



Kardiologievertrag nach § 73c / § 140a SGB V Vertragsschulung

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



Grundlagen und Ziele der Selektivverträge

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach § 140 a SGB V; bestehende § 73c- Verträge können weiter geführt werden.
- ➔ Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung (Schnittstelle HA-FA)
- 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.
 - als Mensch und Experte Ihrer Erkrankung wahrgenommen zu werden
 - ausreichende und verständliche Informationen zu ihrem Krankheitsbild

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...)
- Versorgungsrealität optimieren
- Struktureffekte z. B. durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung
- vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
- Reduzierung der AU-Zeiten
- Sozialer Dienst/Patientenbegleitung, Gesundheitsprogramme

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



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 (z.B. durch zusätzliche Arzt- Patienten- Kontakte)
- keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung
- wirtschaftliche Sicherheit für die Praxen (z. B. durch feste planbare Vergütung)

Anforderungen an teilnehmende Ärzte

- strukturierte und leitliniengerechte Versorgung, z.B.
 - Weiterüberweisung/Weiterleitung immer unter Einbeziehung (Information) des Hausarztes
 - Vertreterregelung (Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt)
- Sprechstundenangebot, Terminvergabe und Praxisprozesse, z.B.
 - eine Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) pro Woche
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
 - Befundübermittlung an Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen

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

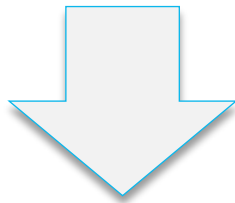


Teilnahmeberechtigt sind

- **Vertragsärzte**
 - Fachinternist mit oder ohne Schwerpunkt Kardiologie
 - **persönlich ermächtigte Ärzte**
 - dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer der 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
- Bitte achten Sie bei einer BAG- oder MVZ-Teilnahme mit unterschiedlichen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen auf einen gleichzeitigen Teilnahmestart.

Die Teilnahmevoraussetzungen gliedern sich in

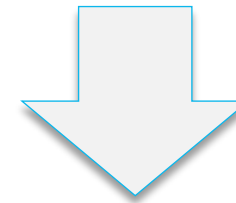
Persönliche Teilnahmevoraussetzungen



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)



Zusätzliche Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter Leistungen

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 nach § 95d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Echokardiographie
(Nachweis: KV Zulassung/KV-Registerauszug/Ermächtigung/Abrechnung)

Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- mind. 150 kardiovaskuläre Ultraschalluntersuchungen, davon mind. 100 Echokardiographien pro Quartal
(Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
- Teilnahme an einer echokardiographischen Fortbildung innerhalb der letzten 5 Jahre
(Nachweis: Fortbildungsnachweis)
- regelmäßige Nutzung eines Gewebedopplers (insbesondere Beurteilung)
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)
- Teilnahme an DMP gemäß § 3 lit h zum Vertrag
- mind. 2 Fortbildungen zu kardiologisch relevanten Themen im Jahr
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem
(AIS/Praxis- Softwaresystem)
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Vertragssoftware
(Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)
- Online Key zur Datenübertragung
(Nachweis: Selbstauskunft / Bestätigungsformular)

- Apparative Ausstattung gemäß KBV Richtlinien
Qualitätssicherungsmaßnahmen Ultraschall
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)
- „Harmonic imaging“
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)
- Gewebedoppler (mindestens gepulster Modus)
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)
- Ergometrie mit 12-Kanal-EKG-Registrierung
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)

Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen

- Schwerpunktbezeichnung Angiologie (Voraussetzung für P2)
(Nachweis: KV Zulassung)
- oder Duplex-Verfahren (Voraussetzung für P2)
(Nachweis: KV Zulassung für folgende Duplexe)
 - extrakranielle hirnversorgende Gefäße und/oder
 - extremitätenver-/entsorgende Gefäße und/oder
 - abdominelle und retroperitoneale Gefäße sowie Mediastinum
- Stressechokardiographie (Nachweis: KV Zulassung)
- Herzschrittmacher/Defi-/CRT-Kontrolle (Nachweis: KV Zulassung)
- Langzeit-EKG (Nachweis: KV Zulassung)
- Invasive Kardiologie (Nachweis: KV Zulassung)
- Kardio-MRT (Nachweis: siehe Bestätigungsformular)

Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen

- Teilnahme an elektronischem Qualitätssicherungssystem für invasiv tätige Kardiologen (z.B. QuIK, BQS oder ALKK)
- Qualifikationen Kardioversion:
 - Vorhaltung TEE
 - Möglichkeit zur mehrstündigen Monitorüberwachung
 - Anwesenheit von 2 Ärzten in der Praxis während Kardioversion ist stets gegeben
- Vorhaltung einer Spiroergometrieinheit
(Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes, KV-Abrechnung)
- TEE
(Nachweis: KV Abrechnung der letzten 4 Quartale)
- SM-/ICD-/CRT-Implantationen
(Nachweis: Facharzt-/Kardiologenzeugnis mit Mengennachweis oder Abrechnungsnachweis für Implantationen oder Bescheinigung über die selbstständige Durchführung durch eine Klinik/Praxis)

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



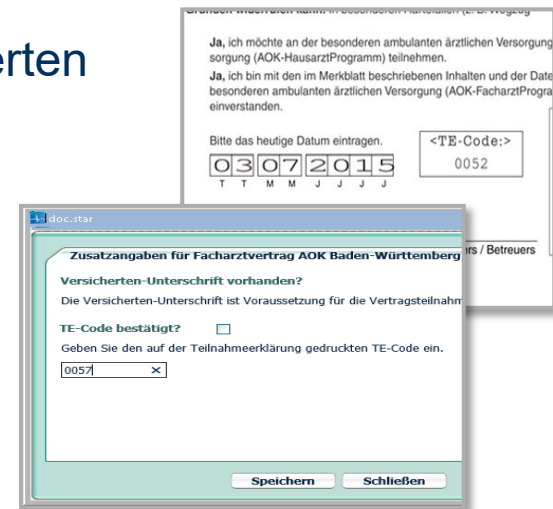
Vorteile für Versicherte

- **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**

- Teilnahmevoraussetzungen
 - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW
 - aktive Teilnahme an der HZV (→ Online-Teilnahmeprüfung)
- Einschreibung in die **gesamte Facharztebene der jeweiligen Krankenkasse** für mind. 12 Monate
 - **AOK BW** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder-und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie
 - **Bosch BKK** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie und Pneumologie
 - **BKK VAG BW** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie und Psychotherapie
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf Überweisung HZV-Arzt
- aktuelles Merkblatt für 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 a software interface. The top screenshot is a printed form titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It contains 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 Date besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgra einverstanden.' Below this, it asks 'Bitte das heutige Datum eintragen.' and shows a date selection grid for '03 07 2015' (T T M M J J J J). To the right, there is a field for '<TE-Code:>' with the value '0052'. The bottom screenshot is a digital dialog box titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It asks 'Versicherten-Unterschrift vorhanden?' and 'TE-Code bestätigt?' with a checkbox. Below, it says 'Geben Sie den auf der Teilnahmeerklärung gedruckten TE-Code ein.' and shows a text input field containing '0052'. At the bottom of the dialog are 'Speichern' and 'Schließen' buttons.

Einschreibefristen

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

Agenda

1. 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



SANE:

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

➤ Voraussetzungen zur SANE:

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

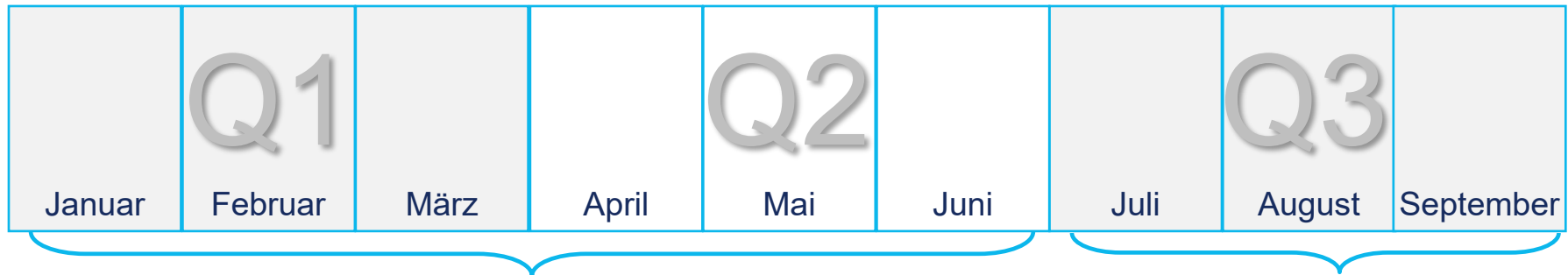
Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

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**

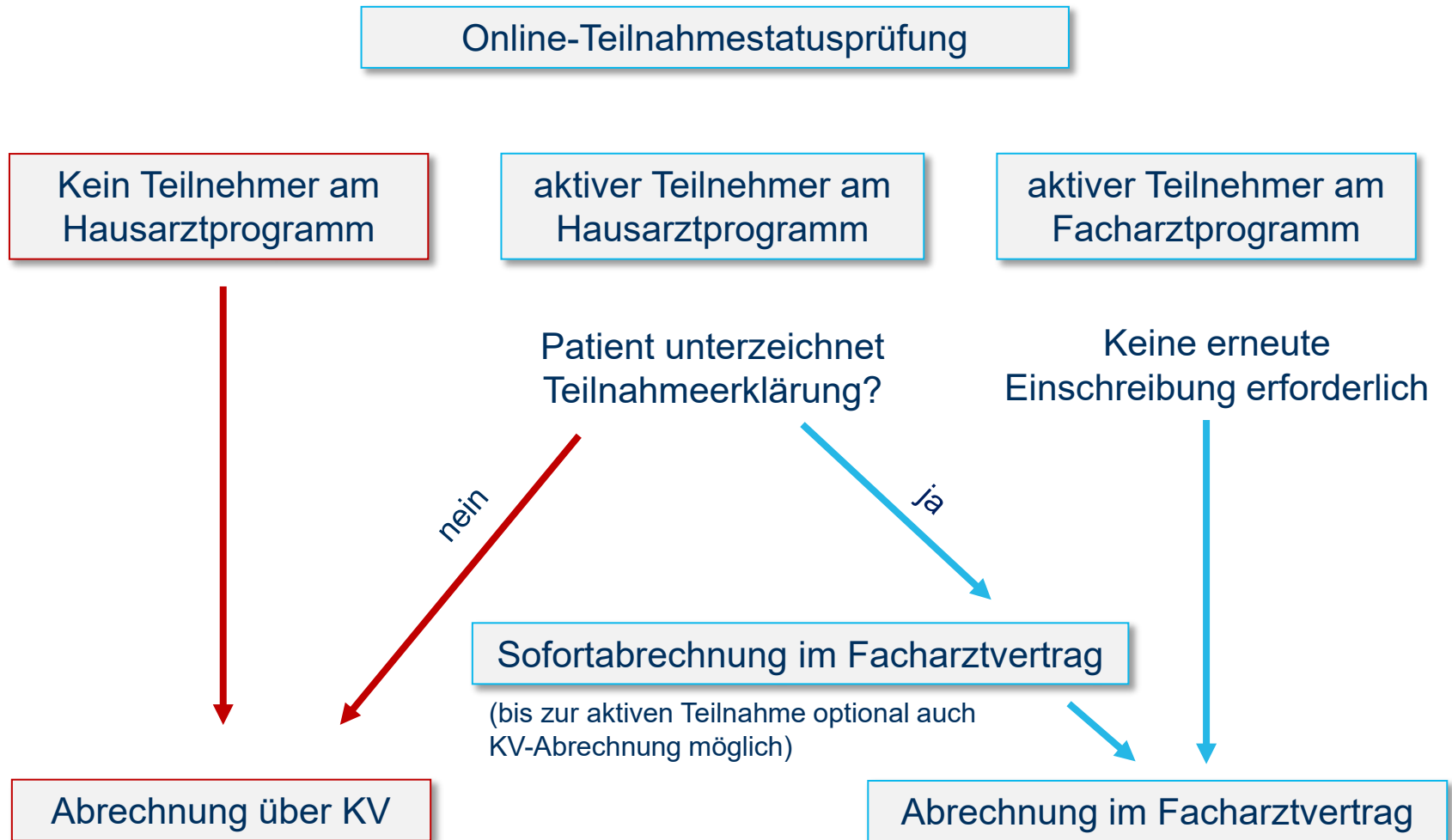


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

Wichtige Informationen zur SANE

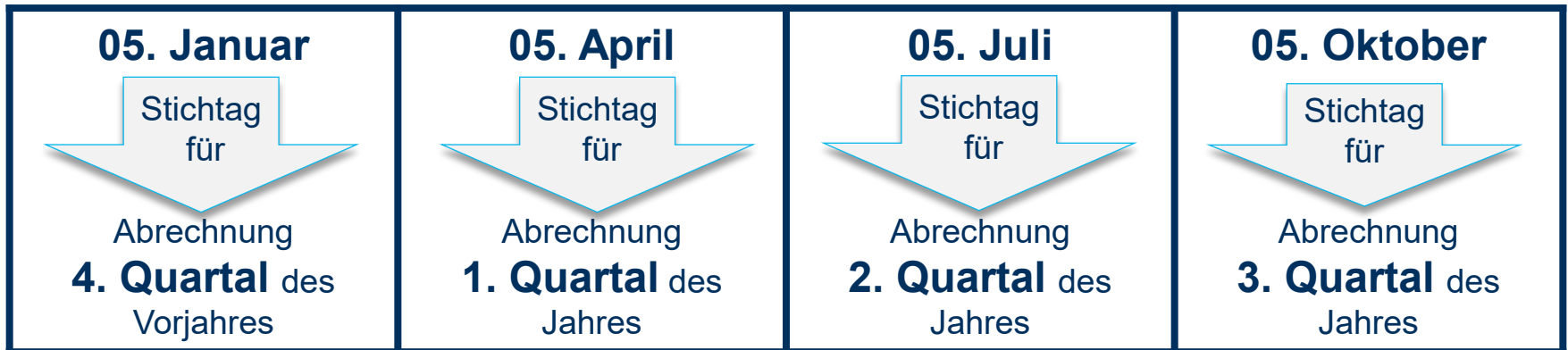
- Abrechnung des Versicherten für ein Quartal erfolgt entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder über KV
- Versicherter kann **max. 2 Quartale** (Einschreibequartal und Folgequartal) über SANE abgerechnet werden
- die Voraussetzungen zur SANE müssen erfüllt sein → sonst Ablehnung der Sofortabrechnung
- Einschreibeverfahren, Abrechnungs- und Auszahlungsprozesse bleiben unverändert



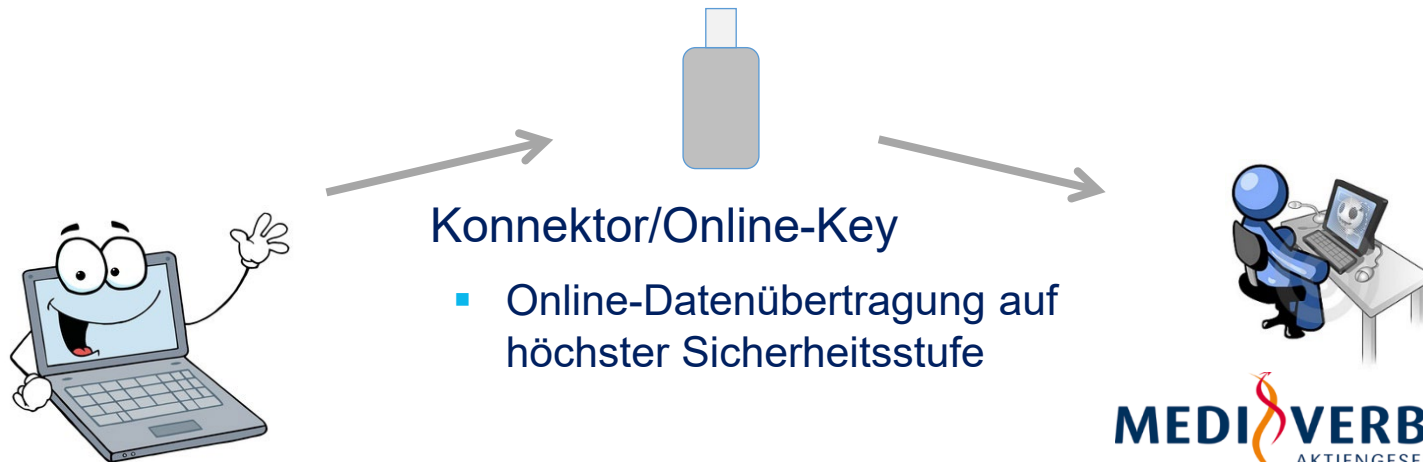
Agenda

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





- Prüflauf (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 (Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni)



Konnektor/Online-Key

- Online-Datenübertragung auf höchster Sicherheitsstufe

Vertragssoftware (Modul)

- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten
- Standardisierte Befundbriefe

Rechenzentrum

- Verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

Datenübermittlung an MEDIVERBUND

- Informationen über abrechnenden Arzt (z.B. BSNR, LANR, MEDIVERBUND-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 (Kardiologie-Vertrag)
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z. B. Pat.-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geb.-Datum, 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

Datenübermittlung an AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW

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

Auszahlungsprozess

- Die MEDIVERBUND AG übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW, wo sie erneut geprüft werden.
- Ermittlung des mit der AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW abgestimmten Abrechnungsbetrages
- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen *
 - **monatlich** in Höhe von **19,50 € pro P1** des vorangegangenen Abrechnungsquartals
 - im laufenden Abrechnungsquartal

* nicht im BKK VAG BW-Vertrag

Verwaltungskosten und Einschreibepauschale

- **Verwaltungskosten**
 - **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BNK, BNFI
 - **4,165 %** für Nichtmitglieder
- **Einschreibepauschale**
 - **einmalig 357 €** für alle (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



Dokumente für die Abrechnung

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

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	astroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	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	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I									obligatorisch
01412	Dringender Besuch II									obligatorisch
01413	Besuch eines weiteren Kranken									obligatorisch
01414	Visite auf der Belegstation									obligatorisch

BKK VAG Mein Facharzt Modul Kardiologie: Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Kardiologie Q3/2016	
GOP	Beschreibung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
01102	Inanspruchnahme an Samstagen
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser
01410	Besuch
01411	Dringender Besuch I
01412	Dringender Besuch II
01413	Besuch eines weiteren Kranken
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport

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

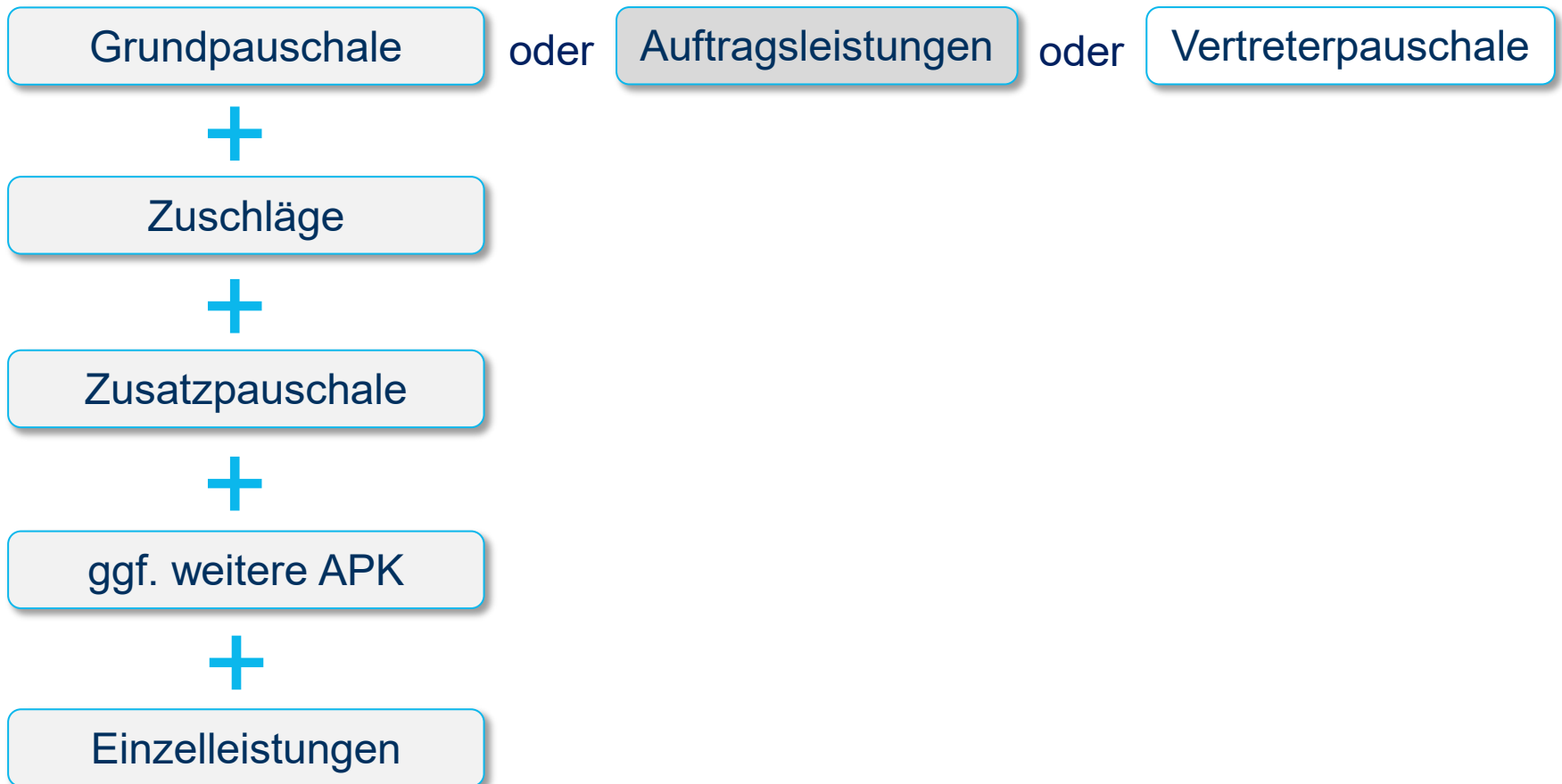
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
P1	Kardiologische leitliniengerechte Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. EKG, Echo) laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz)	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und sich diese Überweisung nicht nur auf eine Auftragsleistung gemäß dieser Anlage erstreckt und • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Ausnahme:	32 € incl. Labor (max. 54 € mit Zuschlägen: Q1 = 4 €,

- **ICD-Listen (Anlage 12 Anhang 2 und 9)**
 - Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen


ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven	H	P1e
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit A		
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher be		
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kon		

Diagnosenliste zur ambulanten Implantation von Kardioverter-Defibrillatoren (ICD)

I25.1- Chronisch ischämische Herzkrankheit mit hochgradig eingeschränkter linksventrikulärer Funktion kombiniert mit I50.12, I50.13 oder I50.14



Legende

- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK VAG BW-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK VAG BW-Vertrag
-  wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet
-  wird bei Abrechenbarkeit/ Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen
gem. Anhang 2 zu Anlage 12
-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

Neue Differenzierung des Arzt-Patienten-Kontaktes (APK)

- a) Ein APK beschreibt die **Interaktion** eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
- b) Ein **persönlicher APK** liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) **in räumlicher und zeitlicher Einheit** erfolgt.
- c) Ein **telemedizinischer APK** liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) **außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit** erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
- d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der **Delegation** nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
- e) Ein **Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation** nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.



Telemedizinische Kontakte sind mit der Ziffer "**FBE**" zu dokumentieren.

Grundpauschalen und Zuschläge

P1 Grundpauschale



32,00 €

37,00 €

+ **Q1** Pharmakotherapie



4,00 €

+ **Q2b** Krankenhauseinweisung



3,00 €

+ **Q4** Stressecho



5,00 €

+ **Q5** Spiroergometrie



10,00 €

+ **ZP1** Grundversorgerpauschale



12,00 €

+ **ZP2** Grundversorgerpauschale FIOS



15,00 €

P1UE additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt



10,00 €*


























oder **V1** Vertreterpauschale



17,50 €

*Bosch BKK: 5,00 €

Zusatzpauschalen

P1a Herzinsuffizienz	   	53,00 €
P1b KHK	   	25,00 € 28,00 €
P1c Herzrhythmusstörungen	   	30,00 € 33,00 €
P1d Vitien	   	30,00 € 33,00 €
+ Q6 Strukturzuschlag für EFA® auf P1a- P1d	 	10,00 €*
P1e Hypertonie	   	25,00 € 28,00 €
P2/ AP2 Angiologiemodul	 	35,00 € 39,00 €
P3 Diagnostikpauschale		20,00 €
➤ abrechenbar für Patienten ohne Zusatzpauschale (P1a-e, P2)		22,00 €

*Bosch BKK: 5,00 €

APK Zuschlag und Einzelleistungen Labor

Z1 APK Zuschlag auf P1a III, P1b, P1c
(→ **ab 2. APK dokumentieren!**)



15,00 €

+ **Q2a** Zuschlag auf Z1 a-c (Krankenhauseinweisung)



20,00 €

32097 BNP (analog EBM)



19,40 €

32150 Troponin (analog EBM)



11,25 €

32212 Fibrinmonomere (analog EBM)



17,80 €

32232 Lactat (analog EBM)










6,90 €

BG1 Beratungsgespräch Long-, Post-COVID
situativ und gemäß aktuellem Sachstand (bis 30.06.24)


















20,00 €

Einzelleistungen/Auftragsleistungen

(Zielauftrag vom FA)

















A0 Auftragsgrundpauschale		16,00 €
E1 / A1 TEE	 	60,00 €
E2a / A2a SM Nachsorge	 	25,00 €
E2b / A2b Defi System Nachsorge	 	45,00 €
E2c / A2c CRT-System Nachsorge	 	55,00 €
E3a / A3a Linksherzkatheter	 	660,00 €
E3b / A3b Linksherzkatheter (Kontrolle nach PCI)	 	406,50 €
E4a / A4a PCI (Ein-Gefäß PCI)	 	2.060,00 €
E4b / A4b PCI (Ein-Gefäß PCI mit 1 DES Stent)	 	2.660,00 € 2.760,00 €
E5a / A5b PCI (Mehr-Gefäß PCI)	 	2.750,20 €
E5b / A5b PCI (Mehr-Gefäß PCI mit 1 DES Stent)	 	3.350,20 € 3.450,20 €
+ Q3 Herzkatheter		60,00 €

Einzelleistungen/Auftragsleistungen (Zielauftrag vom FA)























E6 / A6 Honorarpauschale DES Stent	 	500,00 € 600,00 €
E7 / A7 Sonderdevices	 	900,00 €
E8 / A8 Kardioversion	 	400,00 €
E9 / A9 Rechtsherzkatheter	 	50,00 € 82,00 €
E10 / A10 Spiroergometrie (ab 10x/Quartal → Q5)	 	35,00 €
E11a/b (99967/99968) DMP *		32,00 €
A11 Stressecho	 	54,00 €
E12 Einstellung auf dauerhafte VKA-Therapie	 	120,00 €
E13 Aufwandpauschale bei dauerhafter VKA-Therapie	 	15,00 €

* nicht abrechenbar im Bosch BKK- und BKK VAG BW-Vertrag

Einzelleistungen/Auftragsleistungen (Zielauftrag vom FA)

E15 / A15 Schrittmacherimplantation (1-Kammer)			3.900,00 €
E16 / A16 Schrittmacherimplantation (2-Kammer)			4.400,00 €
E17 / A17 Implantation-Eventrekorder			3.100,00 €
E18 / A18 Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM			2.300,00 €
E19 / A19 Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM			3.000,00 €
E20 / A20 Revision HSM ohne Aggregatwechsel			1.900,00 €
E21 / A21 Explantation Eventrekorder			1.600,00 €
E22 / A22 Implantation Reveal LINQ Eventrekorder			3.800,00 €

Einzelleistungen/Auftragsleistungen (Zielauftrag vom FA)

E24 / A24	Neuimplantation 1-Kammer-ICD	  	8.500,00 €
E25 / A25	Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD	  	7.000,00 €
E26 / A26	Neuimplantation 2-Kammer-ICD	  	9.500,00 €
E27 / A27	Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD	  	8.000,00 €
E28 / A28	Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD	  	8.700,00 €
E30 / A30	Kardio-MRT – Ruhe (bis 31.12.2024)	  	268,00 €
E31 / A31	Kardio-MRT – Stress (bis 31.12.2024)	  	300,00 €
E32	Kontrastmitteleinbringung bei Echo/Sono Abdomen		10,00 €

Einzelleistungen/Auftragsleistungen (Zielauftrag vom FA)

E33 / A33	Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D	  	9.736,00 €
E34 / A34	Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM	  	6.496,00 €
E35 / A35	Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM	  	4.101,00 €
E36 / A36	Neuimplantation 3-Kammer-System: S-ICD	  	9.736,00 €
E37 / A37	Aggregatwechsel 3-Kammer-System: S-ICD	  	7.901,00 €
E38 / A38	Telemonitoring bei HI: Indikationsstellung		7,32 €
E39 / A39	Telemonitoring bei HI: Zusatzpauschale Betreuung		14,42 €
E40 / A40	Telemonitoring bei HI: Anleitung und Aufklärung	 	10,70 €
E41 / A41	Telemonitoring bei HI mittels kardialem Aggregat	 	123,93 €
E42 / A42	Telemonitoring bei HI mittels ext. Messgeräte	 	236,59 €
E43 / A43	Telemonitoring bei HI: Zuschlag zu E36 & E37	 	26,48 €
E44 / A44	Telemonitoring bei HI: Pauschale ext. Messgeräte	 	68,00 €

Auftragsleistungen (Zielaufträge vom HA)

A0 Auftragsgrundpauschale		16,00 €
A12 Erbringung Langzeit EKG		12,50 €
A13 Auswertung Langzeit EKG		12,50 €
A14 Ergometrie		12,50 €
A23 Langzeitblutdruckmessung		12,50 €

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.



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

Agenda

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





- Politische Vertretung
- Verträge & Abrechnung
- Fortbildungen & Veranstaltungen
- MVZ
- Versicherungen

Facharztverträge

Themenseite Coronavirus IT-Vernetzung

☰ DAK Gesundheit

AOK BW / Bosch BKK Kardiologie

Zurück zur Übersicht

 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 ✓
- Vertragsunterlagen ✓

Ansprechpartner
Angie Becker
Telefon 0711 80 60 79 – 266
Evangelia Pechivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269
E-Mail



Gastroenterologie
AOK BW
> Mehr



Kardiologie
AOK BW
> Mehr

- 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 three overlapping views of the MEDIVERBUND Arztportal. The top view is the login page with a navigation bar (Meine Daten, Dokumente, FAQ, Kontakt, Abmelden) and a gear icon. The middle view shows the 'MEINE DATEN' page with a sidebar menu (Persönliche Daten, Praxen, Angestellte, Verträge, Bankverbindung ändern, Verbandsmitgliedschaften, Passwort ändern) and a main content area for 'Persönliche Daten' with fields for Name, LANR, MEDIVERBUND-ID, E-Mail, and Mobilfunknummer. The bottom view shows the 'DOKUMENTE' page with a table of documents.

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [redacted]	Abrechnung	08.11.2016	x	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	x	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	x	Download
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	✓ 08.11.2016	Download

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

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten

HAUSÄRZTE

FACHÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausar

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + GWQ (Mercedes-Benz BKK)

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 Psychotherapeut finden.

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

HAUSÄRZTE

Nachname

Postleitzahl

70374

Leistungen

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

Suchen

Radius (km)

5 km

FACHÄRZTE

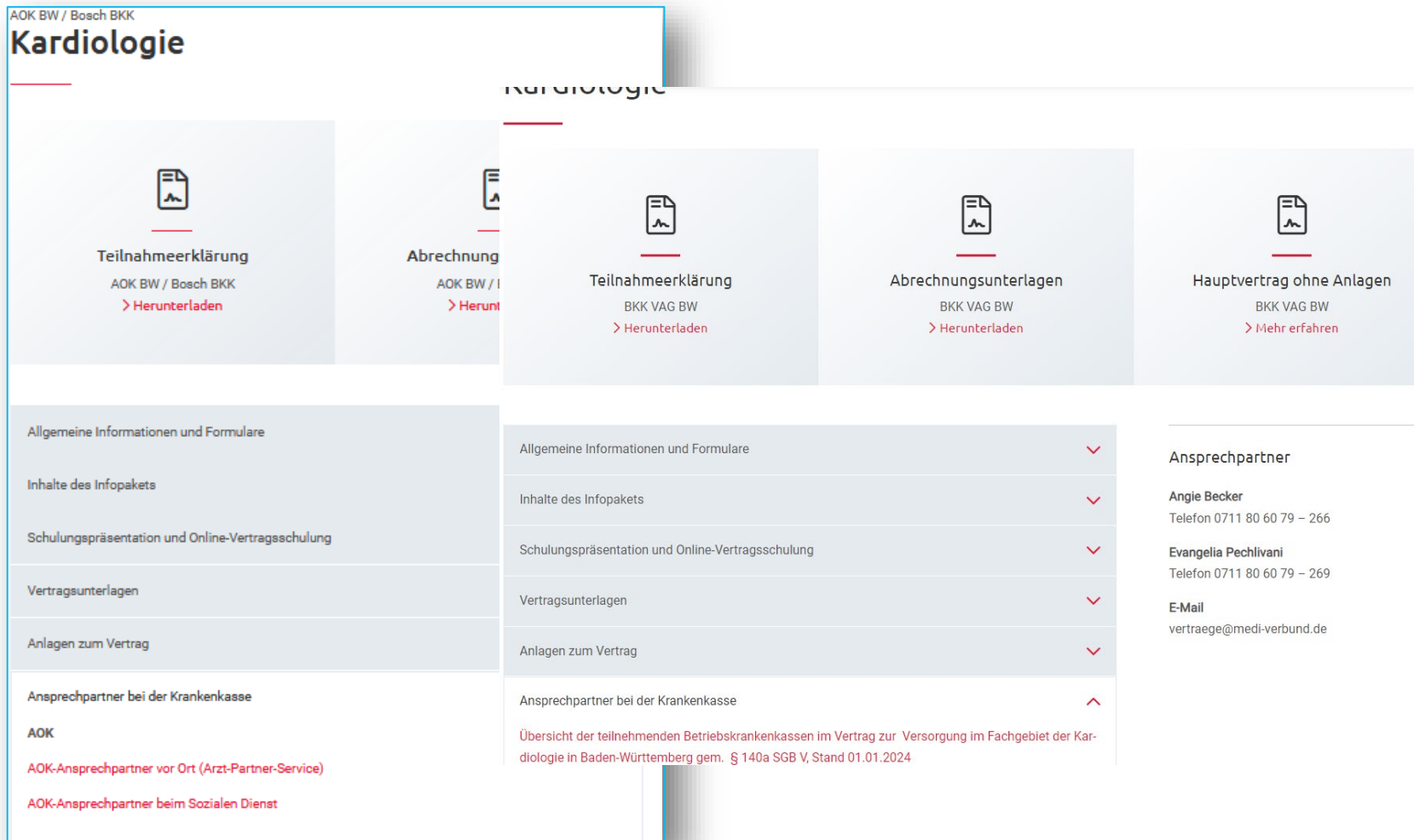
AOK Baden-Württemberg

Gastroenterologie

Kardiologie


Neurologie


- Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite





AOK BW / Bosch BKK


Kardiologie

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

 Abrechnung
AOK BW / I
[> Herunt](#)

 Teilnahmeerklärung
BKK VAG BW
[> Herunterladen](#)

 Abrechnungsunterlagen
BKK VAG BW
[> Herunterladen](#)

 Hauptvertrag ohne Anlagen
BKK VAG BW
[> Mehr erfahren](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

AOK

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

AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen im Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Kardiologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V, Stand 01.01.2024

Ansprechpartner

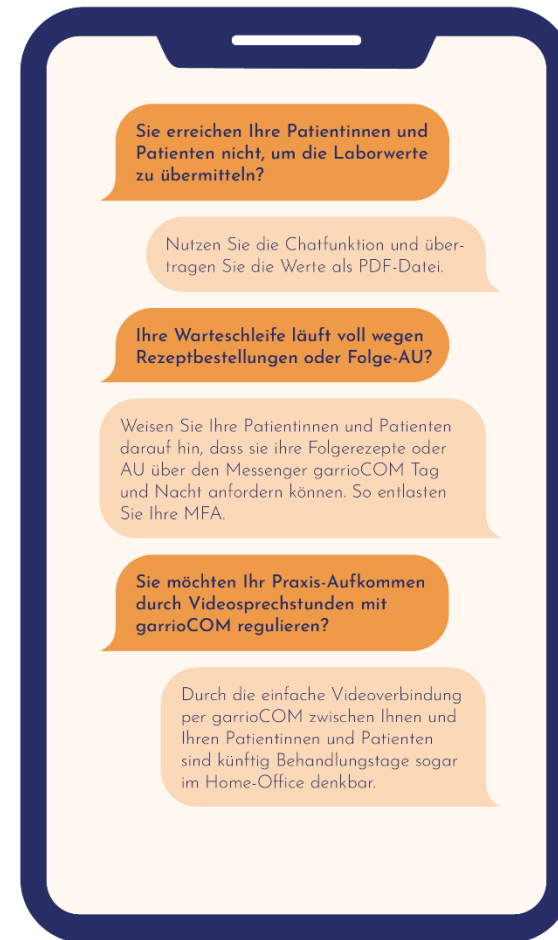
Angie Becker
Telefon 0711 80 60 79 – 266

Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269

E-Mail
vertraege@medi-verbund.de

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

Nutzen Sie die neue App garrioCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.



9 IHRE VORTEILE:

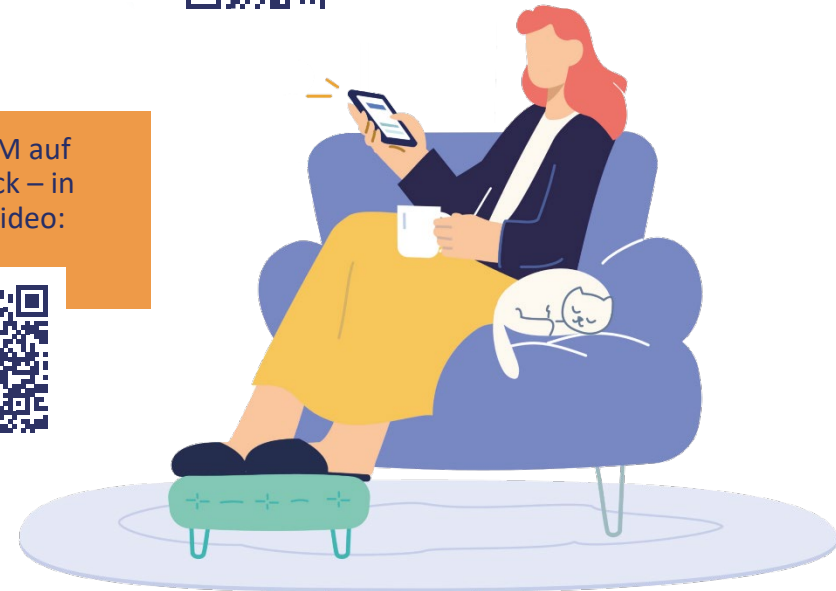
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteams entwickelt



Bestellen Sie garrioCOM unter www.garrio.de/bestellung.
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





MEDI-Blog

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



MEDI-Newsletter

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



MEDI Verbund goes Facebook

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



Der MEDI Verbund ist auch auf 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://medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**