

VERTRAGSSCHULUNG NEPHROLOGIE-VERTRAG §140a SGB V

Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Präsentation das generische Maskulinum verwendet.
Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

- Gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V

Vorteile:



ZIELE DES VERTRAGS

- optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- Stärkung der ambulanten Versorgung
- Reduktion von stationären Aufenthalten
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Zusammenarbeit mit dem HZV-Arzt sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- mehr Zeit z.B. für Beratungsgespräche
- bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten

SYSTEMATIK DES VERTRAGS

- 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
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

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

VERTRAGLICH VORGESEHENE SCHNITTSTELLEN

- enge und aktive **Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt** sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- Zusammenarbeit mit dem **Sozialen Dienst** der AOK, Nutzung von Gesundheitsprogramme der Krankenkasse
- **strukturierte Schnittstellen** (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)



Struktureffekte, z.B.

- vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
- Reduzierung bzw. Vermeidung von AU-Zeiten
- höhere Versorgungsqualität

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

- durchschnittlich **höhere Vergütung** als bei der KV
- **mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit aufwändigen chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung
 - z.B. durch Vergütung von Gesprächsleistungen
- **keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung** (im Vergleich zum RLV)
- **Planungssicherheit**
 - unbefristete Verträge
 - feste Vergütung

KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

- **Vertragsärzte**

Fachärzte für Innere Medizin und Nephrologie mit der fachlichen Befähigung zur Ausführung und Abrechnung von Blutreinigungsverfahren sowie Genehmigung gemäß § 4 Abs. 1 der Anlage 9.1 des BMV-Ä (Fachkunde und weitere Voraussetzung der Qualitätssicherungsvereinbarung, Wirtschaftlichkeit der Dialysepraxis etc.)

- **Persönlich ermächtigte Ärzte**

dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen.

- **MVZ**

sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, welche die Teilnahmebedingungen erfüllen.

Der Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ.

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Teilnahmevoraussetzungen

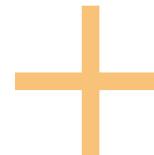
Persönliche Voraussetzungen

vom Arzt selbst zu erfüllen
z.B. Vertragsschulung



Praxisbezogene Voraussetzungen

von der Praxis/BAG/MVZ zu erfüllen
z.B. Vertragssoftware



Abrechnungsvoraussetzungen

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

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 §95 d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Bereitschaft zum Besuch von mind. 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME-Punkten zu den spezifischen Krankheitsbildern
(Nachweis: Selbstauskunft – Stichproben durch die Managementgesellschaft)

PRAXISBEZOGENE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxisverwaltungssystem)
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Vertragssoftware
(Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware)
 - Modul innerhalb Ihres AIS (Umsetzung z.B. Nephro7, Indication etc.)
 - Alternativ: Stand-alone-Lösung
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung
(Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular HZV-Online-Key)

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Zum Erhalt der Qualitätszuschläge sind Nachweise erforderlich:

Qualitätszuschlag	Nachweis
Duplex-Sonographie	KV-Genehmigung und KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus EBM-Ziffenbereich 33070 – 33075 / bei neu niedergelassenen Fachärzten ohne bisherige KV-Abrechnung: Kopie des Kauf- oder Leasingvertrages bzw. Kopie des aktuellen Wartungsberichts eines Duplex-Sonographie-Gerätes
EFA®-Zuschlag	Qualifikationsnachweis über den Besuch einer entsprechenden Fortbildung der MFA

SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

1. Unterlagen anfordern / downloaden
2. Vertragsschulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung und Nachweise einreichen (per E-Mail / Fax / Post) – siehe Checkliste
6. Ggf. fehlende Unterlagen nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
7. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND erhalten

TEILNAHMEERKLÄRUNG ARZT

<p>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg nach § 140a BGB V</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Betriebsvertragsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einleiten. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.</p> <p>Stammdaten:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Einzelpraxis</td> <td style="width: 15%;">Berufsklausurgemeinschaft (BAG)</td> <td style="width: 15%;">3 MVZ</td> <td style="width: 15%;">Ermächtigter Arzt</td> </tr> <tr> <td>LANR (9-stellig)</td> <td>HBSNR</td> <td colspan="2">MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied im VNÖ BW</td> </tr> </table> <p>Titel, Nachname, Vorname</p> <p>Ggf. Name MVZ</p> <p>Strasse & Hausnummer (Praxiseinrichtung)</p> <p>PLZ und Ort</p> <p>E-Mail-Adresse</p> <p>Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)</p> <p>Kontaktinhalte:</p> <p>Hohe der vertraglichen Verwaltungskosten:</p> <p>Der Vertrag beginnt mit einem Vertrag beginnen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honarar gem. Vertrag). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder VNÖ BW werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,50% erhoben. Die gesamte Verwaltungskosten zu Vertragsbeginn beträgt 3,57 % (max. 714 € pro ISBNR).</p> <p>Vertragsdaten des Vertragsarztes/MVZ:</p> <p>Ich beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a BGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung wendlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht geworden genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag wird erfolgen kann, wenn die KV/BW mit der ACK einen sog. Belehrungsvertrag geschlossen hat; • meine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Vertragsvereinbarung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätsicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der rechtlichen Schwiegerpflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe ich mir darüber im Klaren; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Vertragsvereinbarung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätsicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der rechtlichen Schwiegerpflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe ich mir darüber im Klaren; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • die Managementgemeinschaft, das von ACK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie 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 darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragspraxis erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der ACK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an alle meinde MVZ-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieser Formular. <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (int. folgesetzen) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p>Unterschrift Vertragsarzt Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p>Datum (DD.MM.JJ.)</p> <p>Stampel der Praxis/MVZ</p>	Einzelpraxis	Berufsklausurgemeinschaft (BAG)	3 MVZ	Ermächtigter Arzt	LANR (9-stellig)	HBSNR	MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied im VNÖ BW		<p>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg nach § 140a BGB V</p> <p>Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Betriebsvertragsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einleiten. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.</p> <p>Stammdaten:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%;">Einzelpraxis</td> <td style="width: 15%;">Berufsklausurgemeinschaft (BAG)</td> <td style="width: 15%;">3 MVZ</td> <td style="width: 15%;">Ermächtigter Arzt</td> </tr> <tr> <td>LANR (9-stellig)</td> <td>HBSNR</td> <td colspan="2">MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied im VNÖ BW</td> </tr> </table> <p>Titel, Nachname, Vorname</p> <p>Ggf. Name MVZ</p> <p>Strasse & Hausnummer (Praxiseinrichtung)</p> <p>PLZ und Ort</p> <p>E-Mail-Adresse</p> <p>Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)</p> <p>Kontaktinhalte:</p> <p>Hohe der vertraglichen Verwaltungskosten:</p> <p>Der Vertrag beginnt mit einem Vertrag beginnen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honarar gem. Vertrag). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder VNÖ BW werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,50% erhoben. Die gesamte Verwaltungskosten zu Vertragsbeginn beträgt 3,57 % (max. 714 € pro ISBNR).</p> <p>Vertragsdaten des Vertragsarztes/MVZ:</p> <p>Ich beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet Nephrologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a BGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung wendlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht geworden genannt sind.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt,</p> <ul style="list-style-type: none"> • die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag wird erfolgen kann, wenn die KV/BW mit der ACK einen sog. Belehrungsvertrag geschlossen hat; • meine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Vertragsvereinbarung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätsicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der rechtlichen Schwiegerpflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe ich mir darüber im Klaren; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • die Managementgemeinschaft, das von ACK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie 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 darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • ich darf keine Vertragsdaten mit Zugang eines Belehrungsvertrages über die Vertragsstelle begrenzt. Der Zugang kann durch die Überstellung per Telefon erfolgen; • mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragspraxis erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der ACK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an alle meinde MVZ-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieser Formular. <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (int. folgesetzen) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p>Unterschrift Vertragsarzt Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p>Datum (DD.MM.JJ.)</p> <p>Stampel der Praxis/MVZ</p>	Einzelpraxis	Berufsklausurgemeinschaft (BAG)	3 MVZ	Ermächtigter Arzt	LANR (9-stellig)	HBSNR	MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied im VNÖ BW	
Einzelpraxis	Berufsklausurgemeinschaft (BAG)	3 MVZ	Ermächtigter Arzt														
LANR (9-stellig)	HBSNR	MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied im VNÖ BW															
Einzelpraxis	Berufsklausurgemeinschaft (BAG)	3 MVZ	Ermächtigter Arzt														
LANR (9-stellig)	HBSNR	MEDI Baden-Württemberg e.V. Mitglied im VNÖ BW															

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

SPRECHSTUNDENANGEBOT UND TERMINVERGABE

- reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
- Behandlung in Not- und Akutfällen am Tag des Anrufs durch HAUSARZT/FACHARZT
- werktägliche Sprechzeiten (Mo-Fr)
- Angebot eines Abendtermins pro Woche (bis 20.00 Uhr) im Rahmen der 24h-Rufbereitschaft
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vereinbartem Termin auf möglichst 30 Minuten

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

PRAXISPROZESSE

- **Befundübermittlung** an den Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen
- **Weiterüberweisung / Weiterleitung** an teilnehmende Fachärzte und Psychotherapeuten nur in Ausnahmefällen und immer unter Einbeziehung (Information) des Hausarztes
- **Vertreterregelung:** Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt
- **Strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

FORTBILDUNGEN

- Teilnahme an **vertragsspezifischen Fortbildungen** (gemäß Anlage 2 Abschnitt V). Jährlich müssen mindestens 2 Kurse mit insgesamt mindestens 8 CME-Punkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrages besucht werden.
- Teilnahme an **strukturierten Qualitätszirkeln** (gemäß §5 Abs. 3). Je Kalenderjahr müssen mindestens 2 Qualitätszirkel (1 Qualitätszirkel je Halbjahr – zu unterschiedlichen spezifischen Themen) besucht werden.

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

- ✓ schnelle und flexible Terminvergabe
- ✓ Begrenzung der Wartezeit
- ✓ Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt
- ✓ intensive ambulante Betreuung
- ✓ breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- ✓ Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK Nephrologie
→ Allgemeine Informationen und Formulare

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN

FÜR VERSICHERTE

- **Teilnahmevoraussetzung:**
 - Versicherung bei AOK BW
 - aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- in Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte / Psychotherapeuten** aufgesucht werden,
- nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mindestens 12 Monate mit automatischer Verlängerung

FACHARZTPROGRAMM DER AOK BW

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.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENAUFLAUFERKLÄRUNG

Wird über die Software
erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller
vierstelliger Code
("TE-Code")

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZTPROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

TE-ID +

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgetragen wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, teilweise mit einer Frist von 1 Monat auf meine weitere Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den vor mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzutunzunahmen und einen Arzt, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nach Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von arztlichen Notdiensten. Das Weiterer ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich erkläre mir, nur Fachärzte zur Überweisung auszuwählen, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterfüllung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragkonformes Verhalten meineszelfs entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (I.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausschied, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mit einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beobachtete Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum antragen.

<TE-Code:>

E-Mail für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZTPROGRAMM

teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche sorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in erbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

Mir ist bekannt, dass

Ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgegeben sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskunft über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erbitde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Ich und die Mandatengesellschaft bzw. ein von mir bestimmtes Arztkonsortium erbitde die Abrechnungs- und Prüfungsbüro notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.

Ich bestätige, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gesperrt wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.

Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung abgeben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms aufzuklären. Wenn ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

K-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten arbeitung im Rahmen der Teilnahme an mm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung eitung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Daten erteile.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

1. Information des Versicherten / 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

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

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 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV), sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist**

Bedingungen:

- Der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- Der Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung im Rahmen der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag **oder** wahlweise komplett über KV

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

→ Alle Leistungen in Q1 können über den FAV abgerechnet werden

	Q1			Q2			Q3	
Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September

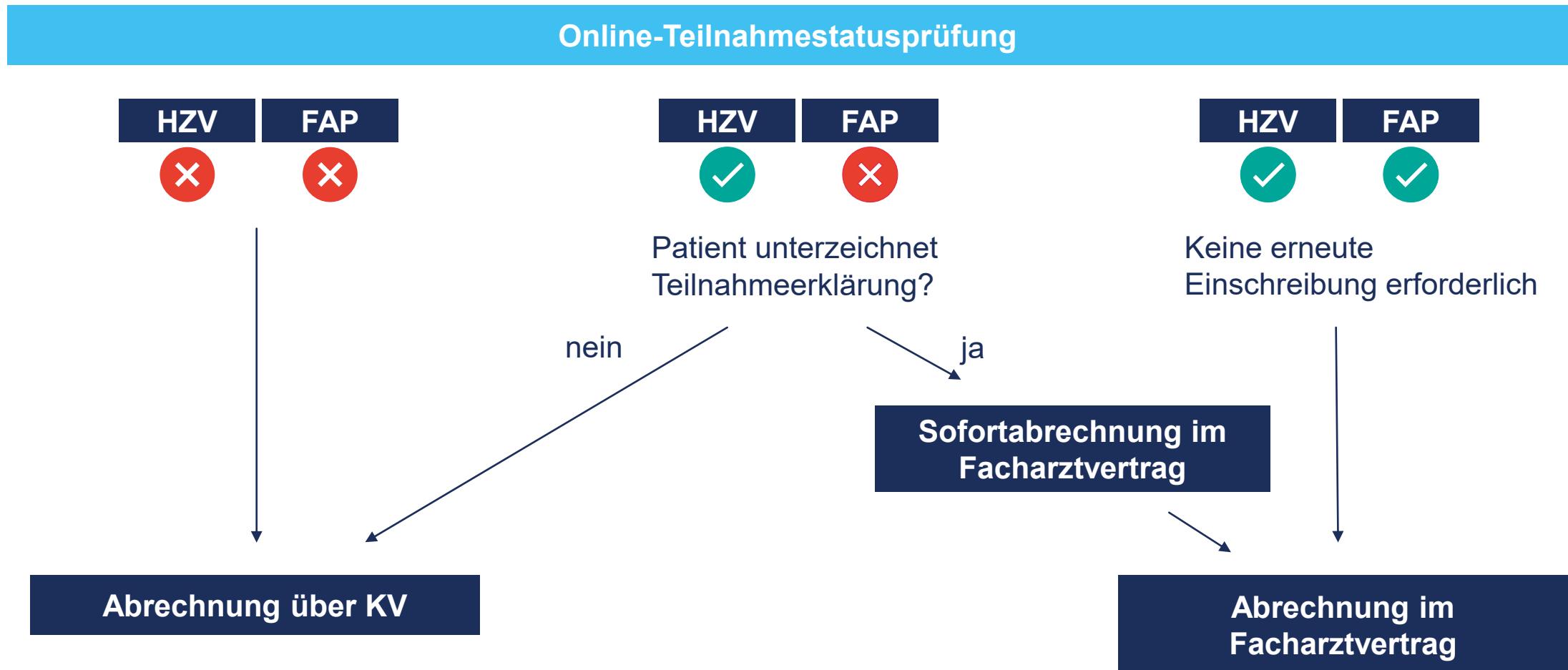
→ Alle Leistungen in Q2 können über den FAV abgerechnet werden

→ Aktive Teilnahme ab Q3

SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

wird Einschreibung nach zwei Quartalen nicht wirksam → Reduktion der Vergütung für Q1 und Q2 um 15% und Ablehnung der Abrechnung ab Q3

PRAXISABLAUF



AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

WICHTIGE DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

Gesamtziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1):
Legt den Leistungsumfang des Vertrages 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

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge & Abrechnung → AOK Nephrologie → Anlagen zum Vertrag

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

AUSZUG

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aller §140a-Verträge und HZV dürfen für eingeschriebene Versicherte **nicht über die KV** abgerechnet werden
- **nicht aufgelistete EBM-Ziffern** können für teilnehmende Versicherte **weiterhin** über KV abgerechnet werden

EBM-Grunddaten		Änderungsdatum	Änderungsvermerk	HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie
GOP	Beschreibung			Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
13543	Zuschlag zu den GOPs 13540 bis 13542 für die kardiologisch-intensivische Grundversorgung	01.10.2023	Änderung: Anmerkung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13544	Zuschlag zu der GOP 13543	01.01.2015	neue Ziffer	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13545	Zusatzpauschale Kardiologie	01.10.2020	Änderung: Beschreibung	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13546	Hygienezuschlag zu den Gebührenpositionen 13540 bis 13542	01.01.2022	neue Ziffer	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13547	Zuschlag zu den GOPs 13540 bis 13542	01.04.2018	Ergänzung: Anmerkung Rheuma	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13548	Zusatzpauschale für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gem. Allgemeiner Bestimmungen 4.3.10.1 oder 4.3.10.2	01.10.2019	neue Ziffer zum 01.09.2019	FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13551	Elektrostimulation des Herzens			FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13552	Externe elektrische Kardioversion, einschließlich Sachkosten	01.07.2024	neue Ziffer zum 01.01.2024	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13560	Ergospirometrie			FAV-Leistung	obligatorisch bei Strukturzuschlag	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13561	Zusatzpauschale Behandlung eines Herz-Transplantatträgers			FAV-Leistung	obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13571	Funktionsanalyse eines Herzschrittmachers zur antitachykarden Therapie	01.10.2017	neue Ziffer	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13573	Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	01.10.2017	neue Ziffer	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13574	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Kardioverters bzw. Defibrillators	01.10.2017	neue Ziffer	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13575	Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisationstherapie (CRT-P, CRT-D)	01.10.2017	neue Ziffer	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13576	Telemedizinische Funktionsanalyse eines implantierten Systems zur kardialen Resynchronisation (CRT-P, CRT-D)	01.10.2017	neue Ziffer	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13577	Zuschlag zu den GOP 13571, 13573 und 13575	01.10.2020	neue Ziffer zum 01.07.2020	FAV-Leistung	nicht obligatorisch	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung
13590	GP I Nephrologie	01.04.2020	GZK-Relevanz (Nephro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13591	GP II Nephrologie	01.04.2020	GZK-Relevanz (Nephro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13592	GP III Nephrologie	01.04.2020	GZK-Relevanz (Nephro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

ANMERKUNGEN IM GZK

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

FAV-Leistung

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

HZV-Leistung

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

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

LABORLEISTUNGEN

- Laborleistungen, die im **Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind
 - sind in den Pauschalen des Vertrags enthalten
 - Anforderung dieser Leistungen erfolgt über ein mit dem Labor abgestimmtes Verfahren (**nicht** mittels Laborüberweisung Muster 10/10A)
 - Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen), die **nicht im GZK** abgebildet sind:
 - Anforderung dieser Leistungen erfolgt weiterhin über Muster 10 beim Labor und werden dem Labor von der KV vergütet

- Fragen Sie bitte beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollen
- Bei Unsicherheiten, prüfen Sie den GZK auf die jeweilige Laborziffer

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 jedoch, 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

ICD-LISTE

AUSZUG

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

ICD-Code	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-Text	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrum-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung Sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendnierenspende	P2g: Betreuung von Hypertonikern
C64	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken	x									
C65	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens	x									
D30.0	D300	Gutartige Neubildung: Niere	x									
D30.1	D301	Gutartige Neubildung: Nierenbecken	x									
D41.0	D410	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Niere	x									
D41.1	D411	Neubildung unsicheren oder unbekannten Verhaltens: Nierenbecken	x									
I10.00	I1000	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I10.01	I1001	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I10.10	I1010	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I10.11	I1011	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I10.90	I1090	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I10.91	I1091	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I15.00	I1500	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I15.01	I1501	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise							x			
I15.10	I1510	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise							x			

P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung
Nierenersatz gemäß DGIN/KDIGO nach Therapiewechsel

HONORARANLAGE

AUSZUG

Anl. 12, Abschnitt I: enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Anlage 12 Vertrag vom 01.04.2020 Versorgungsinhalte AOK-FacharztProgramm Nephrologie			
1. Grundpauschale			
P1	Grundpauschale		
	<p>Allgemeine evidenzbasierte Informationen u.a. zu</p> <ul style="list-style-type: none">• Aufklärung und Beratung zum Krankheitsbild auch gemäß Alter und Geschlecht• Ursachen der nephrologischen Erkrankung und zum möglichen Verlauf• Förderung der Eigen- bzw. Gesundheitskompetenz• sonstige relevante Maßnahmen z.B. Impfschutz, Follow-up usw.• relevante Begleit- und Grunderkrankungen im Kontext nephrologischer Erkrankungen• medikamentöse Betreuung wie o.g.• nicht-medikamentöse Betreuung wie o.g.• (Sekundär-, Tertiär-) Prävention• beeinflussbare Risikofaktoren wie Nikotinabhängigkeit, Gewichtsoptimierung, Bewegungsförderung, Ernährung usw. <p>Diagnostik u.a.</p> <ul style="list-style-type: none">• Biopsychosoziale Anamnese zu Begleit- und Grunderkrankungen einschl. Medikamentenreview• Klinische Untersuchung• Ggf. apparative Untersuchungen<ul style="list-style-type: none">▪ Allgemeinlabor▪ Sonographie (B-Mode) <p>Therapiegrundsätze wie o.g. nicht-medikamentös/präventiv & medikamentös/AMTS</p> <ul style="list-style-type: none">• Unterstützung der DMP-Teilnahme v.a. KHK/Diabetes• sonstige Maßnahmen zur Prophylaxe und Risikoberatung einschl. Impfstatus• Förderung interdisziplinärer Koordination und Kooperation• Monitoring/Wiedervorstellung je nach Krankheitsverlauf und Prognose zur Diagnostik und Therapie <p>Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none">• Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom NEPHROLOGEN mit Laborparametern, Therapieempfehlung, ggf. Medikamentenplan, Kriterien zur Wiedervorstellung und individuellem biopsychosozialem Versorgungskonzept	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none">• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.	32,00 EUR

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK

Grundpauschale



Pauschale



Beratungspauschalen



Einzelleistungen



Zuschläge



Qualitätszuschläge

DEFINITION ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

APK

- 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 erbracht, also nicht am gleichen Ort und / oder nicht zur gleichen Zeit

Bitte beachten: Falls in einem Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden,
bitte den Fall einmalig im Quartal mit der Ziffer **FBE** (Fernbehandlung) kennzeichnen.

LEGENDE

Symbole

-  Fernbehandlung möglich (telemedizinischer APK per Video, Telefon oder Messenger möglich)
-  nicht delegierbare Leistung
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen (gem. ICD-Liste)
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  es muss ein entsprechender Nachweis bei der MEDIVERBUND AG vorliegen

GRUNDPAUSCHALE UND DEREN ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale	1 x pro Quartal	 	32,00 €
P1UE Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu P1	 	10,00 €
Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in der Software			
+ Q1 Rationale Pharmakotherapie		 	Max. 4,00 €
+ Q3 Zuschlag Duplexsonographie		 	4,00 €
oder V1 Vertretungspauschale*	1 x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist  	16,00 €

* Im Fachgebiet Nephrologie von untergeordneter Bedeutung (Versorgung in Zentren)

Grundpauschale P1 beinhaltet u.a. Anamnese, Diagnostik, Erstaufklärung, Nachsorge, Allgemeinlabor und Sonographie (B-Mode)

PAUSCHALEN

P1A	Betreuung sonstige nephrologische Erkrankung	1 x pro Quartal		25,00 €
P2A	Betreuung chronische Nierenerkrankung (St. 3-5)	1 x pro Quartal		30,00 €
P2B	Betreuung während Zentrumsdialyse	1 x pro Quartal		50,00 €
P2C	Betreuung während Heim-/Peritonealdialyse	1 x pro Quartal		60,00 €
P2D	Betreuung nach Transplantation	1 x pro Quartal		30,00 €
P2E	Betreuung nach Lebendnierenspende	1 x pro Quartal		28,00 €
P2F	Diagnostikzuschlag	1 x pro 8 Quartale		22,00 €
P2G	Betreuung Hypertoniker auf Überweisung HA	1 x pro Quartal		25,00 €



Pauschalen sind in einem Quartal nicht untereinander kombinierbar - ausgenommen P2F und P2G

BERATUNGSPAUSCHALEN

P2ABP1 Beratungspauschale Progressionsverzögerung bei chronischer Nierenerkrankung	2 x Krankheitsfall (2 / 4 Quartale)  	35,00 €
P2ABP2 GEF* zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens bei erstmaliger Nierenersatztherapie	1 x pro Arzt-Patienten-Beziehung <i>einmalige Leistung</i>  	35,00 €
P2ABP3 GEF* zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens bei Therapiewechsel nach Organversagen	1 x pro Arzt-Patienten-Beziehung <i>einmalige Leistung bei ICD T86.19</i>  	35,00 €

*GEF = Gemeinsame Entscheidungsfindung

- 👉 Beratungspauschalen sind nur additiv zu P2A im selben Quartal abrechenbar
- 👉 Beratungspauschalen sind nicht am selben Tag mit E1-E3 abrechenbar (im selben Quartal jedoch schon)

EINZELLEISTUNGEN

E1	ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Zentrumsdialyse (inkl. LC-Dialyse)	abrechenbar je Dialyse	!	20,00 €
E2	ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Heimdialyse (Hämodialyse)	abrechenbar je Dialyse	!  	20,00 €
E3	ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Peritonealdialyse	täglich abrechenbar	!  	11,00 €

ZUSCHLÄGE

ZIS	Zuschlag bei intensivierter Therapie immunsupprimierter Patienten <small>(Voraussetzung Arzneimittelverordnung mit ATC: L04)</small>	<small>Zuschlag auf P1A / P2A</small>	1 x pro Quartal	 	20,00 €
------------	--	---------------------------------------	-----------------	---	---------

abrechenbar, wenn eine Arzneimittelverordnung mit
dem ATC-Code L04 im selben Quartal vorliegt

Qualitätszuschläge

Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (auf P1)		Max. 4,00 €
Q2	Qualitätszuschlag EFA® (auf Pauschalen P2A,C,D,E,G)	 	10,00 €
Q3	Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie (auf P1)	 	4,00 €

ABRECHNUNG VON DIALYSESACHKOSTEN

- Die Abrechnung von **Dialysesachkosten** erfolgt grundsätzlich weiterhin über die KV BW
- Die Vergütung der Dialysesachkosten erfolgt weiterhin nach dem „Dialyse-Sachkostenvertrag“ der AOK BW mit der KV Baden-Württemberg bzw. gemäß Kapitel 40.14 EBM

PHARMAQUOTEN

Es gibt 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND auf Basis der übermittelten Verordnungsdaten berechnet und bei Erreichen der Quote vergütet werden:



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel (**Generika**), für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat
(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = 2,50€)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden
(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = 1,00€)



Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können
(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = 0,50€)



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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

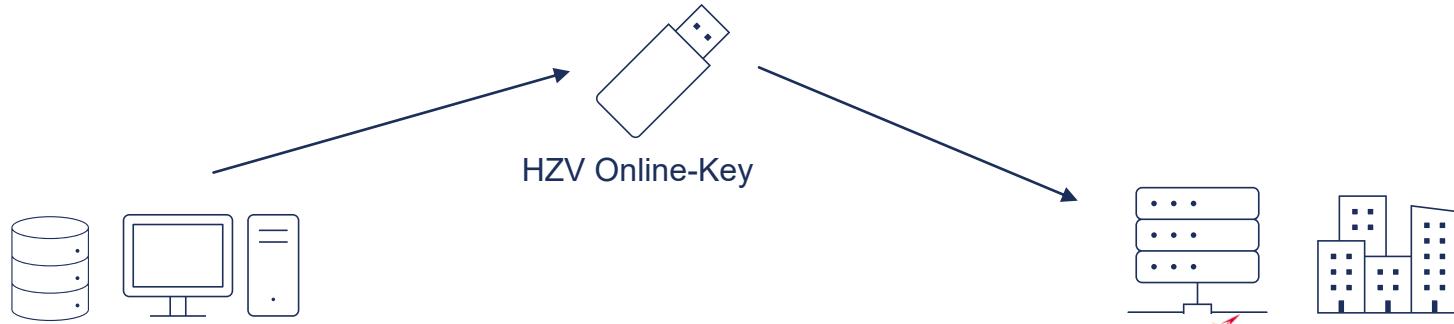
**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

DATENÜBERMITTLUNG



Vertragssoftware

- = Zusatzmodul im PVS
- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

MEDIVERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Rechenzentrum

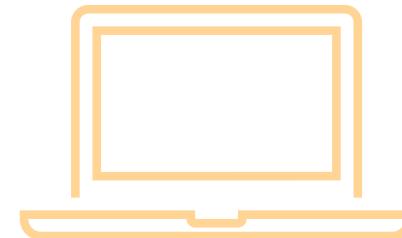
- verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

ABRECHNUNGSPROZESS



ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
 - Beispiel: Leistungsdatum 12.02. → Korrekturübermittlung möglich bis zum 31.03. des Folgejahres
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer **den gesamten Behandlungsfall** (inkl. Korrekturen) **erneut übermitteln** und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten.
- Der neue Datensatz (Leistungen / Diagnosen) ersetzt dann den bisherigen Datensatz.

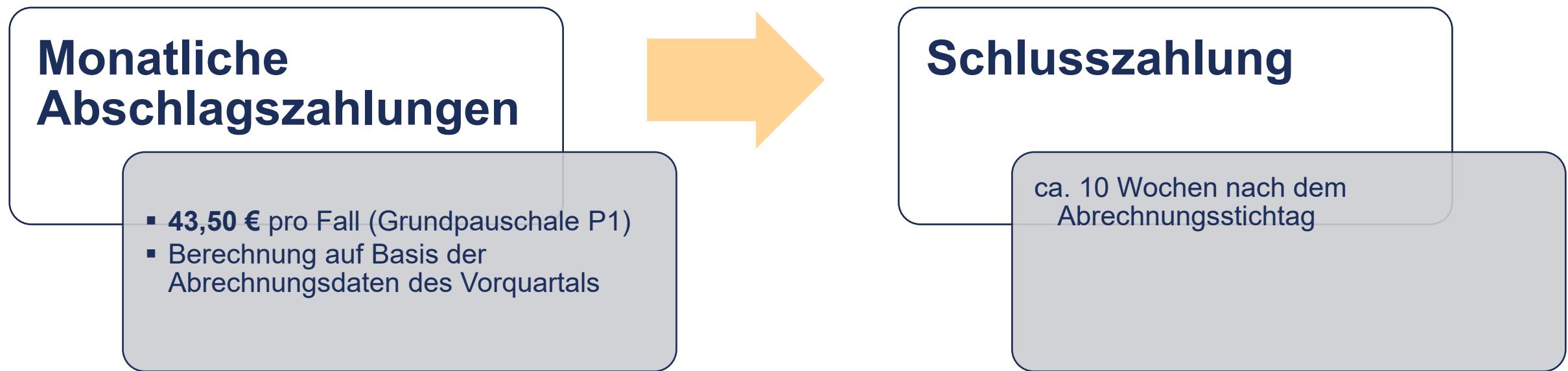


REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden, direkt aus der KV-Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall 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



KOSTENÜBERSICHT

Einschreibepauschale

- einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
- Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums

Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar

- **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., VNP BW
- **4,165 %** für Nichtmitglieder

IT-Kosten

- abhängig vom Softwareanbieter

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag

The screenshot displays the Medi-Verbund website's contract information page for Nephrology. At the top, there's a navigation bar with links to Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, Mein MEDI, and a search icon. A sidebar on the left provides links to political representation, contracts & billing, continuing education, and various service sections like Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung, Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, and Arztportal. The main content area features a large image of kidneys and the word "Nephrologie". Below this, three boxes offer download links: "Teilnahmeerklärung" (with a PDF icon), "Abrechnungsunterlagen" (with a PDF icon), and "Elektronische Arztvernetzung" (with a PDF icon). A sidebar on the right lists "Allgemeine Informationen und Formulare", "Inhalte des Infopakets", "Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung", "Vertragsunterlagen", "Anlagen zum Vertrag", and "Fortbildungen und Qualitätszirkel". The "Ansprechpartner" section includes names and contact details for Petra Müller and Rukman Mahmuti, along with an email address: vertraege@medi-verbund.de.

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

- individuelle Dokumente (z.B. Datenempfangsbestätigung, Abrechnungsnachweise) in digitaler Form
- persönliche Daten, z.B. Angaben zum Leistungsspektrum und Angestellten
- Änderungen können Sie uns einfach, zeitnah und komfortabel über das Arztportal mitteilen
- persönliche Zugangsdaten und relevante Informationen zum Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket

The screenshot shows the login interface for the MEDI VERBUND Arztportal. At the top, the MEDI VERBUND logo is displayed. Below it, the word "Login" is prominently shown. There are two input fields: one for "MEDI-ID" and one for "Passwort". Below these fields are two buttons: "Anmelden" (in blue) and "zurück zu MEDI Arztportal" (in dark grey). A small note at the bottom left says: "Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern."

The screenshot shows the "Ihre Daten" (Your Data) page. At the top, the MEDI VERBUND logo and navigation links like "Meine Daten", "Dokumente", "Abrechnung", "Kontakt", "Backend", and "Logout" are visible. The main content area is titled "Ihre Daten". On the left, there is a sidebar with links: "Persönliche Daten" (selected), "Praxen", "Angestellte", "Verwalten Verträge & Leistungen", "Verbandsmitgliedschaften", "Audits", "Benachrichtigungs-Einstellungen", and "Notifications". The main content area displays personal data: "Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten." Below this, the following data is listed:

- Ihr Name: Sophia Nürk ♀
- Geburtsdatum: - keine Angabe -
- LANR: 111111111
- MEDIVERBUND-ID: 10331135
- Kontakt E-Mail-Adresse: Sophia.nuerk@medi-verbund.de
 - An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.
- Praxis:
 - Praxis Nürk
 - BSNR: 123465789
 - Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart
- Privatanschrift: - keine Angabe -
- Postanschrift: - keine Angabe -
- Dokumente erhalten Sie: Als Download im Arztportal

ARZTSUCHE

medi-arztsuche.de

The screenshot shows the homepage of the MEDI-Arztsuche website. At the top, there is a banner with the text "Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztsuche". Below the banner, there are two main search categories: "Hausärztinnen und Hausärzte" and "Fachärztinnen und Fachärzte", each with a "Zur Suche" button. The "Hausärzte" section on the left lists various health insurance companies and their affiliated practices. The "Fachärzte" section on the right lists specific medical specialties. The MEDI-VERBUND logo is visible at the top center.

Hausärzte

- AOK Baden-Württemberg
- AOK BW HVZ
- AOK BW HVZ Kinderärzte
- Bosch BKK
- BKK BOSCH BW HVZ
- BKK LV Süd
- BKK LV Süd HVZ

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

Fachärzte

- AOK Baden-Württemberg
- AOK BW Diabetologie 140a
- AOK BW Gastro 140a
- AOK BW Gestationsdiabetes 140a
- AOK BW Kardio 140a
- AOK BW Nephrologie 140a
- AOK BW Orthopädie 140a

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.

ARZTSUCHE

medi-arztsuche.de



AOK BW Nephrologie 140a

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

AOK BW Pneumologie 140a

△AOK BW Rheumatologie 140a

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. **100** Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10 km**

Leistung



Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

Suchen

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.

IHRE VORTEILE:

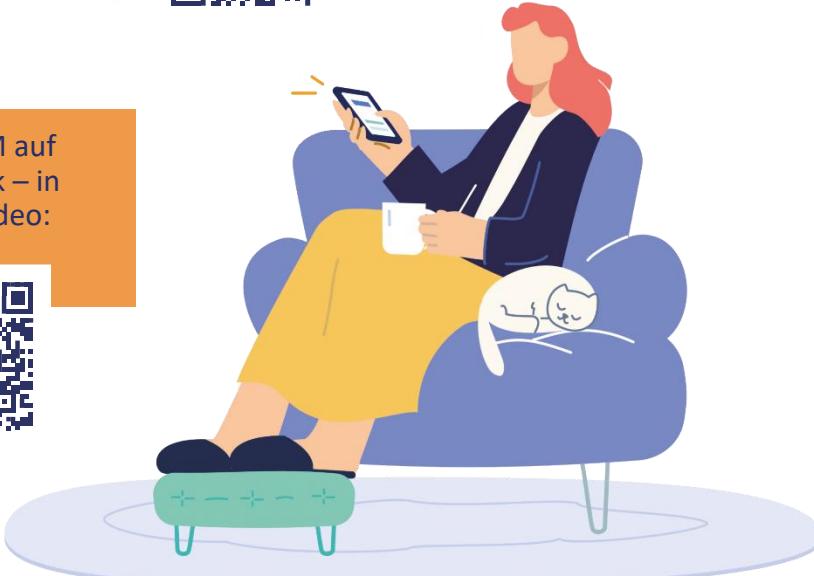
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



FÖRDERUNG STIPENDIEN PHYSICIAN ASSISTANT – AOK BW

Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:

- Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss.
- Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse reutter@mediverbund-iffm.de.
- Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
- Anspruch auf das Stipendium besitzt der / die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“).

→ Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden:

reutter@mediverbund-iffm.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Petra Müller: 0711 80 60 79 303



vertraege@medi-verbund.de