



# **Pneumologievertrag nach § 140a SGB V Abrechnungsschulung**

# Agenda

- 1. Teilnahme der Versicherten**
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 4. Abrechnungsprozess**
- 5. Internetauftritt**

## Vorteile für teilnehmende Versicherte

- 👍 reguläre Termine innerhalb von 14 Tagen; in dringenden Fällen Termin beim Facharzt innerhalb eines Tages nach Anmeldung durch den Hausarzt, in dringenden psychotherapeutischen Fällen innerhalb von 3 Tagen
- 👍 werktägliches Sprechstundenangebot
- 👍 Möglichkeit eines Abendtermins bis 20.00 Uhr für Berufstätige
- 👍 Begrenzung der Wartezeit auf max. 30 min. bei vorheriger Anmeldung
- 👍 Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

## ➤ **Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherung bei AOK Baden-Württemberg / Bosch BKK
- Aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

## ➤ **Einschreibung für alle bestehenden Facharztverträge (Facharztprogramm):**

AOK BW derzeit: Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie

Bosch BKK derzeit: analog AOK BW – ohne: KJPY, Diabetologie, Nephrologie

- in den o.g. Fachgebieten dürfen nur teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten aufgesucht werden
- teilnehmende Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

**Kardiologie**

**Gastroenterologie**

**Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie**

**Orthopädie / Rheumatologie**

**Urologie**

**Diabetologie**

**Nephrologie**

**Pneumologie**

**Basis: HZV-Vertrag**

# Teilnahmestatusprüfung

der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. Facharztprogramm wird über eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

*Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:*

HZV-Teilnahmestatus		FAV-Teilnahmestatus	
<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>
			
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	Abrechnung über Facharztvertrag, Einschreibung nicht notwendig

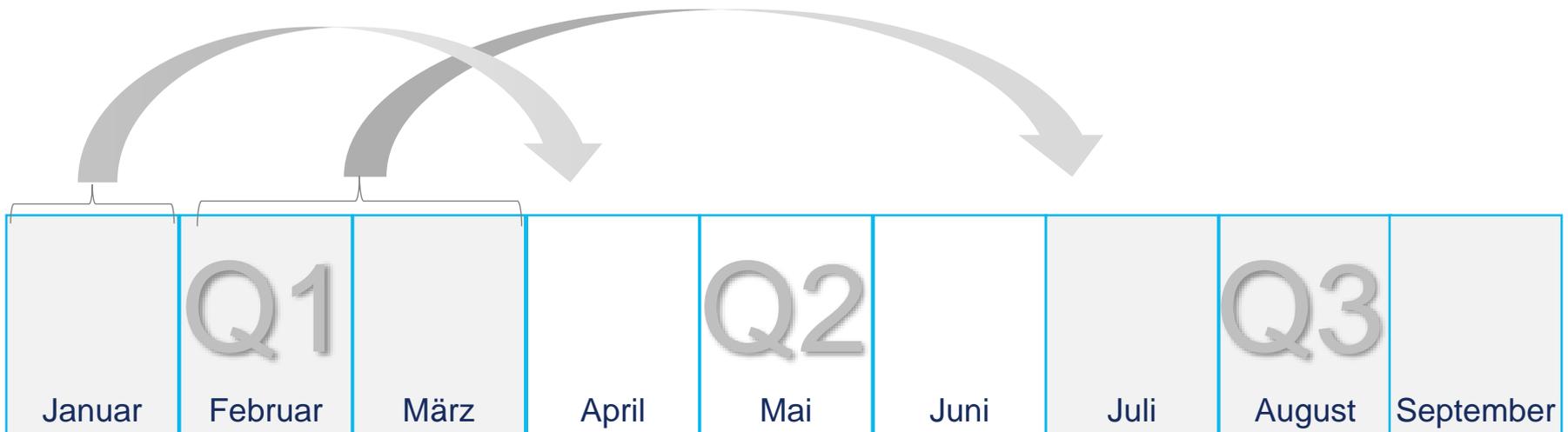
# Online-Versicherteneinschreibung

1. Information des Versicherten über den Vertrag / Aushändigung des Versicherten-Merkblatts 
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare)
3. beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis) 
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes 

**Tipp:** Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an

# Einschreibefristen

- 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
  - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag  
→Versicherter im Folgequartal aktiv
  - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag  
→Versicherter im übernächsten Quartal aktiv



# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt

# 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
- die Praxis muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)

# Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

**alle Leistungen des gesamten Quartals** können 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**

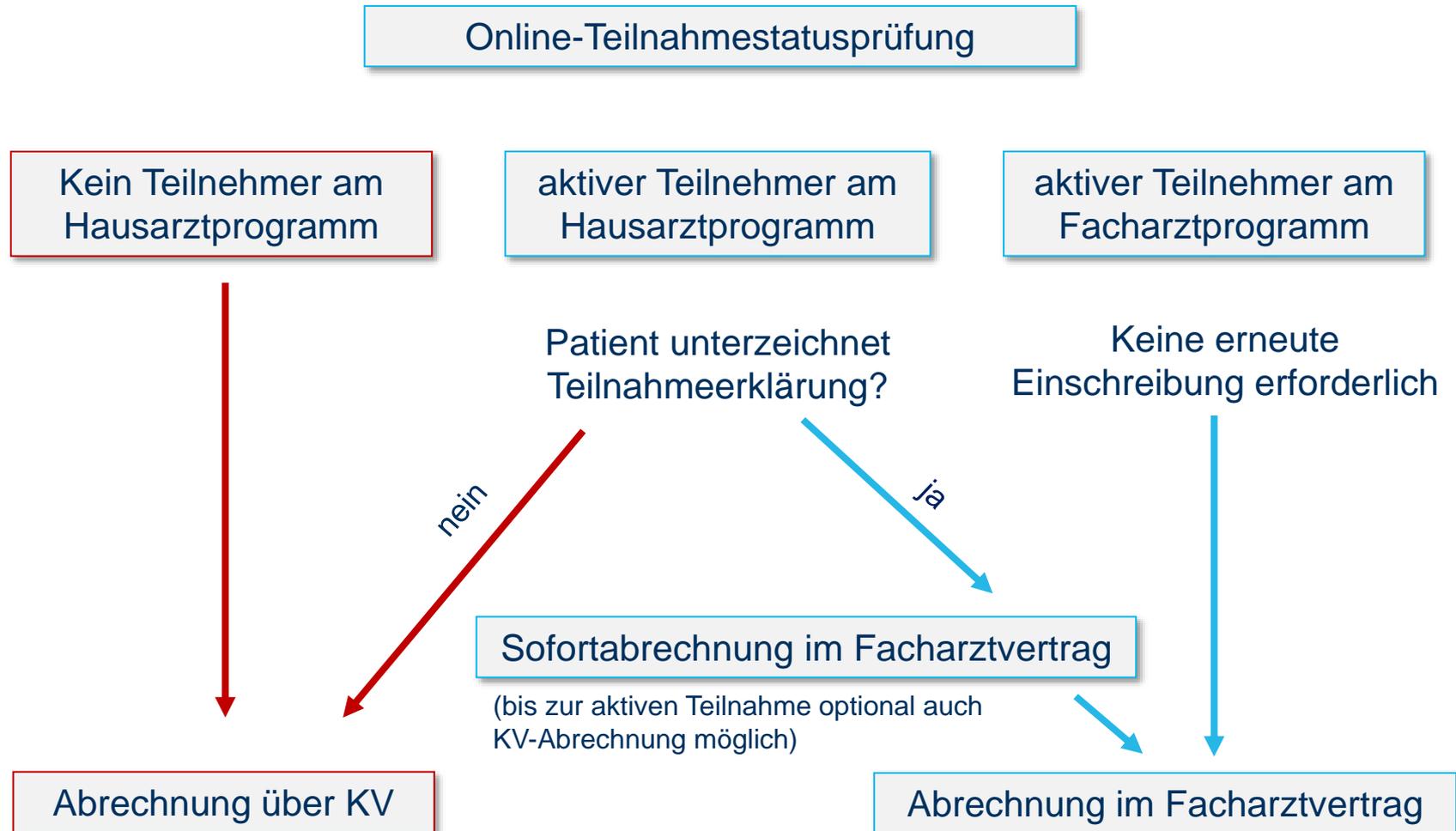


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

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



# 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)

Vers.Nr.	Datum	Patient	Hinweis
			Patient zu oft über Sofortabrechnung abgerechnet

- keine HZV-Teilnahme
- keine Mitgliedschaft bei der AOK BW/Bosch BKK
- Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

➤ **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. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt

# Dokumente für die Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)  
Legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Liste** (Anlage 12 Anhang 2)  
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12 Abschnitt I)  
Enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

 Diese Dokumente finden Sie unter:  
**[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)**

# Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

	EBM-Grunddaten	HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
GOP	Beschreibung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
3640	GP I Pneumologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3641	GP II Pneumologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3642	GP III Pneumologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3644	Zuschlag zu den GOPs 13640 bis 13642 für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3646	Zuschlag zu der GOP 13644	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3647	Zuschlag zu den GOPs 13640 bis 13642	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3650	Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3651	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3652	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13650 für eine Erstverordnung der Sauerstofflangzeittherapie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3660	Ergospirometrie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3661	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3662	Bronchoskopie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3663	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3675	Zusatzpauschale Onkologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3677	Zusatzpauschale Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantat	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3678	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3691	GP II Rheumatologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung
3692	GP III Rheumatologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung

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 **Abstimmung** mit dem **HAUSARZT** erforderlich. Bei Abrechnung durch den **FACHARZT** ist die Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten.

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten oder als Einzelleistung abrechenbar (**32097, 32150, 32212** →s. F.36) und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
  - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
  - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

**Tipp:** Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

## Hinweis zum Wirtschaftlichkeitsbonus

Ärzte können bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erhalten.

Bei der Berechnung werden auch selektivvertragliche Fälle berücksichtigt. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Fälle als Pseudofall in Ihrer KV-Abrechnung erscheinen.

- Für jeden Selektiv-Patienten sollten Sie daher einen sogenannten Pseudofall im KV-System anlegen und mit der Kennziffer **88192** versehen

**DMP-Ziffern** sind im GZK enthalten, trotzdem gilt:

- AOK BW: DMP-Asthma/COPD-Leistungen sind wahlweise im Vertrag oder über die KV BW abrechenbar. Ausnahme: DMP-Schulungen sind nur über KV abrechenbar
- Bosch BKK: alle DMP-Asthma/COPD-Leistungen werden über die KV BW abgerechnet

## Sachkosten und GZK

- Sachkosten auf Schein (Produktgruppe 205) sowie weitere Produktgruppen können für eingeschriebene Versicherte nicht mit der KV abgerechnet werden.
- Die Abrechnung über Sprechstundenbedarf bleibt unberührt.

# ICD-Liste (Auszug)

ICD- Punkt	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-TeGt	P2: Akute Erkrankungen	BG1: Chroniker-Versorgung:	BG2A1	BG2A2 / BG2B / BG3A / BG3B: auchstopp BG4A:	Schlafassoziierte Respirationsstörung	BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörung an ZWRB	BG5: Allergologie
J45.0	J450	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale		G	G*				G
J45.1	J451	Nichtallergisches Asthma bronchiale		G	G*				
J45.8	J458	Mischformen des Asthma bronchiale		G	G*				G
J45.9	J459	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet							
J47	J47	Bronchiektasen		G					
J60	J60	Kohlenbergerarbeiter-Pneumokoniose		G					
J61	J61	Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern		G					
J62.0	J620	Pneumokoniose durch Talkum-Staub		G					
J62.8	J628	Pneumokoniose durch sonstigen Quarzstaub		G					
J63.0	J630	Aluminose (Lunge)		G					
J63.1	J631	BauGItfibrose (Lunge)		G					
J63.2	J632	Berylliose		G					
J63.3	J633	Graphitfibrose (Lunge)		G					
J63.4	J634	Siderose		G					

# Honoraranlage (Auszug)

Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

Pneumologie			
Vergütungsposition	Versorgungsinhalte zur Pneumologie im Überblick	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
Soweit in dieser Anlage 12 Verlinkungen auf Websites erfolgen, dienen deren Inhalte lediglich der Informationsbeschaffung zu den Versorgungs- und Leistungsinhalten nach diesem Vertrag.			
<p align="center"><b>1. Grundpauschalen</b></p> <p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz 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 align="center">Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar</p>			
Grundpauschale P1	<p><b>Grundlagen einer evidenzbasierten, biopsychosozialen Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung</b></p> <p>Wandel im Krankheitsspektrum der Bevölkerung auch zur Pneumologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Seit etwa Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt es zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit nicht übertragbarer chronischer Krankheiten.</li> <li>Ursache dieser Entwicklung ist wesentlich auch das Zusammenspiel des sog. tödlichen Quartetts Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum in einer Gesellschaft des längeren Lebens, letzteres von Geburt an in den Industrienationen (<a href="http://www.svr-gesundheit.de">www.svr-gesundheit.de</a> „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009“).</li> <li>Nikotinabusus beginnt häufig bereits im Jugendalter – aktuell zunehmend junge Frauen – und führt etwa 20 Jahre später u.v.a. häufig zur chronischen Bronchitis, ab etwa Mitte 40 zur COPD oder/und zum Lungenkarzinom wie auch zum Lungenemphysem und begünstigt Asthma bronchiale, ggf. auch Pneumothorax, akute Infekte usw. (<a href="http://www.dji.de">www.dji.de</a> Themenhefte und Gesundheitsbericht: Hausen Pneumologie für die Praxis, Urban &amp; Schwarzenberg 2009).</li> </ul>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</p> <p>P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/FACHARZTES vorliegt.</p> <p>Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar.</p>	25,00 €

→ Bestimmte Ziffern können nur abgerechnet werden, wenn uns der Nachweis über das Gerät oder die Qualifikation vorliegt



oder

Auftragsleistungen

# Legende

## Symbole

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

## Abrechnungshäufigkeit

$x / Q$  = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$  = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

$x / T$  = x mal pro Behandlungstag

# Neudefinition Arzt-Patienten-Kontakt (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 bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten

- **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.

**FBE** Fernbehandlung

1x pro Quartal



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

# Grundpauschalen + deren Zuschläge

<b>P1</b>	Grundpauschale	1 / Q	 	25,00 €
+ <b>P1UE</b>	Überweisung vom HZV-Hausarzt	1 / Q	 	5,00 €
+ <b>Q1</b>	Zuschlag Rationale Pharmakotherapie		 Max.	4,00 €
+ <b>Q3*</b>	Zuschlag elektron. Arztvernetzung (AOK)		 	5,00 €
+ <b>Q4*</b>	Erfolgsbonus elektron. Arztvernetzung (AOK)		 	2,00 €
+ <b>Q5</b>	Zuschlag Röntgen		 	1,00 €
+ <b>Q6</b>	Zuschlag Sonografie		 	1,00 €
+ <b>Q7</b>	Zuschlag Duplex-Sonografie		 	3,00 €
+ <b>Q8</b>	Zuschlag FeNO-Messung		 	3,00 €
<u>oder</u> <b>V1</b>	Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1 / Q	  12,50 €



**Grün** hinterlegt sind: ( $\geq 90$  %, Zuschlag = 1,00€)

Patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.



**Rot** hinterlegt sind: ( $\leq 3$ %, Zuschlag = 2,50€)

Me-Too-Arzneimittel, die durch die Software vorgeschlagene wirtschaftliche Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden können.



**Blau** hinterlegt sind: ( $\geq 70$  %, Zuschlag = 0,50€)

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.

# Vereinbarung zur Rotquote

Für die ersten beiden Quartale der Vertragslaufzeit gilt:

- Verordnungen der Wirkstoffkombinationen Fluticason/Vilanterol (Relvar®) und Fluticason/Formoterol (Flutiform®) sowie Indacaterol/Mometason (Ateectura®) (alle rot gefärbt) werden in der Berechnung nicht berücksichtigt.
- Die Vergütung der Rotquote wird ausgesetzt.
- Die errechnete Rotquotenerreichung wird den teilnehmenden Fachärzten zur Verfügung gestellt.
- Ziel: Wo möglich und vertretbar, soll eine Umsteuerung auf rabattierte Wirkstoffe stattfinden.

Der Abrechnungsbrief enthält eine Auflistung der Quoten und der Zielwerte gem. Vertrag sowie eine Darstellung der arztindividuellen Erreichung der Quote.

Zusätzlich bietet diese Seite einige Tipps und Tricks, wie die Quotenerreichung bei Bedarf optimiert werden kann.

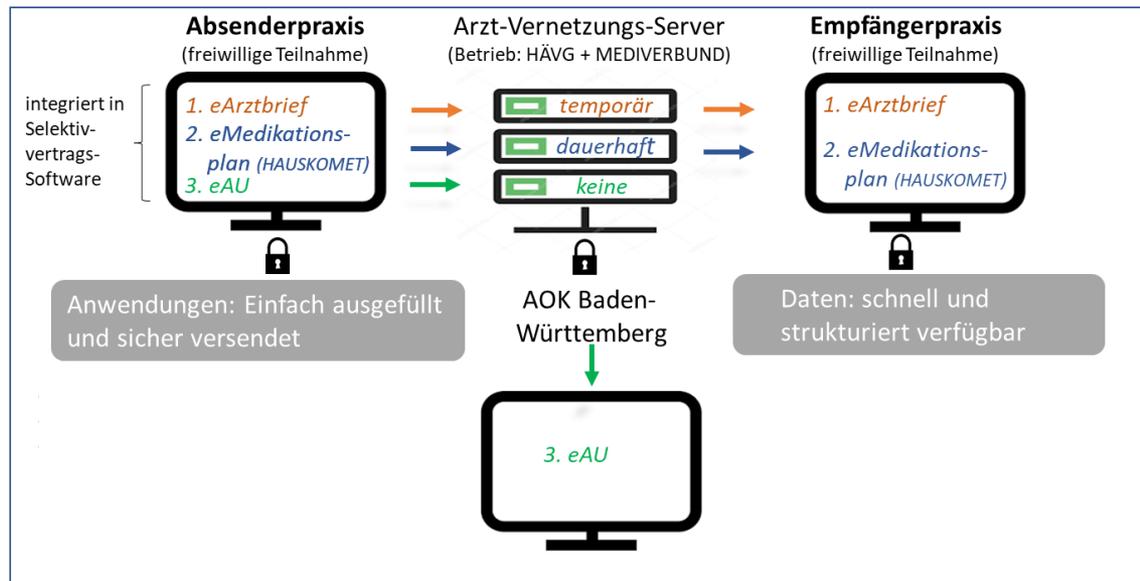
## Erreichung Ihrer Pharmaquoten

In der nachfolgenden Tabelle können Sie Ihre individuelle Erreichung der Pharmaquoten nachvollziehen.

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

# Elektronische Arztvernetzung

- 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**)



 weitere Infos unter:  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) →  
Leistungen →  
Verträge/Abrechnung →  
IT-Vernetzung

**ZITV\*** Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale  
elektronische Arztvernetzung  
(einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ)

 2.500,00 €  
einmalig

# Akute und chronische Erkrankungen

## Zusatzpauschale:

<b>P2</b>	Akute Erkrankungen	1 / Q 2 / 4Q	   13,00 €
-----------	--------------------	-----------------	---

## Beratungsgespräch:

1 Einheit entspricht 10 Minuten Gesprächszeit

<b>BG1</b>	Chronische Erkrankungen	1 / T 8 / 4Q	   18,00 €
<b>Q2</b>	Strukturzuschlag EFA®	1 / Q	  5,00 €

- EFA® = Entlastungsassistentin in der Facharzt-Praxis
- Die Fortbildung wird angeboten durch das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V. (IFFM) – in enger Abstimmung mit dem BdP BW und den Krankenkassen
- Die Fortbildung umfasst 80 Unterrichtseinheiten.
- Die Weiterbildung zur Pneumologischen Assistentin wird angerechnet.

Details des EFA-Fortbildungskonzepts und Termine derzeit in Abstimmung

# Tabakentwöhnung

1 Einheit entspricht **5 Min.** Gesprächszeit

<b>BG2A1*</b>	Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp bei Asthma/COPD	1 / T 3 / 4Q	   	10,00 €
<b>BG2A2*</b>	Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp bei sonstigen Erkrankungen	1 / 4Q	   	10,00 €

\* Nicht im gleichen Krankheitsfall neben 92020 (DMP) abrechenbar

1 Einheit entspricht **90 Min.** Schulung

<b>BG2B</b>	Psychoedukative Gruppenschulung - Gruppengröße 5-20 Teilnehmer	1 / 3 Jahre	   	25,00 €
-------------	---	-------------	---	---------

1 Einheit entspricht **45 Min.** Therapie

<b>BG3A</b>	Raucherberatung als Einzeltherapie	10 / 3 Jahre	   	80,00 €
<b>BG3B</b>	Raucherberatung als Gruppentherapie - Gruppengröße 4-14 Teilnehmer	12 / 3 Jahre	   	25,00 €

BG3A und BG3B sind kombiniert abrechenbar innerhalb eines gemeinsamen Kontingents von max. 15 Einheiten innerhalb von 3 Jahren.

# Beratungsgespräche Schlaf / Allergie

1 Einheit entspricht  
5 Minuten  
Gesprächszeit

<b>BG4A</b>	Schlafassoziierte Respirationsstörungen	2 / 4Q	  	10,00 €
<b>BG4B</b>	Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin	4 / 4Q	   	10,00 €

BG4A und B können im gleichen Krankheitsfall nicht kombiniert werden.

1 Einheit entspricht  
5 Minuten  
Gesprächszeit

<b>BG5</b>	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest bzw. Adhärenzgespräch bei Immuntherapie	4 / 4Q	  	10,00 €
------------	--	--------	---	---------

# Einzelleistungen I

<b>E1</b>	Spiroergometrie		44,00 €
<b>E2</b>	Bronchoskopie		128,00 €
<b>E3</b>	Polygrafie		71,50 €
<b>E4</b>	Polysomnografie		353,00 €

## Diagnostikkomplexe

Ausnahme bei E5A/E5B: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum möglich bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose. Dafür Verdachtsdiagnose und Leistungsziffer „DAE“ dokumentieren

<b>E5A</b>	<b>Diagnostikkomplex I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unspezifischer bronchialen Provokationstests <u>oder</u></li> <li>• Druckmessung der Lunge <u>oder</u></li> <li>• Bestimmung der Lungendehnbarkeit</li> </ul>	1 / 4Q	40,00 €
<b>E5B</b>	<b>Diagnostikkomplex II</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplexe Blutgasdiagnostik</li> </ul>	1 / 4Q	30,00 €
<b>E5C</b>	<b>Diagnostikkomplex III</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prick- und/oder Scratch- und/oder Reib- und/oder Skarifikations- und/oder Intrakutan-Testung und/oder</li> <li>• Konjunktivaler und/oder nasaler Provokationstest</li> </ul>	1 / 4Q	25,00 €

Ausnahme bei E5C: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum möglich bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE) oder bei besonderen Allergenen vor der spezifischen Immuntherapie (TIN). Dafür ggf. Verdachtsdiagnose und Leistungsziffer „DAE“/“TIN“ dokumentieren

## Einzelleistungen II

<b>E6</b>	<b>Hyposensibilisierungsbehandlung</b> Bei sublingualer Therapie nur abrechenbar bei Neueinstellung des Patienten		10,00 €
<b>E7</b>	<b>Aufwändige subkutane Therapie bei schwerem Asthma</b> Nur bei Neueinstellung- bzw. Umstellung des Patienten abrechenbar		20,00 €
<b>E8</b>	<b>Intensivierte Betreuung bei aufwändiger Infusionstherapie</b>	1 / Q	40,00 €

### Labor

<b>32097</b>	<b>BNP</b>		19,40 €
<b>32150</b>	<b>Troponin</b>		11,25 €
<b>32212</b>	<b>Fibrin (D-Dimere)</b>		17,80 €

Weitere Laborwerte zunächst auf GZK-Relevanz prüfen. Sind die Ziffern im GZK nicht aufgeführt (i.d.R. bei OIII-Labor) erfolgt die Abrechnung über EBM. Zu Labor und GZK siehe auch entsprechende Folie.

# DMP

<b>92001</b>	DMP Asthma/COPD Einschreibepauschale eDMP	Abrechenbar gemäß DMP- Verträge AOK
<b>92003</b>	DMP Asthma/COPD Folgedokumentation eDMP	
<b>92005</b>	DMP Asthma/COPD Dokumentationspauschale Arztwechsel bei eDMP	
<b>92006</b>	DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale	
<b>92008</b>	DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale pneumologisch qualifizierter Arzt	
<b>92009</b>	DMP Asthma/COPD Erstellung eines Behandlungsplans	
<b>92010</b>	DMP Asthma/COPD Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	
<b>92012</b>	DMP Asthma/COPD Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP	

**AOK BW:** Abrechnung entweder über den Vertrag oder über die KV; Schulungen können nur über die KV abgerechnet werden

**Bosch BKK:** Abrechnung über die KV

# Auftragsleistungen

-  Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar
-  Die Abrechnung von Auftragsleistungen erfordert eine „Überweisung Zielauftrag“

<b>A0</b>	Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
<b>A1</b>	Spiroergometrie (siehe Einzelleistung)		44,00 €
<b>A2</b>	Bronchoskopie (siehe Einzelleistung)		128,00 €
<b>A3</b>	Polygrafie (siehe Einzelleistung)		71,50 €
<b>A4</b>	Polysomnografie (siehe Einzelleistung)		353,00 €
<b>A5A</b>	Diagnostikkomplex I (siehe Einzelleistung)		40,00 €
<b>A5B</b>	Diagnostikkomplex II (siehe Einzelleistung)		30,00 €
<b>A5C</b>	Diagnostikkomplex III (siehe Einzelleistung)		25,00 €
<b>A6</b>	Hyposensibilisierungsbehandlung		10,00 €
<b>A7</b>	Aufwändige subkutane Therapie bei schwerem Asthma (siehe Einzelleistung)		20,00 €
<b>A8</b>	Intensivierte Betreuung bei aufwändiger Infusionstherapie (siehe Einzelleistung)		40,00 €
<b>A9</b>	Röntgen		12,50 €
<b>A10</b>	Sonografie		16,50 €
<b>A11</b>	Duplex-Sonografie		20,00 €
<b>A12</b>	FeNO-Messung		17,00 €

# Anschubfinanzierung

## **Z1** Investitionskostenzuschlag

Zuschlag wird auf die P1 aufgeschlagen; gültig im Zeitraum Q 3/2021 bis Q 1/2022

 25,00 €

# Dokumentationsziffern Qualitätsindikatoren

<b>ACT</b>	Indikator 1 (Asthmakontrolle)
------------	-------------------------------

	Jede Asthmakontrolle muss mittels der Ziffer „ <b>ACT</b> “ dokumentiert werden
--	---

<b>IIE</b>	Indikator 5 (Influenza-ImpfEmpfehlung)
------------	--

	Jede Empfehlung muss mittels der Ziffer „ <b>IIE</b> “ dokumentiert werden
--	--

# Abrechnungsbeispiel Kontrollpatient Asthma

Behandlung einer Patientin mit 1 Behandlungstermin im Quartal Gut kontrolliertes Pollenasthma		
P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
P1UE	5,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
Q-Zuschläge (P1)	11,50 €	*
BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: Asthma)
Q2	5,00 €	EFA®-Zuschlag
BG5	10,00 €	5 Min. Adhärenzgespräch
ACT	-	Infoziffer zur Dokumentation des Asthmakontrolltests
<b>Quartalshonorar</b>	<b>74,50 €</b>	

* Rationale Pharmakotherapie	1,50 €
Zuschlag eAV	5,00 €
Röntgen	1,00 €
Sonografie	1,00 €
FeNO-Messung	3,00 €

# Abrechnungsbeispiel COPD

Behandlung eines Patienten mit 2 Behandlungsterminen im Quartal COPD – Rez. Exacerbationen – chron. Nikotinkonsum			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1UE	5,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge (P1)	11,50 €	<i>siehe Annahmen</i>
	BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: COPD)
	EFA®-Zuschlag	5,00 €	Entlastungsassistentin Facharztpraxis
	BG2A1	10,00 €	5 Min. Gespräch zu Rauchstopp
2. Termin	E5B	30,00 €	Komplexe Blutgasdiagnostik
	BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: COPD)
	BG2A1	10,00 €	5 Min. Gespräch zu Rauchstopp
	Quartalshonorar	<b>132,50 €</b>	

* Rationale Pharmakotherapie	1,50 €
Zuschlag eAV	5,00 €
Röntgen	1,00 €
Sonografie	1,00 €
FeNO-Messung	3,00 €

# Abrechnungsbeispiel Neupatient

Behandlung einer Patientin mit 2 Behandlungsterminen im ersten Behandlungsquartal Unklare Dyspnoe – Allergieabklärung – Rauchstopp			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1UE	5,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge (P1)	11,50 €	<i>siehe Annahmen</i>
	E5A	40,00 €	Unspezifischer bronchialer Provokationstest
	E5C	25,00 €	Pricktest
	BG2A1	10,00 €	5 Min. Gespräch zu Rauchstopp
2. Termin	BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: zu Asthma)
	BG5	10,00 €	5 Min. Gesprächszeit Versorgungsplanung Allergie
	Q2	5,00 €	EFA®-Zuschlag
	Quartalshonorar	<b>149,50 €</b>	

*	Rationale Pharmakotherapie	1,50 €
	Zuschlag eAV	5,00 €
	Röntgen	1,00 €
	Sonografie	1,00 €
	FeNO-Messung	3,00 €

# Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe

Grundpauschale	P1	01.07.2021	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	01.07.2021	5,00 €
Strukturzuschlag Röntgen	Q5	01.07.2021	1,00 €
Strukturzuschlag FeNO-Messung	Q8	01.07.2021	3,00 €
Zusatzpauschale Akute Erkrankungen	P2	01.07.2021	13,00 €
Polygrafie	E3	12.07.2021	71,50 €
Polysomnografie	E4	22.07.2021	353,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen <b>bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin</b>	BG4B	10.08.2021	10,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen <b>bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin</b>	BG4B	10.08.2021	10,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen <b>bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin</b>	BG4B	24.08.2021	10,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen <b>bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin</b>	BG4B	07.09.2021	10,00 €
Summe:			<b>511,50 €</b>

BG4B: Kontingent ausgeschöpft

# Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit einer akuter Exazerbation der chronisch-obstruktiven Lungenerkrankung

Grundpauschale	P1	05.07.2021	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	05.07.2021	5,00 €
Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung	Q3	05.07.2021	5,00 €
Spiroergometrie	E1	12.07.2021	44,00 €
Diagnostikkomplex II: Blutgasdiagnostik	E5B	19.07.2021	30,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	22.07.2021	18,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	28.07.2021	18,00 €
Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp bei Asthma/COPD*	BG2A1	20.08.2021	10,00 €
Raucherberatung als Einzeltherapie	BG3A	30.08.2021	80,00 €
Raucherberatung als Einzeltherapie	BG3A	06.09.2021	80,00 €
Raucherberatung als Gruppentherapie	BG3B	13.09.2021	25,00 €
Raucherberatung als Gruppentherapie	BG3B	27.09.2021	25,00 €
Summe:			<b>365,00 €</b>

\*BG2A1 nur bei Kombination F17.1/F17.2 und Asthma oder COPD abrechenbar

# Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit einem vorwiegend allergischem Asthma bronchiale

Grundpauschale	P1	02.08.2021	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	02.08.2021	5,00 €
Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie	Q1	02.08.2021	4,00 €
Strukturzuschlag EFA	Q2	02.08.2021	5,00 €
Strukturzuschlag FeNO-Messung	Q8	02.08.2021	3,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	10.08.2021	18,00 €
Diagnostikkomplex III: Allergologisch-diagnostischer Komplex	E5C	10.08.2021	25,00 €
Polygrafie	E3	17.08.2021	71,50 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen	BG4A	19.08.2021	10,00 €
Versorgungsplanung nach positivem Allergietest	BG5	23.08.2021	10,00 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	E6	08.09.2021	10,00 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	E6	15.09.2021	10,00 €
Hyposensibilisierungsbehandlung	E6	22.09.2021	10,00 €
		Summe:	<b>206,50 €</b>

# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware



Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key



Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG → **Datenempfangsbestätigung**



Prüfung durch MEDIVERBUND AG - Gegenprüfung durch Kasse



Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG  
(Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni)

# Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

- Nach erfolgreicher Übermittlung der Abrechnungsdaten erhalten Sie eine **Datenempfangsbestätigung**

Sehr geehrter [REDACTED]

wir haben von Ihnen am 30.12.2018 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

#### 4. Quartal 2018

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
<b>Patienten mit Abrechnungsdaten</b>	562	58	620
<b>Anzahl Leistungsziffern</b>	1.962	201	2.163
<b>Anzahl Diagnosen</b>	1.498	135	1.633
<b>Anzahl Operationsschlüssel</b>	5	1	6

Sie haben uns **371 Verordnungen** geschickt.

**Tipp:** Prüfen Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und vergleichen Sie die Fallzahlen

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

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

Position	Belastung	Gutschrift
<b>Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2021</b>		49.385,25 €
3,57% Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	1.762,72 €	
<b>Zwischensumme Quartal 4/2021</b>		<b>47.622,23 €</b>
Position	Belastung	Gutschrift
<b>Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2021</b>		556,89 €
3,57% Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	19,88 €	
<b>Zwischensumme Quartal 3/2021</b>		<b>537,01 €</b>
<b>Zwischensumme gesamt</b>		<b>48.159,54 €</b>
	Abrechnungssumme	48.159,54 €
	Abzüglich Abschlagszahlung für das 4. Quartal 2021	
	Abschlag vom 01.11.2021	14.469,00 €
	Abschlag vom 01.12.2021	14.469,00 €
	Abschlag vom 31.12.2021	14.469,00 €
	<b>Endbetrag</b>	<b>4.752,54 €</b>

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

## ➤ Buchungsübersicht

### Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	<b>Start Saldo</b>	<b>0,00 €</b>
01.11.2021	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2021-Q4-1	-14.469,00 €
01.12.2021	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2021-Q4-2	-14.469,00 €
31.12.2021	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2021-Q4-3	-14.469,00 €
17.01.2022	AOK BW Pneumologie 140a Nachabrechnung für Q3/2021 - Abrechnungsergebnis	556,89 €
17.01.2022	AOK BW Pneumologie 140a Nachabrechnung für Q3/2021 - Verwaltungskosten	-19,88 €
17.01.2022	AOK BW Pneumologie 140a Abrechnung für Q4/2021 - Abrechnungsergebnis	49.385,25 €
17.01.2022	AOK BW Pneumologie 140a Abrechnung für Q4/2021 – Verwaltungskosten	-1.762,72 €
	<b>End Saldo</b>	<b>4.752,54 €</b>

Kontoinhaber:	Max Mustermann
IBAN:	DE00 0000 0000 0000 0000 00
BIC:	SSSSSSSS00

**Änderungen der Bankverbindung  
bitte rechtzeitig über Arztportal  
oder Stammdatenänderungsblatt  
mitteilen!**

## ➤ Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q3/2021	743	742	1
Q4/2021	845	845	0

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

## ➤ Einzelnachweise

- detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
- von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
- NEGSO FAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
- Abrechnungsmitteilungen/ Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

Legende:

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
<i>Leist.-Pos.</i>	<i>Leistungsziffer</i>	<i>Leistungsdatum</i>	<i>Abrechnungsbetrag</i>
	Summe:		<i>Summe Leistungen</i>
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		<i>Verwaltungskosten</i>
Änderung	<i>Eventuell durchgeführte Korrekturen</i>		<i>Leistungsdatum</i>

Fallnummer	Max Mustermann	A123456789	01.01.1970
1	P1	01.07.2021	25,00 €
2	P1UE	01.07.2021	5,00 €
3	---Q5---	01.07.2021	1,00 €
4	---Q8---	01.07.2021	3,00 €
5	P2	01.07.2021	13,00 €
6	---NEGSO FAB---	01.07.2021	-7,05 €
	Summe:		39,95 €
	Verwaltungskosten (3,570 %):		1,43 €
Änderung:	P1 kann nur ein Mal im Quartal abgerechnet werden		01.07.2021

# 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.



# Regelwerksprüfung der KV

- Es gibt bei allen 73c/140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie die Leistungen innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

# Auszahlungsprozess

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
  - **Abschlagszahlungen** und
  - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

# Beispiel Abrechnungsprüfung: Auftragsleistungen

Bei Abrechnung der Grund- oder Vertreterpauschale können im gleichen Quartal keine Auftragsleistungen abgerechnet werden.

## Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
14.07.2021	P1
14.07.2021	P1UE
04.08.2021	A5C



Datum	Ziffer
16.07.2021	P1
16.07.2021	P1UE
26.07.2021	A9



## nach Prüfung:

1	P1	14.07.2021	25,00 €
2	P1UE	14.07.2021	5,00 €
3	E5C	04.08.2021	25,00 €
4	Summe:		55,00 €
5	Verwaltungskosten (3,57 %):		1,96 €
Änderung:		A5C wurde durch E5C ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	04.08.2021

1	P1	16.07.2021	25,00 €
2	P1UE	16.07.2021	5,00 €
3	---Q5---	16.07.2021	1,00 €
4	Summe:		31,00 €
5	Verwaltungskosten (3,57 %):		1,11 €
Änderung:		A9 wurde gestrichen, da Sie kein Zielbehandler waren.	26.07.2021

# Beispiel Abrechnungsprüfung: ICD-Einschluss

Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer	Diagnosen
02.07.2021	P1	
02.07.2021	P1UE	
23.08.2021	BG1	J45.0 V

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2021	25,00 €
2	P1UE	02.07.2021	5,00 €
5	Summe:		30,00 €
6	Verwaltungskosten (3,57 %):		1,07 €
➔	Änderung:	Zur Abrechnung von BG1 ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	23.08.2021

# Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungshäufigkeit

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer	Diagnosen
02.07.2021	P1	
02.07.2021	P1UE	
23.08.2021	BG1	J45.0 G
23.08.2021	BG1	J45.0 G

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2021	25,00 €
2	P1UE	02.07.2021	5,00 €
3	BG1	23.08.2021	18,00 €
4	Summe:		48,00 €
5	Verwaltungskosten (3,57 %):		1,71 €
Änderung:	BG1 kann nur einmal pro Tag abgerechnet werden.	23.08.2021	



# Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungsausschluss

## Tagesausschlüsse

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
02.07.2021	P1
02.07.2021	P1UE
02.07.2021	P2
02.07.2021	BG1

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2021	25,00 €
2	P1UE	02.07.2021	5,00 €
3	BG1	02.07.2021	18,00 €
4	Summe:		48,00 €
5	Verwaltungskosten (3,57 %):		1,71 €
➔	Änderung:	P2 kann am selben Tag nicht neben BG1 abgerechnet werden.	02.07.2021

# Ziffernerfassung in der Software

Leistungsziffern müssen bei den meisten Vertragssoftwares einzeln eingegeben werden und nicht mit dem Faktorverfahren (z.B. 5x)

falsch:

Datum	Ziffer
01.07.2021	<del>3 BG4B</del>

richtig:

Datum	Ziffer
01.07.2021	BG4B
01.07.2021	BG4B
01.07.2021	BG4B

➤ **Wie erfolgt die Vergütung von Sonographie- und Röntgenleistungen, sowie der FeNO-Messung?**

Sie erfolgt über die Qualitätszuschläge Q5 bis Q8. Diese werden automatisch jeder abgerechneten P1 zugesetzt, wenn der entsprechende Nachweise bei der MEDIVERBUND AG vorliegt. Erhalten Sie von einem Kollegen Überweisungen als Zielaufträge, können Sie die Auftragsleistungen A9 (Röntgen), A10/A11 (Sonographie/Duplex-Sonographie) bzw. A12 (FeNO-Messung) abrechnen. Hierbei können Sie zusätzlich einmal im Quartal die A0 (Grundpauschale für Auftragsleistungen in Höhe von 12,50 Euro) abrechnen.

➤ **Gibt es keine eigene Ziffer für die Spirometrie?**

Die Lungenfunktionsmessung ist Bestandteil der Grundpauschale P1.

➤ **Was ist eine komplexe Blutgasdiagnostik i.S. des Vertrages?** arterielle / arterialisierte Blutgasanalyse in Ruhe und unter verschiedenen Belastungsstufen; die Abrechnung erfolgt mit der E5B (Diagnostikkomplex II).

## 1. Bei welchen Diagnosen kann die P2 „Akute Erkrankungen“ abgerechnet werden – und bei welchen Diagnosen kann die BG1 „Chronische Erkrankungen“ abgerechnet werden?

In der ICD-Liste zum Vertrag (Anlage 12 Anhang 2) ist genau definiert, bei welchen Diagnosen die P2 und bei welchen Diagnosen die BG1 abrechnungsfähig ist.

# Kalender mit wichtigen Abrechnungsterminen

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

2022

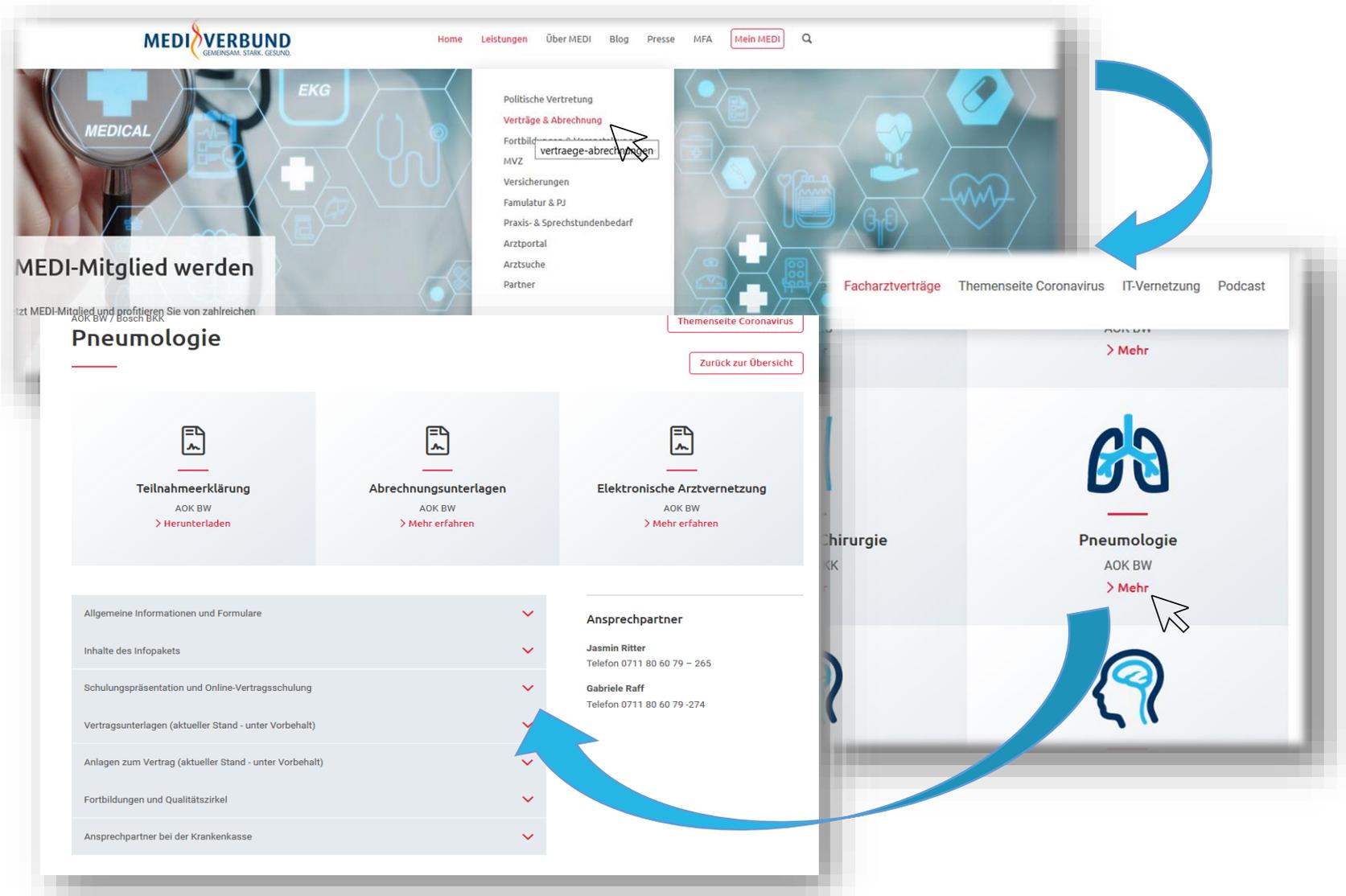
Januar		Februar		März		April		Mai		Juni	
Sa 1	Neujahr	Di 1		Di 1		Fr 1		So 1	Maifeiertag	Mi 1	
So 2		Mi 2		Mi 2		Sa 2		Mo 2		Do 2	
Mo 3		Do 3		Do 3		So 3		Di 3		Fr 3	
Di 4		Fr 4		Fr 4		Mo 4		Mi 4		Sa 4	
Mi 5		Sa 5		Sa 5		Di 5		Do 5		So 5	Pfingstsonntag
Do 6	Heilige drei Könige	So 6		So 6		Mi 6		Fr 6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

Diesen Kalender finden Sie im Bereich „Abrechnungsunterlagen“

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.

# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Internetauftritt



The screenshot shows the website interface with a navigation bar at the top containing links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search icon is also present. Below the navigation bar, there is a main menu with categories like Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung, Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner. A mouse cursor is pointing at the 'vertraege-abrechnung' link. A large blue arrow points from the top right towards the main content area. The main content area features a 'Pneumologie' section with three sub-sections: 'Teilnahmeerklärung' (AOK BW, Herunterladen), 'Abrechnungsunterlagen' (AOK BW, Mehr erfahren), and 'Elektronische Arztvernetzung' (AOK BW, Mehr erfahren). Below these is a list of documents with expandable sections: Allgemeine Informationen und Formulare, Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen (aktueller Stand - unter Vorbehalt), Anlagen zum Vertrag (aktueller Stand - unter Vorbehalt), Fortbildungen und Qualitätszirkel, and Ansprechpartner bei der Krankenkasse. A 'Zurück zur Übersicht' button is visible. On the right side, there are links for 'Facharztverträge', 'Themenseite Coronavirus', 'IT-Vernetzung', and 'Podcast'. A 'Pneumologie' section is also visible on the right with a 'Mehr' link and a mouse cursor pointing at it. A large blue arrow points from the 'Pneumologie' section on the right towards the 'Teilnahmeerklärung' section on the left.

- 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.

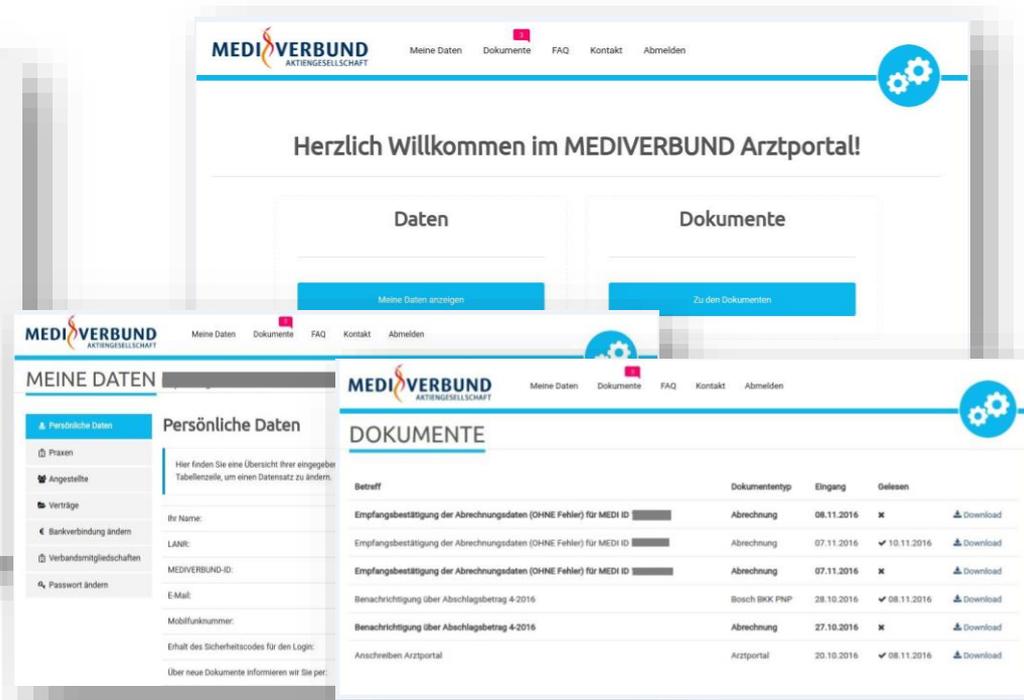
---

**MEDIVERBUND-ID**

**Passwort**

An mich erinnern

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



**HERZLICH WILLKOMMEN IM MEDIVERBUND ARZTPORTAL!**

**DATEN** **DOKUMENTE**

**MEINE DATEN**

**Persönliche Daten**

Hier finden Sie eine Übersicht ihrer eingegebenen Tabellenzelle, um einen Datensatz zu ändern.

Ihr Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

MEDIVERBUND-ID: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

Erhalt des Sicherheitscodes für den Login: \_\_\_\_\_

Über neue Dokumente informieren wir Sie per: \_\_\_\_\_

**DOKUMENTE**

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	08.11.2016	✗	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	07.11.2016	✓ 10.11.2016	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	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 und Psychotherapeuten



**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

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

**Betriebsstätten im Selektivvertrag**  
**AOK Baden-Württemberg - Pneumologie**

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)**

72622       5 km

**Leistungen**

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

**Suchen**

Registrieren, anmelden,  
Fortbildungen besuchen



MEDIVERBUND DOCHECK EFA

**MEDIVERBUND**

Medi-ID\*

LANR\*  EFN\*

Vorname\*  Nachname\*

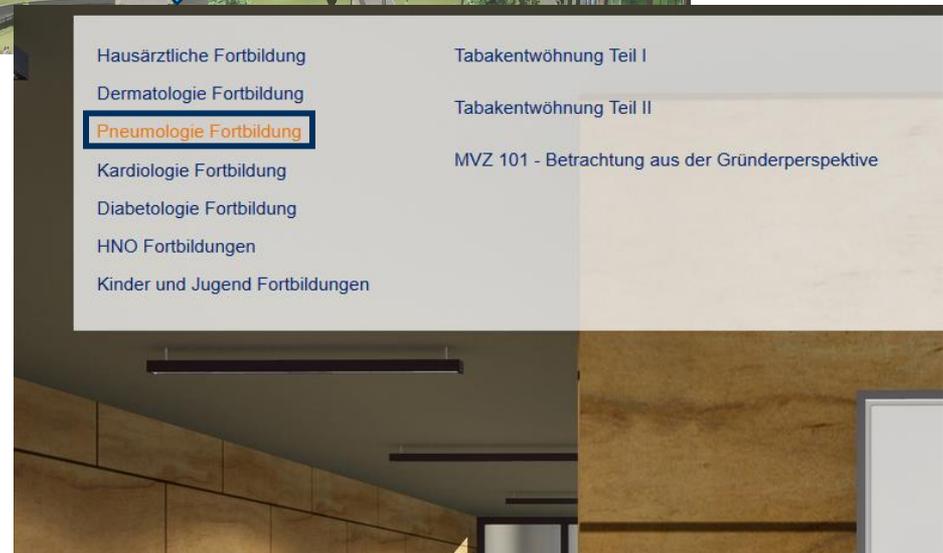
Strasse\*

PLZ\*  Ort\*

**CAMPUS**

Email\*

Passwort\*  wiederholen\*





## **MEDI-Blog**

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.  
[\*\*medi-verbund.de/blog/\*\*](https://www.medi-verbund.de/blog/)



## **MEDI-Newsletter**

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.  
[\*\*medi-verbund.de/newsletter/\*\*](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



## **Facebook**

[\*\*facebook.com/mediverbund\*\*](https://facebook.com/mediverbund)



## **Der Twitter**

[\*\*twitter.com/mediverbund\*\*](https://twitter.com/mediverbund)



## **YouTube**

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!  
[\*\*medi-verbund.de/youtube\*\*](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**