphylactoides
D86.0	Sarkoidose der Lunge
D86.1	Sarkoidose der Lymphknoten
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
D86.3	Sarkoidose der Haut
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet
D89.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert
E95.0	Nichtneuropathische hereditäre Ankylo-

Vertrag vom 22.07.2013 i. d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie	
CD-Kode	ICD-Klartext
318.0	B18.0 Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus
318.1	B18.1 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
318.2	B18.2 Chronische Virushepatitis C
318.8	B18.8 Sonstige chronische Virushepatitis
318.9	B18.9 Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet
C18.0	C18.0 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Zäkum
C18.1	C18.1 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Appendix vermiformis
C18.2	C18.2 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon

Anhang 2c zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Schwangerschaft	
ICD-Kode	ICD-Klartext
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften
O09.0!	Schwangerschaftsdauer: Weniger als 5 vollendete Wochen
O09.1!	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
O09.2!	Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.3!	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.4!	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
O09.5!	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 39 vollendete Wochen
O09.6!	Schwangerschaftsdauer: 40 vollendete Wochen

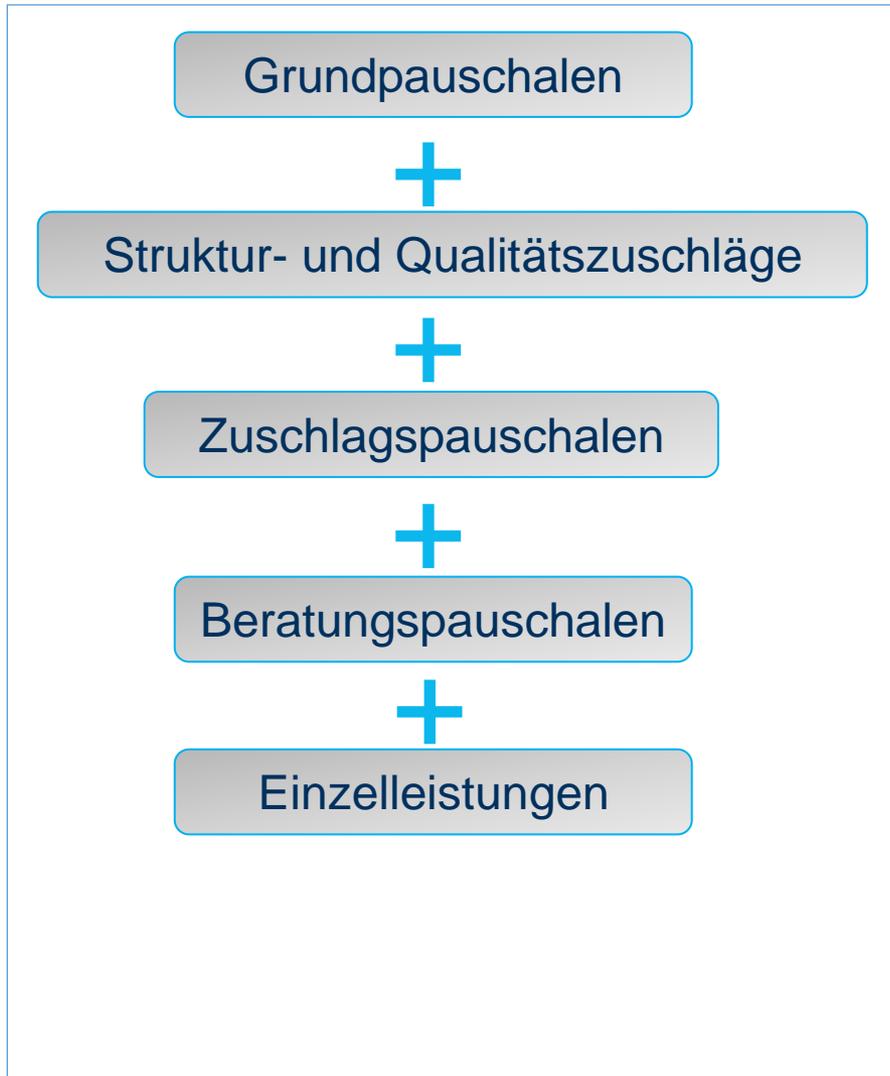
Neue Differenzierung des Arzt-Patienten-Kontakts (APK)

- „Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen Versorgung des Patienten.“
- Dabei erfolgt folgende Differenzierung:
 - **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
 - **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht. Erfolgen in einem Quartal **ausschließlich** telemedizinische Kontakte, ist der Fall ab **Q2-2022** mit der neuen Ziffer **FBE** (Fernbehandlung) zu kennzeichnen. Pro Quartal ist es ausreichend die Ziffer einmal (z.B. taggleich mit der Grundpauschale) anzugeben. Die Ziffer dient ausschließlich zur Kennzeichnung und ist nicht mit einer Vergütung belegt. Sie finden die neue Ziffer mit dem Update zum 2. Quartal 2022 in der Vertragssoftware.

Legende

Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen



oder



Grundpauschalen

RP1 Abklärung einer rheumatischen Erkrankung (V oder A)		20,00 €
RP2 Gesicherte rheumatologische Diagnose (G)		30,00 €
RP3 Verlauf / Monitoring bei gesicherter Diagnose (G)	  	30,00 €
RP1UE additiv zu RP1, RP2 oder RP3 ➤ sofern Überweisung HZV-Arzt vorliegt		5,00 €
RP1A Aufwandszuschlag auf RP1		20,00 €
oder RV1 Vertretungspauschale	 	12,50 €

Struktur- und Qualitätszuschläge

Zuschlag auf RP1 oder RP2 oder RP3

+ RQ1 Sonografie	 	1,00 €
+ RQ2 Röntgen	 	3,00 €
+ RQ4 Power-Doppler	 	3,00 €
+ RQ5 Pharmakotherapie		4,00 €

Zuschlag auf RP2 oder RP3

+ RQ3 Osteodensitometrie (DXA)	 	4,00 €
+ RQ6 EFA®	 	5,00 €

Quotenerreichung



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



Orange hinterlegt sind Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

Zuschlagspauschalen

RBG Beratungsgespräch (max. 2x pro Quartal á 10 Minuten-Einheiten)	 	18,00 €
RBGI Beratungsgespräch Schwangere (zusätzlich max. 2x in 4 Quartalen á 10 Minuten-Einheiten)	  	18,00 €
RMM Multimorbidität (≥ 3 Diagnosen: mind. 1 gem. Anhang 2a <u>und</u> 2 gem. Anhang 2b)	  	10,00 €
RMTX MTX Frühbehandlung/Verordnungsprüfung	 	10,00 €

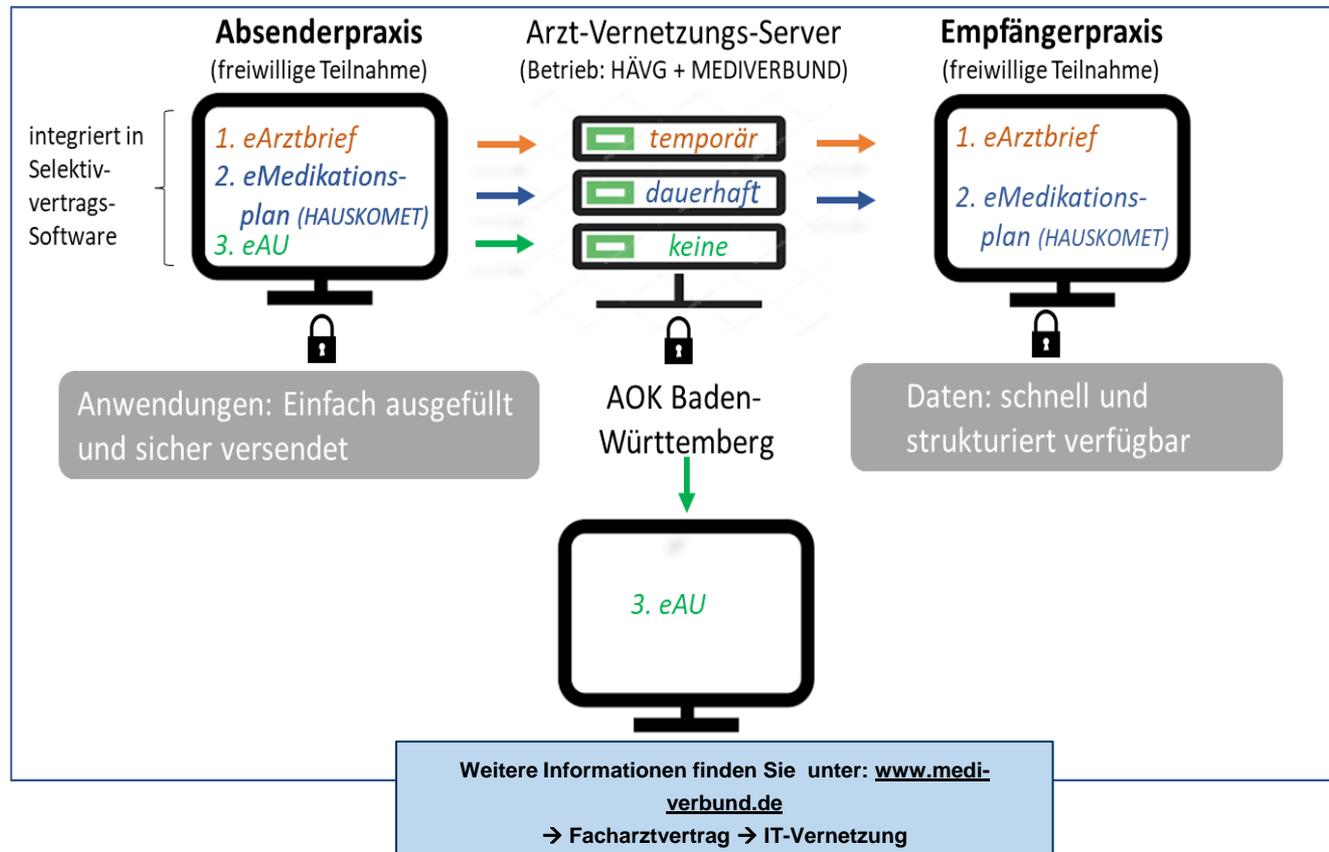
Einzelleistungen

RE1 Patientenschulung StruPI (1x pro Arzt-Patienten-Beziehung, max. 3 Einheiten á 90min, Gruppengröße 6-10 Personen)	  	25,00 € je Einheit
RE2A Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 2 Std.		53,00 €
RE2B Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 4 Std.		101,00 €
RE2C Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 6 Std.		148,00 €

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

RQ7* ^Δ Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf RP2 oder RP3)	+	5,00 €/Quartal
RQ8* ^Δ Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf RP2 oder RP3)	+	2,00 €/Quartal
ZITV* Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung (einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ)	+	2.500,00 € einmalig

Die aktuelle **Liste der Softwareanbieter** finden sie unter:

www.medi-verbund.de (→ „Ihre Vorteile“ → „IT-Vernetzung Arztpraxen“)

* nur bei der AOK Baden-Württemberg

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

Elektronisches Korrekturerfahren

- 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.



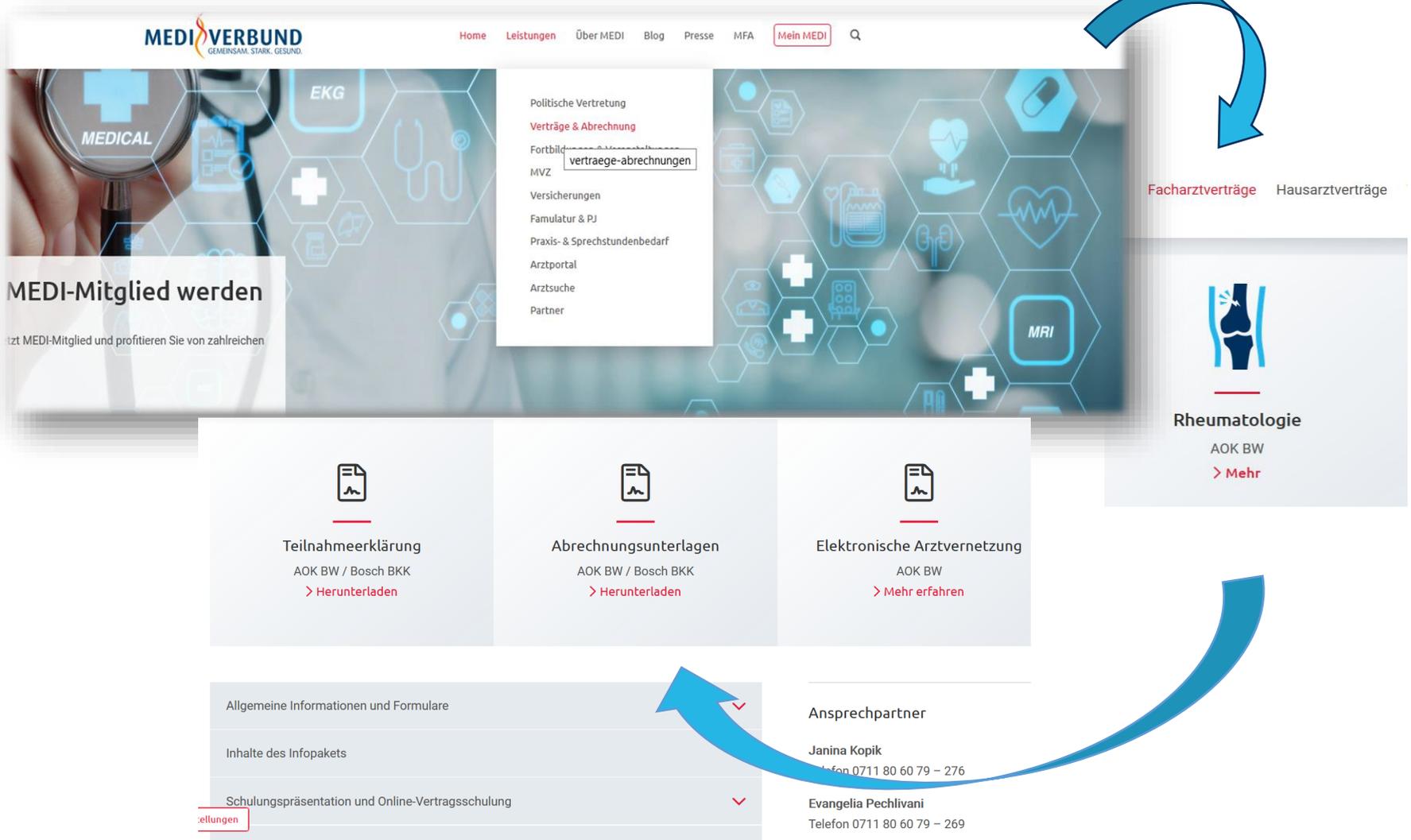
- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, dürfen bei eingeschriebenen Patienten nicht mehr über den 10A- oder 10er-Schein angefordert werden.
 - Das Labor kann diese Laborleistungen nicht über die KV abrechnen, sondern stellt diese der überweisenden Praxis in Rechnung.
 - Die 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.

- Pseudo-GOP (88192) zur Berechnung für den Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen.

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen



MEDI  **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA **Mein MEDI** Q

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
MVZ **vertraege-abrechnungen**
Versicherungen
Famulatur & PJ
Praxis- & Sprechstundenbedarf
Arztportal
Arztsuche
Partner

MEDI-Mitglied werden
Wird MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen

Facharztverträge Hausarztverträge

Rheumatologie
AOK BW
[> Mehr](#)

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[> Mehr erfahren](#)

Allgemeine Informationen und Formulare ✓
Inhalte des Infopakets
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓
[Schulungen](#)

Ansprechpartner
Janina Kopik
Telefon 0711 80 60 79 – 276
Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269

- 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.

Anmelden

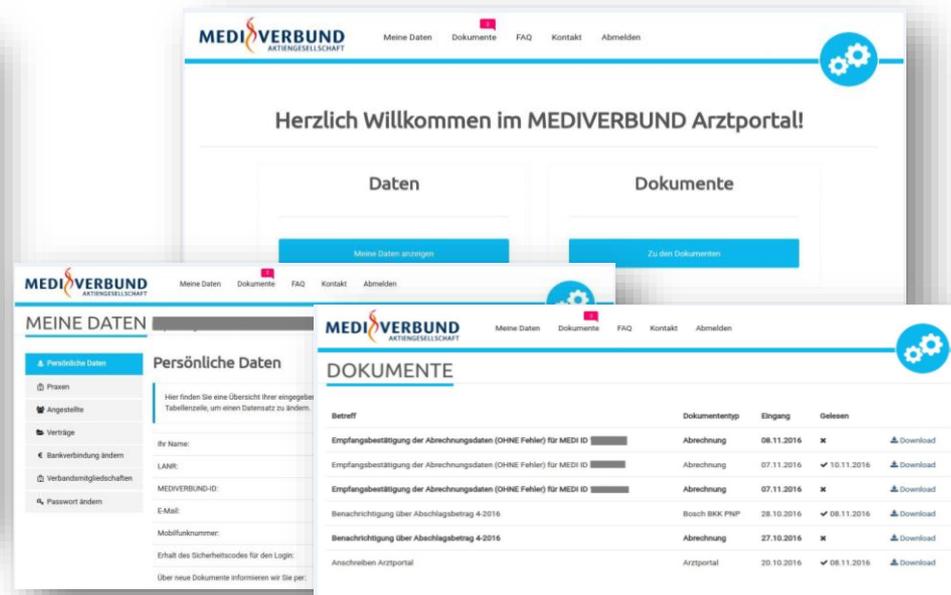
Der Zugriff auf das MEDIVERBUND Arztportal steht nur Teilnehmern der MEDIVERBUND Facharztverträge zur Verfügung. Setzen Sie sich bitte mit unserem Support in Verbindung, wenn Sie keine Zugangsdaten erhalten haben.

MEDIVERBUND-ID

Passwort

An mich erinnern

[Anmelden](#) [Passwort vergessen?](#)



The screenshot displays the MEDIVERBUND Arztportal interface. At the top, there is a navigation bar with the logo and links for 'Meine Daten', 'Dokumente', 'FAQ', 'Kontakt', and 'Abmelden'. The main content area features a welcome message: 'Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!'. Below this, there are two primary sections: 'Daten' and 'Dokumente', each with a corresponding button ('Meine Daten anzeigen' and 'Zu den Dokumenten').

The 'MEINE DATEN' section is expanded to show 'Persönliche Daten'. It includes a list of data points on the left: 'Persönliche Daten', 'Praxis', 'Angestellte', 'Verträge', 'Bankverbindung ändern', 'Verbandsmitgliedschaften', and 'Passwort ändern'. The main content area for 'Persönliche Daten' contains a message: 'Hier finden Sie eine Übersicht Ihrer eingetragten Tabellensätze, um einen Datensatz zu ändern.' Below this, there are input fields for 'Ihr Name:', 'LANR:', 'MEDIVERBUND-ID:', 'E-Mail:', and 'Mobilfunknummer:'. At the bottom, there are instructions: 'Erhalt des Sicherheitscodes für den Login:' and 'Über neue Dokumente informieren wir Sie per:'.

The 'DOKUMENTE' section shows a table of documents. The table has columns for 'Betreff', 'Dokumententyp', 'Eingang', 'Gelesen', and 'Download'. The data rows are as follows:

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	08.11.2016	✗	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	07.11.2016	✓ 10.11.2016	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	07.11.2016	✗	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Bosch BKK PNP	28.10.2016	✓ 08.11.2016	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Abrechnung	27.10.2016	✗	Download
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	✓ 08.11.2016	Download

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten

MEDI VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Hausärzte Fachärzte Impressum

Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Hausärzte Fachärzte

Zur Suche Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus, anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

HAUSÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Rheumatologie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Radius (km)

Leistungen

Suchen

Ansprechpartner bei den Krankenkassen

Die jeweils aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite

AOK BW / Bosch BKK

Rheumatologie



Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)



Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)



- Allgemeine Informationen und Formulare
- Inhalte des Infopakets
- Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Teilnahmeerklärung AOK BW / Bosch BKK > Herunterladen	Abrechnungsunterlagen AOK BW / Bosch BKK > Herunterladen
Allgemeine Informationen und Formulare 	
Inhalte des Infopakets 	
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung 	
Vertragsunterlagen 	
Anlagen zum Vertrag 	
Fortbildungen und Qualitätszirkel 	
Ansprechpartner bei der Krankenkasse 	



Ansprechpartner bei der Krankenkasse

AOK

AOK-Ansprechpartner vor Ort (Arzt-Partner-Service)

AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst

AOK-Ansprechpartner im Präventionsbereich

Abrechnungskalender

Nephrologie AOK BW
 Pneumologie AOK BW / Bosch BKK
 Rheumatologie AOK BW / Bosch BKK
 Urologie AOK BW / Bosch BKK

2022



LSCHAFT



Januar		Februar		März		April		Mai		Juni	
Sa 1 Neujahr	Di 1	Di 1	Di 1	Fr 1	So 1 Maifeiertag	Mi 1					
So 2	Mi 2	Mi 2	Mi 2	Sa 2	Mo 2	Do 2					
Mo 3	Do 3	Do 3	Do 3	So 3	Di 3	Fr 3					
Di 4	Fr 4	Fr 4	Fr 4	Mo 4	Mi 4	Sa 4					
Mi 5	Sa 5	Sa 5	Sa 5	Di 5	Do 5	So 5 Pfingstsonntag					
Do 6 Heilige drei Könige	So 6	So 6	So 6	Mi 6	Fr 6	Mo 6 Pfingstmontag					
Fr 7	Mo 7	Mo 7	Mo 7	Do 7	Sa 7	Di 7					
Sa 8	Di 8	Di 8	Di 8	Fr 8	So 8	Mi 8					
So 9	Mi 9	Mi 9	Mi 9	Sa 9	Mo 9	Do 9					
Mo 10	Do 10	Do 10	Do 10	So 10	Di 10	Fr 10					
Di 11	Fr 11	Fr 11	Fr 11	Mo 11	Mi 11	Sa 11					
Mi 12	Sa 12	Sa 12	Sa 12	Di 12	Do 12	So 12					
Do 13	So 13	So 13	So 13	Mi 13	Fr 13	Mo 13					
Fr 14	Mo 14	Mo 14	Mo 14	Do 14	Sa 14	Di 14					
Sa 15	Di 15 AZ	Di 15 AZ	Di 15 AZ	Fr 15 Karfreitag	So 15	Mi 15 AZ					
So 16	Mi 16	Mi 16	Mi 16	Sa 16	Mo 16 AZ	Do 16 Fronleichnam					
Mo 17 AZ	Do 17	Do 17	Do 17	So 17 Ostersonntag	Di 17	Fr 17					
Di 18	Fr 18	Fr 18	Fr 18	Mo 18 Ostermontag	Mi 18	Sa 18					
Mi 19	Sa 19	Sa 19	Sa 19	Di 19 AZ	Do 19	So 19					
Do 20	So 20	So 20	So 20	Mi 20	Fr 20	Mo 20					
Fr 21	Mo 21	Mo 21	Mo 21	Do 21	Sa 21	Di 21					
Sa 22	Di 22	Di 22	Di 22	Fr 22	So 22	Mi 22					
So 23	Mi 23	Mi 23	Mi 23	Sa 23	Mo 23	Do 23					
Mo 24	Do 24	Do 24	Do 24	So 24	Di 24	Fr 24					
Di 25	Fr 25	Fr 25	Fr 25	Mo 25	Mi 25	Sa 25					
Mi 26	Sa 26	Sa 26	Sa 26	Di 26	Do 26 Christi Himmelfahrt	So 26					
Do 27	So 27	So 27	So 27	Mi 27	Fr 27	Mo 27					
Fr 28	Mo 28	Mo 28	Mo 28	Do 28	Sa 28	Di 28					
Sa 29		Di 29	Di 29	Fr 29	So 29	Mi 29					
So 30		Mi 30	Mi 30	Sa 30	Mo 30	Do 30					
Mo 31		Do 31	Do 31		Di 31						

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsstichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	Je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im Facharztprogramm eingeschrieben. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ)	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie jeweils Mitte des Monats.
Stornierung von Abschlagszahlungen	Fristende der Einreichung von Abschlagsstornierungen. (Formular siehe 2te Seite des Abschlagszahlungsinformationsbriefes)
Abschlagszahlungsinformation	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.
Versand des Abrechnungsbriefes	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
Schlusszahlung	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen 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. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

- BAG und MVZ
 - kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
 - keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können

- IGEL Leistungen
 - Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen **nicht zusätzlich** privat liquidiert werden (z. B. DXA). Darüber hinausgehende Leistungen müssen individuell mit dem Patienten vereinbart werden (IGEL-Vertrag).
 - eine möglichst evidenzbasierte Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken solcher Verfahren ist bei teilnehmenden Patienten vorzunehmen



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**