

**ORTHOPÄDIE- UND RHEUMATOLOGIEVERTRAG
GEMÄß § 140A SGB V
ABRECHNUNGSSCHULUNG RHEUMATOLOGIE**

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Pharmaquoten |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Fallbeispiele | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

- Schnelle und flexible Terminvergabe; begrenzte Wartezeit
- Enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten
- Zeit für individuelle Beratung unter Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten und sozialem Umfeld
- Einbezug besonderer Versorgungsangebote der AOK/Bosch BKK
- Strukturierte Patientenschulung (Selbsthilfe und Alltagsgestaltung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

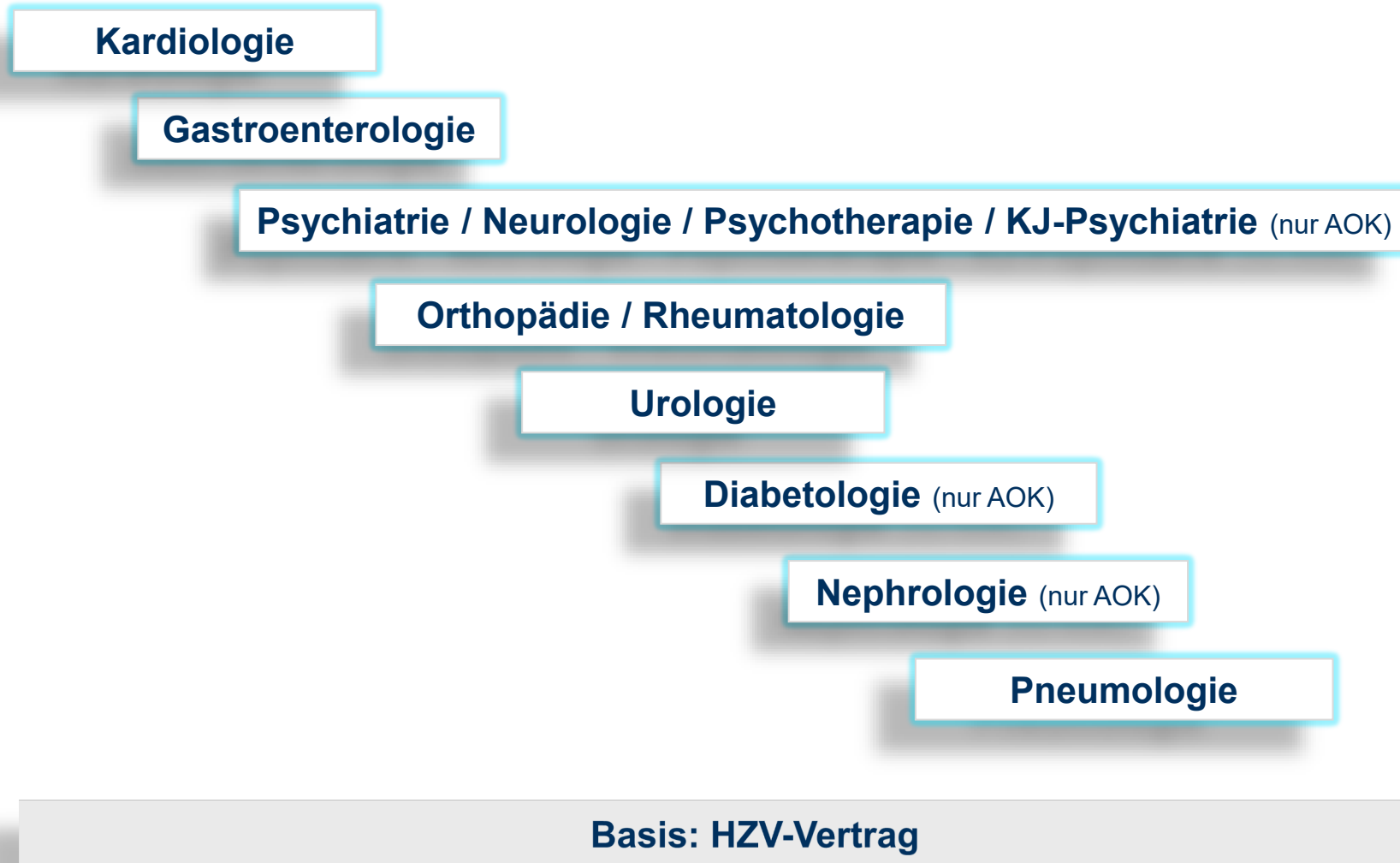
Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

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

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der **AOK BW / Bosch BKK**, die **gültig an der HZV** (Hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen.
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden, diese dürfen nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

FACHARZTPROGRAMM DER AOK / BOSCH BKK



TEILNAHMESTATUSPRÜFUNG

Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am Haus- bzw. FacharztProgramm ermittelt.

→ Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG



Versicherten informieren und Merkblatt aushändigen



Teilnahme in der Vertragssoftware beantragen und Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)



beide Exemplare unterzeichnen (Arzt und Versicherter)



Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware übermitteln und den aufgedruckten vierstelligen Code eingeben

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

VERSICHERTEILEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

wird über die
Software erzeugt
und bedruckt

patienten-
individueller
vierstelliger
Code

Unterschriften-
felder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

Ich erkläre hiermit 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 ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologien und Augenärzten sowie von ärztlichen Notdienstleistungen. Des Weiteren ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-Facharztprogramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. 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 Nichtbeachtung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragstypisches Verhalten meinerseits 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 Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.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 ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug 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 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der elektronischen Begleitung und Versichererbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, teilbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T M J J J J

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

Ich erkläre hiermit 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 ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologien und Augenärzten sowie von ärztlichen Notdienstleistungen. Des Weiteren ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-Facharztprogramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. 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 Nichtbeachtung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragstypisches Verhalten meinerseits 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 Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.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 ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug 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 Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der elektronischen Begleitung und Versichererbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, teilbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T M J J J J

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes



ERFOLGREICHE ÜBERMITTLUNG DER TEILNAHMEERKLÄRUNG?

Den Status einer Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb Ihrer Software auf der Übersicht der Versichertenteilnahmeerklärungen einsehen.

→ ggf. beim Softwarehaus nachfragen, wo diese Übersicht zu finden ist.

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

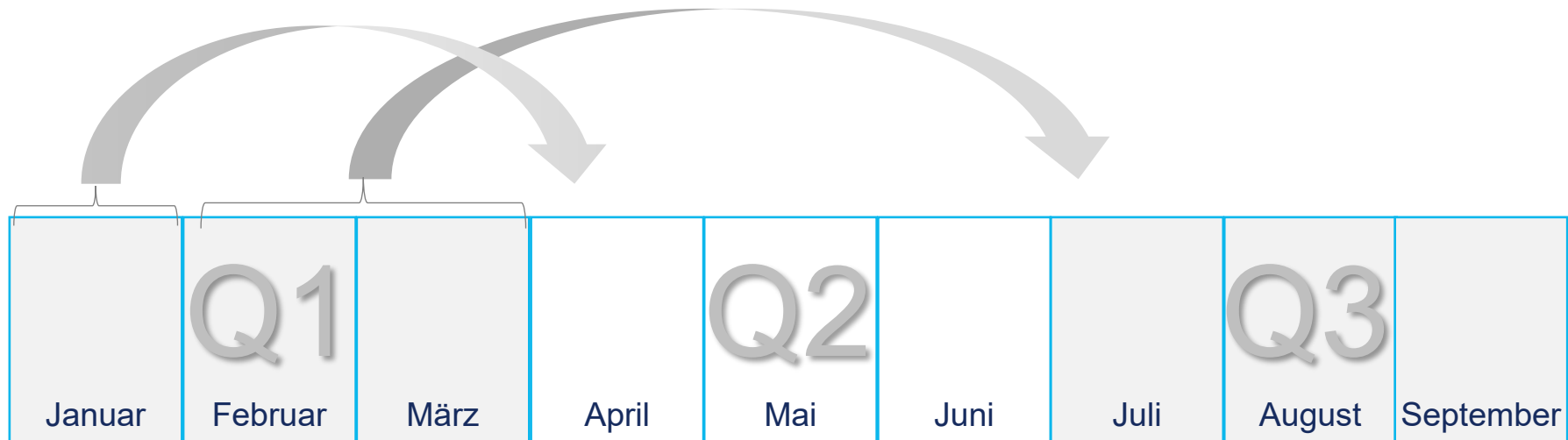
- „Erzeugt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde erzeugt.
- „Gedruckt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde gedruckt.
- „Fehlerhaft“: Die Versichertenteilnahmeerklärung konnte nicht übermittelt werden oder wurde durch das Rechenzentrum abgelehnt.
 - *Zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen und bei andauernden Schwierigkeiten an Ihr Softwarehaus wenden.*
- „Erfolgreich“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde online übermittelt und vom Rechenzentrum angenommen.

Die Statusmitteilung ersetzt nicht die Online-Teilnahmeprüfung in Ihrer Vertragssoftware!
Die Online-Teilnahmeprüfung ist nach wie vor mindestens einmal im Quartal für jeden Patienten durchführen.

FRIST BIS ZUR AKTIVEN TEILNAHME

je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) wird der Versicherte zum nächsten oder übernächsten Quartal aktiver Teilnehmer am FacharztProgramm:

- Eingang der TE bis zum Stichtag → im Folgequartal aktiv
- Eingang der TE nach dem Stichtag → im übernächsten Quartal aktiv



AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Pharmaquoten |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Fallbeispiele | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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 muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- 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)

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%

ABLEHNUNG VON SANE-FÄLLEN ?

➤ abgelehnte SANE-Fälle sind in der Datenempfangsbestätigung oder im SANE-Ablehnungsschreiben aufgeführt. Mögliche Gründe:

- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

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

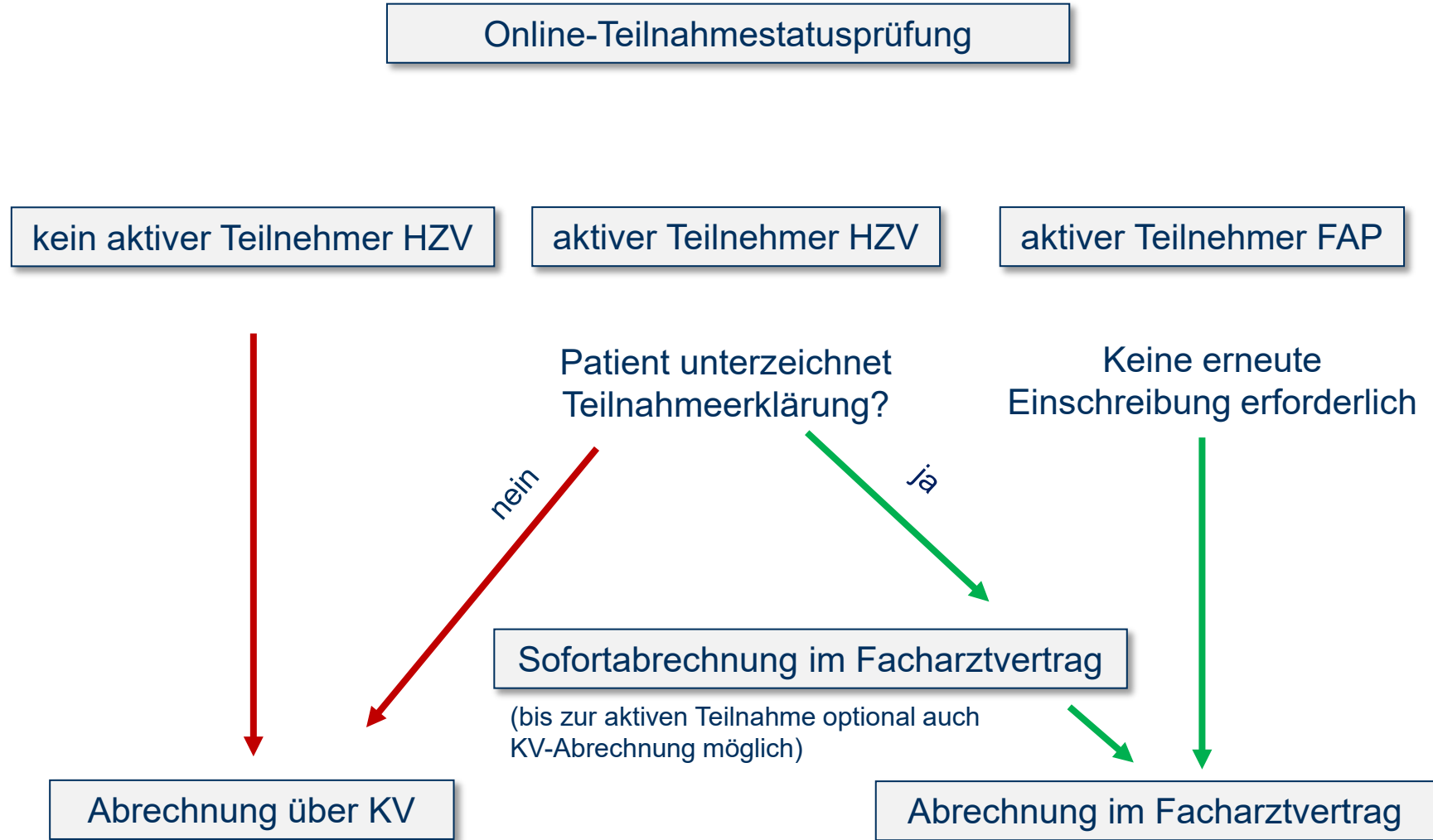
- keine HZV-Teilnahme

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

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

➤ **Nachabrechnung über KV möglich** (berufen Sie sich ggf. auf die Ausnahmen der Abrechnungsrichtlinie der KV § 3 (2) bzw. (3) und geben Sie einen Hinweis auf die Ablehnung von Leistungen der Sofortabrechnung im Selektivvertrag)

PRAXISABLAUF



AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Pharmaquoten |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Fallbeispiele | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

WICHTIGE DOKUMENTE ZUR ABRECHNUNG

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

alle Dokumente finden Sie unter:
www.medi-verbund.de

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK) (ANLAGE 12A, ANHANG 1)

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

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	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 für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I			obligatorisch, Klarstellung: als Einzelleistung Unzeit 1 oder 2 nur zu entsprechenden Zeiten abrechenbar (vgl. 01100).	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch

ANMERKUNGEN IM GZK

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

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.

LABORLEISTUNGEN

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet
- Pseudo-GOP **88192** zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen

ICD-LISTEN (ANLAGE 12A ANHANG 2A-C)

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

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

Anhang 2a zu Anlage 12a

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

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

Anhang 2b zu Anlage 12a

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

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

Anhang 2c zu Anlage 12a

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

HONORARANLAGE (ANLAGE 12A ABSCHNITT I)

- enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
	Hausarztebene ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN. ▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen.		

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK



LEGENDE

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

Abrechnungshäufigkeit

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

ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten.

- **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
- **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



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

GRUNDPAUSCHALEN + ZUSCHLÄGE

RP1 Abklärung rheumatische Erkrankung (**V** oder **A**) 1/Q  20,00 €

RP2 Gesicherte rheumatologische Diagnose (**G**) ^{1x pro Arzt-Patienten-Beziehung}  30,00 €

RP3 Verlauf / Monitoring bei gesicherter Diagnose (**G**) 1/Q    30,00 €

RP1UE Zuschlag Überweisung vom HZV-Hausarzt 1/Q   10,00 €*
additiv zu RP1, RP2 oder RP3

RP1A Aufwandszuschlag auf RP1 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung 20,00 €

oder

RV1 Vertretungspauschale Erstkontakt muss persönlich sein 1/Q   12,50 €

*Bosch BKK: 5,00 €

QUALITÄTSZUSCHLÄGE

Zuschläge auf RP1 oder RP2 oder RP3

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

Zuschläge auf RP2 oder RP3

+ RQ3 Zuschlag Osteodensitometrie (DXA)	 	4,00 €
+ RQ6 Strukturzuschlag EFA®	 	10,00 €* *Bosch BKK: 5,00 €

ZUSCHLAGSPAUSCHALEN

RBG Beratungsgespräch 1 Einheit = 10 Min.	2/Q	 	20,00 €
RBGI Beratungsgespräch Schwangere 1 Einheit = 10 Min. (Diagnosen: gem. Anlage 12a Anhang 2c)	2/4Q	  	18,00 €
RMM Multimorbidität (≥ 3 Diagnosen: mind. 1 gem. Anhang 2a und 2 gem. Anhang 2b)	1/Q	  	10,00 €
RMTX MTX Frühbehandlung/Verordnungsprüfung	1/Q	 	10,00 €

EINZELLEISTUNGEN

RE1 Patientenschulung StruPI

(1x pro Arzt-Patienten-Beziehung, max. 3 Einheiten á 90min,
Gruppengröße 6-10 Personen)



25,00 €

RE2A Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 2 Std.	53,00 €
---	---------

RE2B Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 4 Std.	101,00 €
---	----------

RE2C Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 6 Std.	148,00 €
---	----------

HÄUFIGE FRAGEN ZUR ABRECHNUNG

➤ Abrechnungskorrekturen

- Beratungsgespräch (RBG) wird gestrichen, weil zu oft abgerechnet
- „Kettenreaktionen“ durch Streichung von Leistungen (z. B. RE1 nur mit RP2 oder RP3 innerhalb von zwei Quartalen abrechenbar): Wird RP2 oder RP3 gestrichen, da keine passende Diagnose vorliegt, wird damit auch die dazugehörige RE1 gestrichen

➤ Abrechnung RP1

- RP1 ist nur für Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen abrechenbar
- Wird der Verdacht auf eine rheumatologische Erkrankung bestätigt (G) (RP2), muss die Verdachtsdiagnose (V) trotzdem zusätzlich dokumentiert werden

➤ Diagnosen RMM

- Zur Abrechnung des Zuschlags RMM müssen mind. zwei ICDs gemäß Anhang 2b zu Anlage 12a und zusätzlich mind. eine ICD aus Anhang 2a zu Anlage 12a angegeben werden

HÄUFIGE FRAGEN ZUR ABRECHNUNG

BAG und MVZ

- kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
- keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können
- RP1 ist innerhalb einer BAG (HBSNR) parallel zu P1 aus einem anderen § 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/FA vorliegt

IGeL

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

ALLGEMEINE TIPPS ZUR ABRECHNUNG

➤ Beratungsgespräche

- RBG ist max. 2x pro Quartal abrechenbar
- RBGI (Beratungsgespräch Intensiv) kann zusätzlich zu RBG max. 2x in 4 Quartalen abgerechnet werden

➤ Überweiserpauschale (RP1UE): LANR und BSNR des überweisenden HZV-Hausarztes muss in der Software an passender Stelle eingetragen und mit der Abrechnung übermittelt werden

➤ ICD-10 Code immer endstellig angeben (entsprechend Anlage 12a Anhang 2a, 2b, 2c)

➤ SANE kann max. 2x (für das Einschreibequartal und das Folgequartal) durchgeführt werden

AGENDA

1 **Versicherteneinschreibung**

5 **Pharmaquoten**

2 **Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

6 **Datenübermittlung und Abrechnungsbrief**

3 **Vergütungs- und Abrechnungssystematik**

7 **Internetauftritt**

4 **Fallbeispiele**

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

FALLBEISPIEL I: V. A. RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNG, ANSCHLIEßEND BESTÄTIGT

- Patient weiblich, 35 Jahre, V. a. entzündliche Gelenkerkrankung, UE vom HZV-Arzt
- Erstvorstellung, Anamnese, körperliche Untersuchung, Röntgen Hände und Füße, Sonografie Handgelenke, Labor
- Kontrolle nach 4 Wochen mit Einleitung der Basistherapie

1. Termin		
Grundpauschale (V/A)	RP1	20,00 €
Grundpauschale (G)	RP2	30,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Zuschlag EFA®	RQ6	10,00 €
2. Termin		
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
MTX-Therapie	RMTX	10,00 €
Gesamt		124,00 €

Praxis verfügt über folgende
Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie
- EFA®

FALLBEISPIEL II: V. A. RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNG, NICHT BESTÄTIGT

- Patient männlich, 76 Jahre, V. a. undifferenzierte Polyarthrit, UE vom HZV-Arzt - Erstvorstellung
- Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor
- Wiedervorstellung im nächsten Quartal

Grundpauschale (V/A)	RP1	20,00 €
Aufwandszuschlag	RP1A	20,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Gesamt:		54,00 €
Grundpauschale (V/A)	RP1	20,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Gesamt:		34,00 €

Praxis verfügt über folgende Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie

+ ggf. O3 Labor (über KV)

FALLBEISPIEL III: GESICHERTE RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNG WIEDERVORSTELLUNG

- Patient männlich, 76 Jahre, undifferenzierte Polyarthrit, UE vom HZV-Arzt - Wiedervorstellung
- Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor

<i>1. Termin</i>		
Grundpauschale	RP3	30,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Zuschlag EFA®	RQ6	10,00 €
<i>2. Termin</i>		
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
ggf. MTX-Therapie	RMTX	10,00 €
ggf. Multimorbidität	RMM	10,00 €
Gesamt:		114,00 €

Praxis verfügt über folgende
Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie
- EFA®

+ ggf. O3 Labor (über KV)

FALLBEISPIEL IV: GESICHERTE RHEUMATOLOGISCHE ERKRANKUNG + SCHWANGERSCHAFT

- Patient weiblich, SLE, Wiedervorstellung, jetzt schwanger, ÜW HZV-Arzt - 2 Kontakte im Quartal

<i>1. Termin</i>		
Grundpauschale	RP3	30,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Beratungsgespräch Intensiv	RBGI	18,00 €
Beratungsgespräch Intensiv	RBGI	18,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Zuschlag EFA®	RQ6	10,00 €
<i>2. Termin</i>		
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Gesamt:		130,00 €

Praxis verfügt über folgende Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie
- EFA®

+ ggf. O3 Labor (über KV)

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Pharmaquoten |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Fallbeispiele | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

PHARMAQUOTEN

Im Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND berechnet und bei Erreichen der Quote vergütet werden:



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

(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = 1,00€)



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 = 0,50€)



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 = 2,50€)



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

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

☒ Medikament ☐ Hersteller ☐ Wirkstoff ☐ PZN ☒ Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingual -1A Pharma® 6 Schmelztbl. N1	51,27 €	-	5,13 €		4mg	N1	6 st	4945387	M
Ondansetron 8 lingual -1A Pharma® 6 Schmelztbl. N1	81,94 €	-	8,19 €		8mg	N1	6 st	5965305	M
Ondansetron 8mg Westen 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8mg 10 Filmtbl. N1	87,00 €	-	frei		10mg	N1	10 st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	109,99 €	-	10,99 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Name:

Hersteller:

Aut idem

Detailinformationen

72 Ergebnisse

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

☒ Medikament ☐ Hersteller ☐ Wirkstoff ☐ PZN ☒ Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingu							st	4945387	M
Ondansetron 8 lingu							st	5965305	M
Ondansetron 8mg W							st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8							st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	109,99 €	-	10,99 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

Name: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1

Hersteller: Quisisana Pharma Deutschland GmbH

Verschreibungspflichtig!

Apothekenpflichtig!

Aut idem

Detailinformationen

72 Ergebnisse

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

rationale Pharmakotherapie

Das ausgewählte Medikament ist: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1

Bitte prüfen Sie, ob der ausgewiesene Substitutionsvorschlag im konkreten Einzelfall z.B. in Bezug auf Zulassungsindikation, Wirkstärke und Darreichungsform

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtbl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtbl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse

BEISPIEL GRÜNQUOTE

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

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

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

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen:

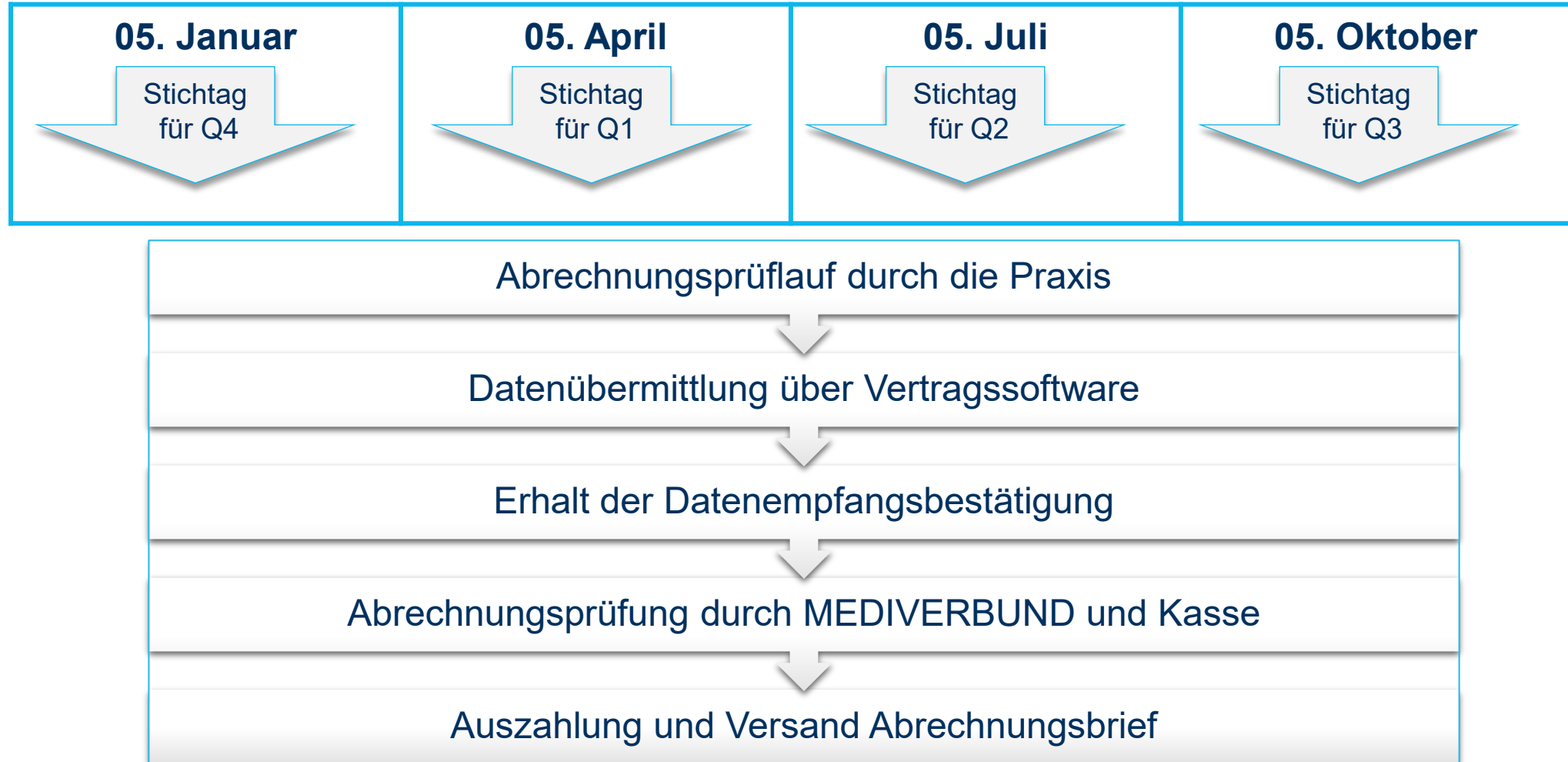
1	RP3	22.09.2022	30,00 €
2	RBG	22.09.2022	18,00 €
3	RBG	22.09.2022	18,00 €
4	RMM	22.09.2022	10,00 €
5	---RQ1---	22.09.2022	1,00 €
6	---RQ2---	22.09.2022	3,00 €
7	---RQ4---	22.09.2022	3,00 €
8	---RQ7---	22.09.2022	5,00 €
9	---RQ5_GRUEN---	22.09.2022	1,00 €
10	---RQ5_BLAU---	22.09.2022	0,50 €
11	---RQ5_ROT---	22.09.2022	2,50 €
12	---RQ6---	22.09.2022	5,00 €
13	RP1UE	22.09.2022	5,00 €
Summe:			102,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,64 €

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Pharmaquoten |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Fallbeispiele | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

ABRECHNUNGSPROZESS



AUSZAHLUNGSPROZESS

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

EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER ABRECHNUNGSDATEN

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

wir haben von Ihnen am 30.09.2022 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

3. Quartal 2022

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	172	3	175
Anzahl Leistungsziffern	867	17	884
Anzahl Diagnosen	547	12	559
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns **139 Verordnungen** geschickt.

Tipp: Achten Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten auf den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und prüfen Sie Fallzahlen und Verordnungsdaten

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

Enthält Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags

➤ **Abrechnungssumme** des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen der Vorquartale

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 3. Quartal 2022		17.783,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	634,64 €	
Zwischensumme Quartal 3/2022		17.148,36 €

Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 2. Quartal 2020	10,00 €	
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG		0,36 €
Zwischensumme Quartal 2/2020	9,64 €	

Zwischensumme gesamt		17.138,72 €
-----------------------------	--	--------------------

Abrechnungssumme	17.138,72 €
Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 3 / 2022	
Abschlag vom 15.08.2022	3.841,50 €
Abschlag vom 15.09.2022	3.841,50 €
Abschlag vom 17.10.2022	3.841,50 €
Endbetrag	5.614,22 €

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
15.08.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abschlag 2022-Q3-1	-3.841,50 €
15.09.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abschlag 2022-Q3-2	-3.841,50 €
17.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abschlag 2022-Q3-3	-3.841,50 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Nachabrechnung für 02/2020 - Abrechnungsergebnis	-10,00 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Nachabrechnung für 02/2020 - Verwaltungskosten	0,36 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abrechnung für 03/2022 - Abrechnungsergebnis	17.783,00 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abrechnung für 03/2022 - Verwaltungskosten	-634,64 €
	End Saldo	5.614,22 €

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

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Bankverbindung rechtzeitig über Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mit!

➤ Übersicht Behandlungsfälle

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

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

- **Einzelnachweise** → ab sofort im Arztportal abrufbar
 - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
 - von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
 - NEGSOFAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
 - Abrechnungsmitteilungen/ Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

1	RP3	29.09.2022	30,00 €
2	RBG	29.09.2022	18,00 €
3	RBG	29.09.2022	18,00 €
4	---RQ1---	29.09.2022	1,00 €
5	---RQ2---	29.09.2022	3,00 €
6	---RQ4---	29.09.2022	3,00 €
7	---RQ7---	29.09.2022	5,00 €
8	---RQ5_GRUEN---	29.09.2022	1,00 €
9	---RQ5_BLAU---	29.09.2022	0,50 €
10	---RQ5_ROT---	29.09.2022	2,50 €
11	---RQ6---	29.09.2022	5,00 €
12	RP1UE	29.09.2022	5,00 €
Summe:			92,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,28 €
Änderung:	Zur Abrechnung von RMM ist eine Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12a des Vertrages notwendig.		29.09.2022

1	RMTX	29.08.2022	10,00 €
2	RP3	29.08.2022	30,00 €
3	---NEGSOFAB---	29.08.2022	-10,50 €
4	---RQ1---	29.08.2022	1,00 €
5	---RQ2---	29.08.2022	3,00 €
6	---RQ3---	29.08.2022	4,00 €
7	---RQ4---	29.08.2022	3,00 €
8	---RQ7---	29.08.2022	5,00 €
9	---RQ5_GRUEN---	29.08.2022	1,00 €
10	---RQ5_BLAU---	29.08.2022	0,50 €
11	---RQ5_ROT---	29.08.2022	2,50 €
12	---RQ6---	29.08.2022	5,00 €
13	RP1UE	29.08.2022	5,00 €
Summe:			59,50 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			2,12 €

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

➤ Übersicht Pharmaquotenerreichung

- Auflistung der Quoten und der Zielwerte gem. Vertrag sowie eine Darstellung der arztindividuellen Erreichung der Quote
- Zusätzlich bietet diese Seite einige Tipps und Tricks, wie die Quotenerreichung bei Bedarf optimiert werden kann

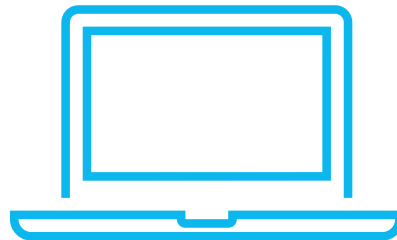
Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	$\geq 70 \%$
Q3/2021	grün	98 %	$\geq 90 \%$
Q3/2021	rot	3 %	$\leq 3 \%$

ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

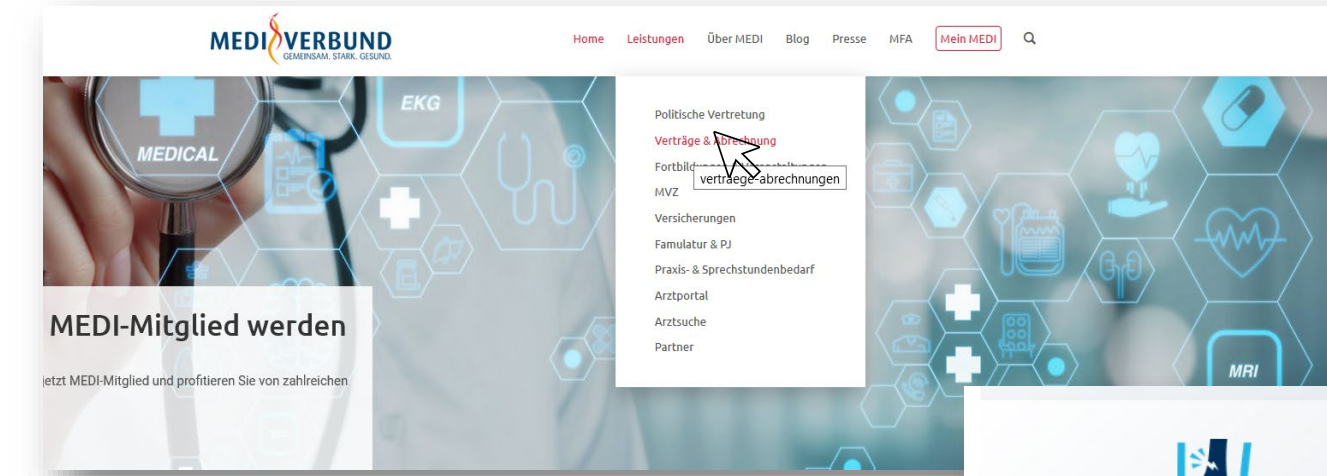
- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz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



AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Pharmaquoten |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Fallbeispiele | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



Allgemeine Informationen und Formulare	✓
Inhalte des Infopakets	✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	✓
Vertragsunterlagen	✓
Anlagen zum Vertrag	✓
Fortbildungen und Qualitätszirkel	✓
Ansprechpartner bei der Krankenkasse	✓

Ansprechpartner

Marie Markan

Telefon 0711 80 60 79 – 280

Hannah Marie Wehrle

Telefon 0711 80 60 79 – 182

Evangelia Pechlivani- Plouskas

Telefon 0711 80 60 79 – 269

E-Mail

vertraege@medi-verbund.de



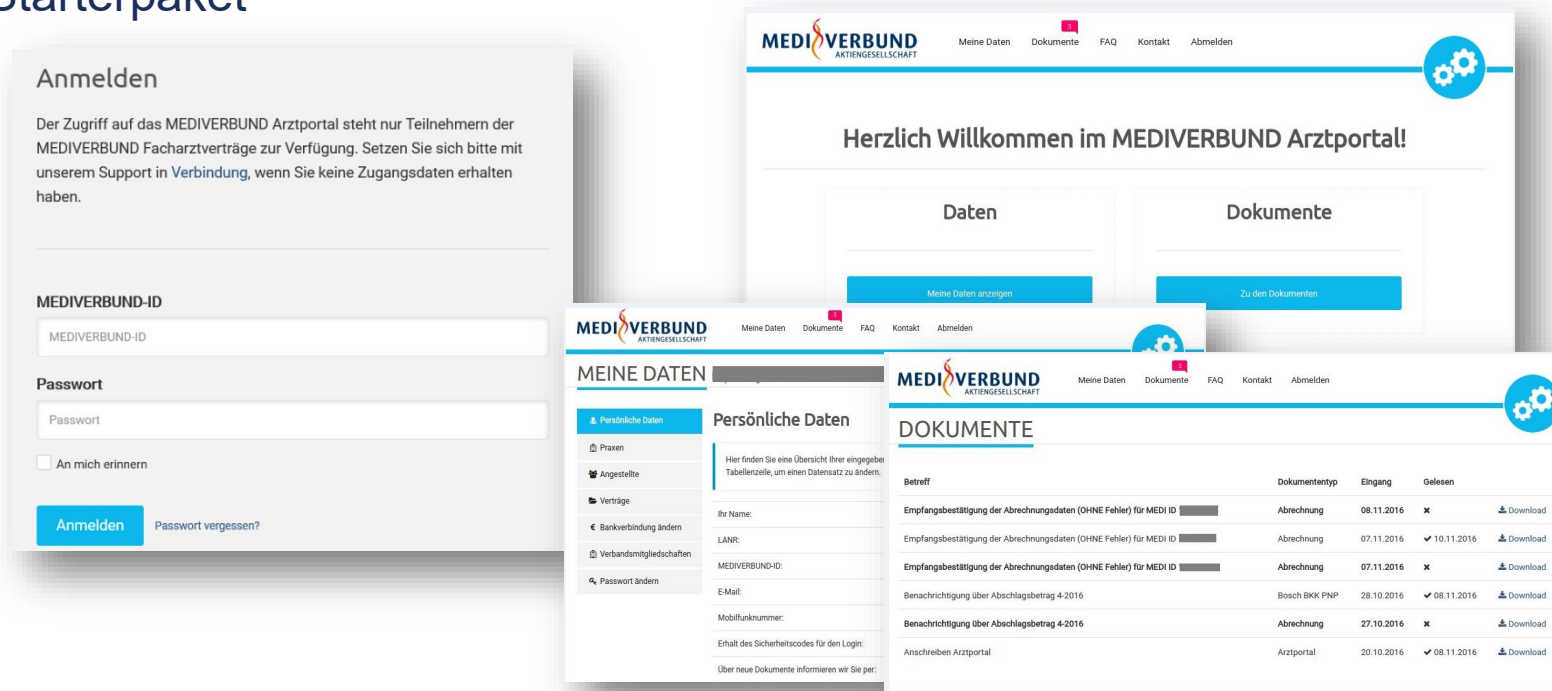
Rheumatologie

AOK BW

> Mehr

www.medi-arztportal.de

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



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten



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

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

HAUSÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Namens einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

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

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

— AOK Baden-Württemberg

Hausarztvertrag

Kinderärzte

+ Bosch BKK

+ BKK Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

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

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

5 km

FACHÄRZTE

— AOK Baden-Württemberg

Gastroenterologie

Kardiologie

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Orthopädie und Unfallchirurgie

Urologie

Diabetologie

Rheumatologie

+ Bosch BKK

+ BKK VAG

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Rheumatologie

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

Nachname

Postleitzahl

Radius (km)

5 km

Leistungen

Suchen

KALENDER MIT WICHTIGEN TERMINEN

Nephrologie AOK BW Pneumologie AOK BW / Bosch BKK Rheumatologie AOK BW / Bosch BKK Urologie AOK BW / Bosch BKK						
2024						
						
Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	
Mo 1 Neujahr	Do 1	Fr 1	Mo 1 Ostermontag	Mi 1 Maifeiertag	Sa 1	
Di 2	Fr 2	Sa 2	Di 2	Do 2	So 2	
Mi 3	Sa 3	So 3	Mi 3	Fr 3	Mo 3	
Do 4	So 4	Mo 4	Do 4	Sa 4	Di 4	
Fr 5	Mo 5	Di 5	Fr 5	So 5	Mi 5	
Sa 6 Heilige drei Könige	Di 6	Mi 6	Sa 6	Mo 6	Do 6	
So 7	Mi 7	Do 7	So 7	Di 7	Fr 7	
Mo 8	Do 8	Fr 8	Mo 8	Mi 8	Sa 8	
Di 9	Fr 9	Sa 9	Di 9	Do 9 Christi Himmelfahrt	So 9	
Mi 10	Sa 10	So 10	Mi 10	Fr 10	Mo 10	
Do 11	So 11	Mo 11	Do 11	Sa 11	Di 11	
Fr 12	Mo 12	Di 12	Fr 12	So 12	Mi 12	
Sa 13	Di 13	Mi 13	Sa 13	Mo 13	Do 13	
So 14	Mi 14	Do 14	So 14	Di 14	Fr 14	
Mo 15 AZ	Do 15 AZ				Sa 15	
Di 16	Fr 16				So 16	
Mi 17	Sa 17				Mo 17 AZ	
Do 18	So 18				Di 18	
Fr 19	Mo 19	Di 19	Fr 19	So 19 Pfingstsonntag	Mi 19	
Sa 20	Di 20	Mi 20	Sa 20	Mo 20 Pfingstmontag	Do 20	
So 21	Mi 21	Do 21	So 21	Di 21	Fr 21	
Mo 22	Do 22	Fr 22	Mo 22	Mi 22	Sa 22	
Di 23	Fr 23	Sa 23	Di 23	Do 23	So 23	
Mi 24	Sa 24	So 24	Mi 24	Fr 24	Mo 24	
Do 25	So 25	Mo 25	Do 25	Sa 25	Di 25	
Fr 26	Mo 26	Di 26	Fr 26	So 26	Mi 26	
Sa 27	Di 27	Mi 27	Sa 27	Mo 27	Do 27	
So 28	Mi 28	Do 28	So 28	Di 28	Fr 28	
Mo 29	Do 29	Fr 29 Karfreitag	Mo 29	Mi 29	Sa 29	
Di 30		Sa 30	Di 30	Do 30 Fronleichnam	So 30	
Mi 31		So 31 Ostersonntag		Fr 31		

Den Kalender mit den wichtigsten Terminen finden Sie
im Bereich: Abrechnungsunterlagen

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungstichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	Je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im Facharztprogramm eingeschrieben. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ)	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie jeweils Mitte des Monats.
Abschlagszahlungsinformation	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.
Versand des Abrechnungsbriefes	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
Schlusszahlung	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen werden.

, 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.



garrioCOM

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:



Hausärzteverband
Baden-Württemberg





MEDI-Blog

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



MEDI-Newsletter

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



Facebook

facebook.com/mediverbund



LinkedIn

[MEDIVERBUND | LinkedIn](#)



YouTube

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

www.medi-verbund.de

