MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Gastroenterologievertrag nach § 140a SGB V Abrechnungsschulung



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

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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 (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK
Gastroenterologie → Allgemeine Informationen und Formulare



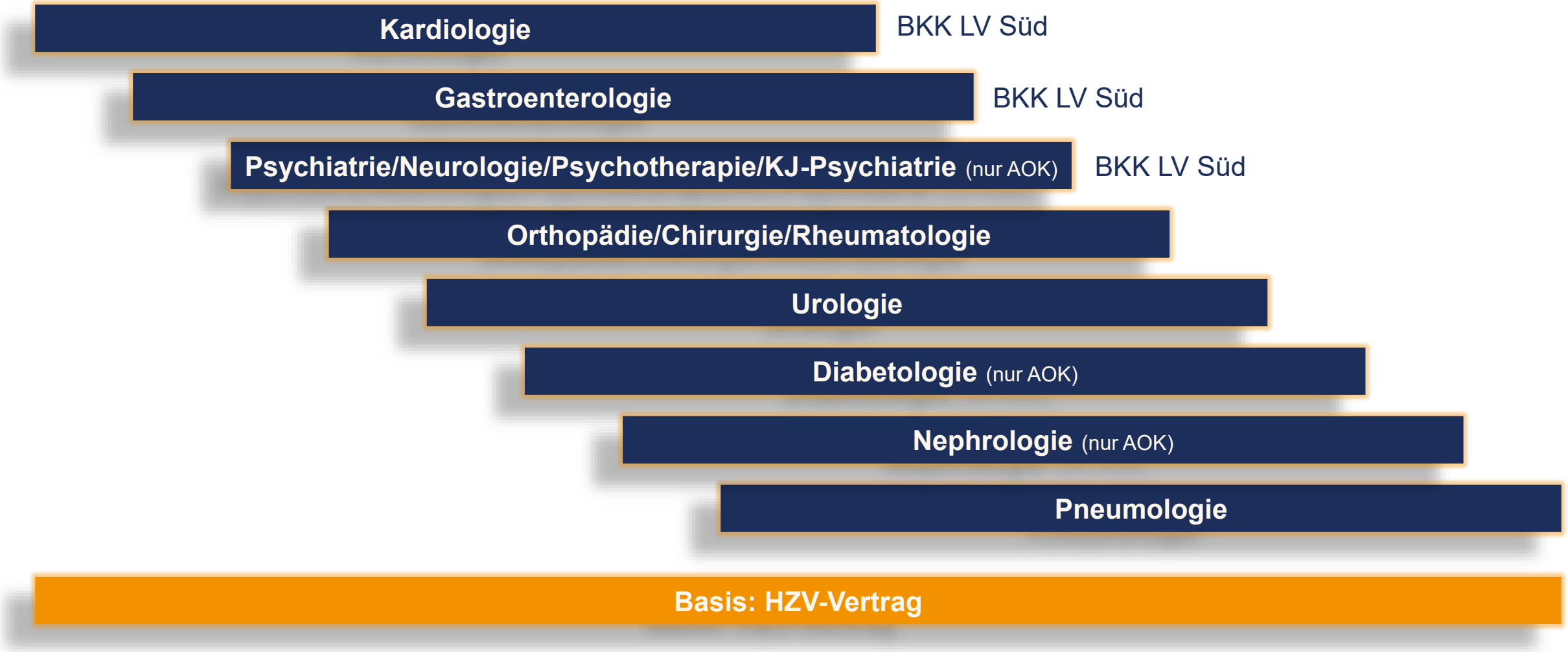


MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

- **Teilnahmevoraussetzungen**
  - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd
  - **Aktive Teilnahme** an **HZV** (→ Online-Teilnahmeprüfung)
- Einschreibung in das **gesamte FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge) der jeweiligen Krankenkasse – Bindung **mind. 12 Monate** (mit automatischer Verlängerung)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf **Überweisung des HZV-Arztes** (ausgenommen Notfälle)
- Aktuelles Merkblatt für Versichertenaufklärung verwenden

FACHARZTPROGRAMM AOK BW, BOSCH BKK UND BKK LV SÜD

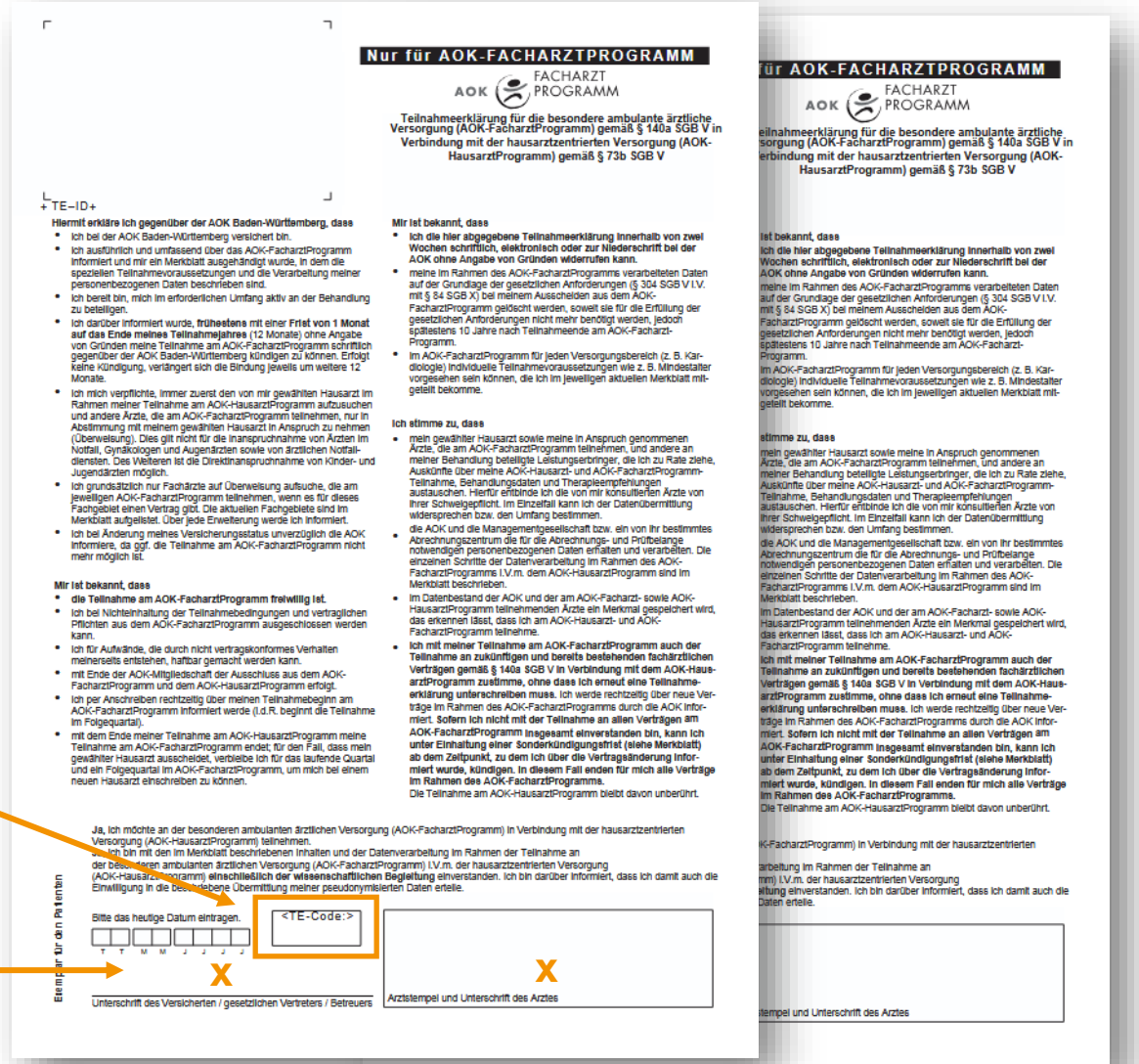


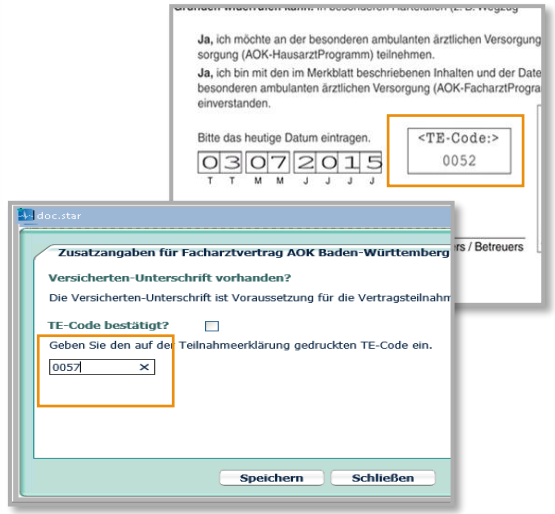
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt





Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG – DETE*

ABLAUF

1. Information des Versicherten/ Aushändigung oder Bereitstellung des Versicherten-Merkblatts 
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare) oder Darstellung auf einem digitalen Endgerät (z.B. Tablet) 
3. Unterzeichnung beider Exemplare durch den Arzt und den Versicherten (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis) oder elektronische Unterzeichnung durch den Versicherten 
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware (unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes → bei DETE nicht notwendig) 

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

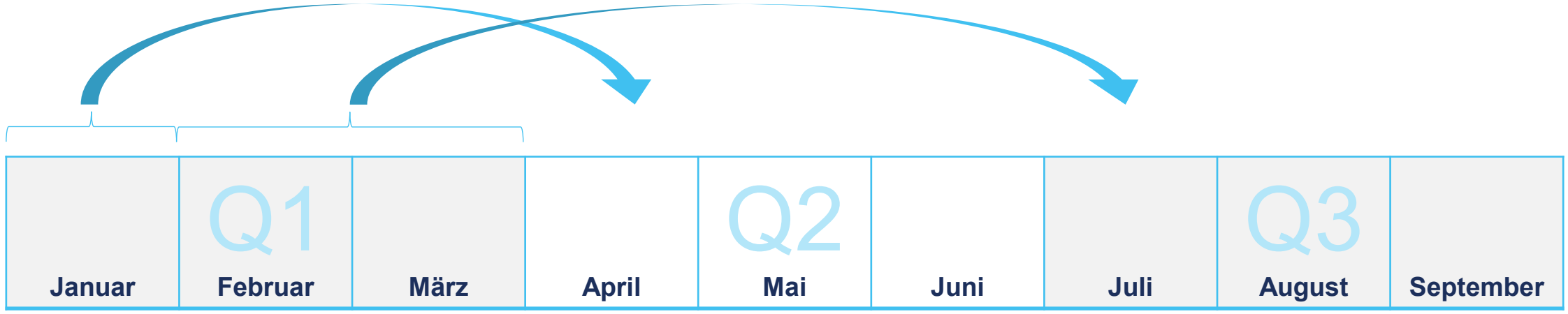
*DETE= Digitale Einverständnis- und Teilnahmeerklärung

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

EINSCHREIBEFRISTEN

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



MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

PRÜFUNG ÜBERMITTLUNG DER TEILNAHMEERKLÄRUNG

- Den Status der Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb Ihrer Software **auf der Übersicht der Versicherten-teilnahmeerklärung** einsehen.
  - Softwarehaus kann Ihnen helfen, wo diese Übersicht zu finden ist.

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

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

Die Statusmitteilung ersetzt nicht die Online-Teilnahmeprüfung in Ihrer Vertragssoftware! Die Online-Teilnahmeprüfung nach wie vor mindestens 1x/Quartal für jeden Patienten durchführen.

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

TEILNAHMEPRÜFUNG

Der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. FacharztProgramm wird über eine **Online-Teilnahmeprüfung** in der Software ermittelt.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmeprüfung:

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

Teilnahmeprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!



MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

SANE

- Ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV), sobald die** Online-Einschreibung erfolgt ist (noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm)

Voraussetzungen

- Versicherter nimmt bereits aktiv an HZV teil
- Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i. R. 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



MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

SANE

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

→ **Alle Leistungen in Q1** können über den FAV abgerechnet werden

→ **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

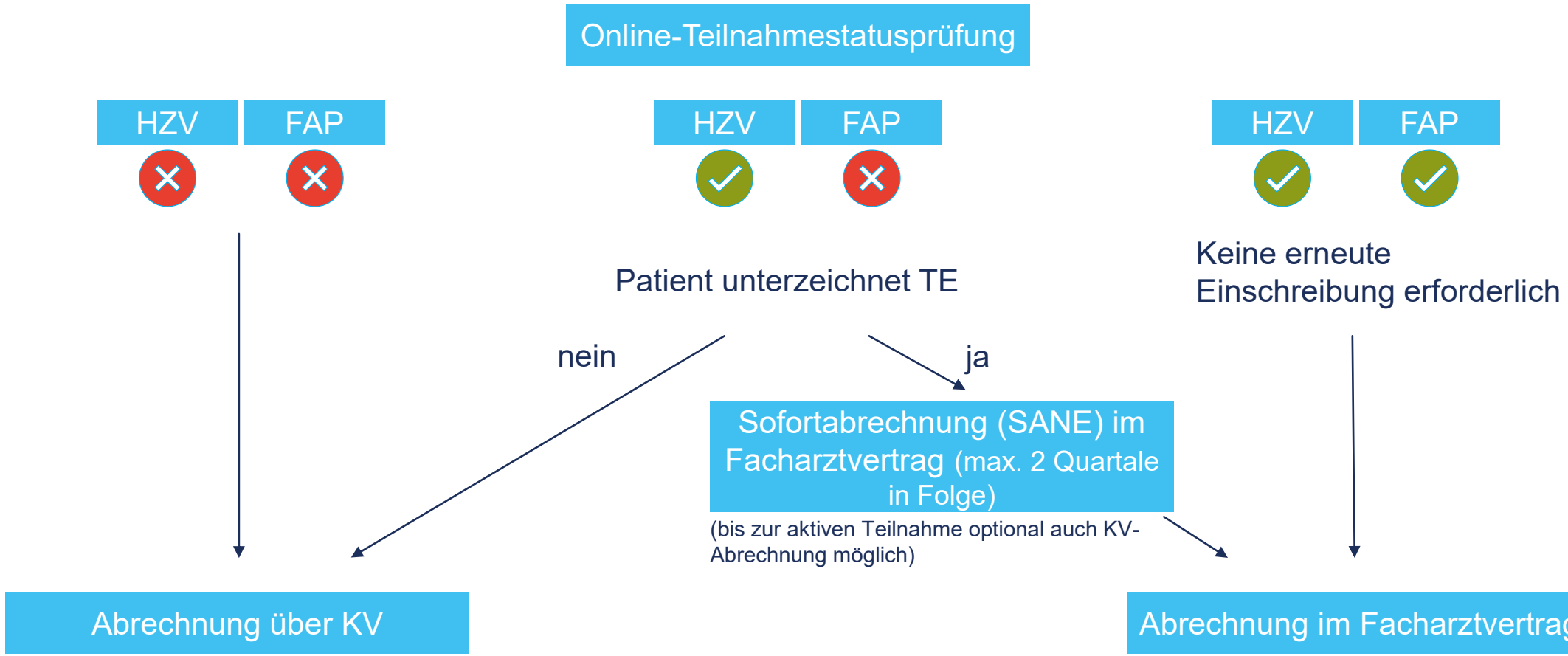
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

WICHTIGE INFORMATIONEN ZU SANE

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

PRAXISABLAUF



ABLEHNUNG VON SANE-FÄLLEN

TO DOS

- 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 Abrechnungsrichtlinien der KV § 3 (2) bzw. (3) und geben Sie einen Hinweis auf die Ablehnung von Leistungen der Sofortabrechnung im Selektivvertrag)

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

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

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiolo	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungs-vermerk	Anmerkung	Anmerku	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Änderung: Honorierung	obligatorisch	obligatori	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Änderung: Honorierung	obligatorisch	obligatori	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Änderung: Anmerkung	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatori	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			FAV-Leistung	obligatorisc ermächtigte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte
01323	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01321 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2	01.07.2020	neue Ziffer zum	FAV-Leistung	obligatorisc	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte
01410	Besuch										obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I										obligatorisch	obligatorisch
01412	Dringender Besuch II										obligatorisch	obligatorisch

BKK LV Süd Mein Facharzt Modul Gastroenterologie Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Gastroenterologie Q1/2025	
GOP	**Beschreibung**
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
01102	Inanspruchnahme an Samstagen
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser
01410	Besuch
01411	Dringender Besuch I
01412	Dringender Besuch II
01413	Besuch eines weiteren Kranken
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport
01430	Verwaltungskomplex

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.

DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

- Vergütung (Anlage 12)
  - ➢ Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

Vergütungs position	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	1. Pauschalen **Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.**		
Grund-pauschale P1	**Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) laut Gastroenterlogieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien** ***Hausarztebene:*** • ***körperlicher Status*** *erheben* • ***familiäre Anamnese*** *Darmerkrankungen* • *Labor (Blutbild,Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)*	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Ausnahmen:	**32,00**

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

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
A06.4	Leberabszess durch Amöben		
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum		
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) un hepaticum		
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) oh hepaticum		
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepatic		
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma h		

ICD 10	Klartext	Kreuz-Stern-Diagnose, abrechenbar nur in Verbindung mit	Pauschale
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen		P1a
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation		P1a
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung		P1a
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung		P1a
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	K70-K71,K74, B65	P1a

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK GASTROENTEROLOGIE

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschalen

+

Einzelleistungen

oder

Vertreterpauschale

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

NEUE DIFFERENZIERUNG ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

a) APK beschreibt die **Interaktion** eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.

b) Persönlicher APK liegt vor, wenn Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.

c) Telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt → umfasst auch Telefonie.

d) Persönlicher und telemedizinischer APK können auch im Weg der **Delegation** nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.

e) Ausschluss der **(nichtärztlichen) Delegation** nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.



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

LEGENDE

- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK LV Süd-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK LV Süd-Vertrag

Symbole

 wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet

 wird bei Abrechenbarkeit/Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt

 nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste

 Fernbehandlung möglich

 Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter

 zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

GRUNDPAUSCHALE UND ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale (1x/Quartal)	32,00 € 40,00 €
+ **Q1** Pharmakotherapie	4,00 €
+ **Q3** Farbdoppler	2,00 €
P1UE additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00* €
Oder **V1** Vertreterpauschale	17,50€

*Bosch BKK 5,00 €

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

ZUSATZPAUSCHALEN UND ZUSCHLÄGE

P1a CED	29,00 €
P1b Hepatitis/Oberbauch	44,00 €
+ Q4 Strukturzuschlag für EFA®	10,00* €
P1c Karzinome	26,00 €

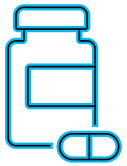
*BKK LV Süd 10,00 €
Bosch BKK 5,00 €

EINZELLEISTUNGEN

E1a Gastroskopiekomplex		134,00 €
E1b Zuschlag Polypektomie		55,00 €
E2a Koloskopiekomplex		242,00 € 238,00 €
E2b Zuschlag Polypektomie		55,00 €
E2c Zuschlag Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)		40,00 €
E2d Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragenem Polyp)		15,00 €
E3 Präventionskoloskopie ohne P1!		260,00 € 249,00 €
E4 Sigmoidoskopiekomplex		50,00 €
E5a Therapeutische Proktoskopie (Ligatur)		18,50 €
E5b Therapeutische Proktoskopie (Sklerosierung)		9,50 €

EINZELLEISTUNGEN

E6a Sachkostenpauschalen Clip	20,80 €
E6b Sachkostenpauschalen Nadel	7,20 €
E6c Sachkostenpauschalen Loop	68,00 €
E6d Sachkostenpauschalen C13 Atemtest	11,20 €
E7d Praxisklinische Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie	53,00 €



Bitte beachten: Vergütungspauschalen Koloskopie (E2a und E3) inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel)

ONKOLOGIE

(abrechenbar bei Teilnahme an der Onkologievereinbarung)

P1d Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	⚠ ⛔ 👨‍⚕️	33,38 €
Onko 1 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	⚠ ⛔ 👨‍⚕️	30,05 €
Onko 2 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	⚠ ⛔ 👨‍⚕️	224,59€
Onko 3 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	⚠ ⛔ 👨‍⚕️	224,59€
Onko 4 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	⚠ ⛔ 👨‍⚕️	112,31€
Onko 5 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86522) – seit 01.07.2026	⚠ ⛔ 👨‍⚕️	152,21€
E7a Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 2 h	👨‍⚕️	53,00 €
E7b Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 4 h	👨‍⚕️	101,00 €
E7c Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 6 h	👨‍⚕️	148,00 €

THERAPIE MIT MAVIRET

▪ Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 bis M14 oder M20 bis M33 abrechenbar, gem. Anhang 6 zu Anlage 12 ▪ Mindestalter zur Behandlung 12 Jahre		
M1 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M2 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M3 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M4 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M5 Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M6 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

THERAPIE MIT MAVIRET

M20 Aufklärungsgespräch GT1a, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M21 Aufklärungsgespräch GT1b, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M22 Aufklärungsgespräch GT2, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M23 Aufklärungsgespräch GT4, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M24 Aufklärungsgespräch GT5, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M25 Aufklärungsgespräch GT6, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

THERAPIE MIT MAVIRET

M26 Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M27 Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M28 Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M29 Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M30 Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M31 Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M13 Aufklärungsgespräch GT3, therapienaiv, ohne Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

THERAPIE MIT MAVIRET

M34 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M32 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, ohne Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M33 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
M16 Adhärenzgespräch, additiv zu P1b, 1x/Tag, pro Patient bis zu 2x bei M1-M6/M13, 3x bei M7-M12/M14, 4x bei M15)*		20,00 €
M17 Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)		30,00 €
M18 Abschlussgespräch 1- nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht) (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)		30,00 €
M19 Abschlussgespräch 2- Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12 (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)		40,00 €

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

THERAPIE MIT EPCLUSA

- Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen EP1 bis EP28 abrechenbar, gem. Anhang 10 zu Anlage 12
- Mindestalter zur Behandlung 6 Jahre

EP1 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP2 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP3 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP4 Aufklärungsgespräch GT3, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP5 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP6 Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP7 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

THERAPIE MIT EPCLUSA

EP8 Aufklärungsgespräch GT1a, mit kompensierter Zirrhose bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP9 Aufklärungsgespräch GT1b, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP10 Aufklärungsgespräch GT2, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP11 Aufklärungsgespräch GT3, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP12 Aufklärungsgespräch GT4, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP13 Aufklärungsgespräch GT5, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP14 Aufklärungsgespräch GT6, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

THERAPIE MIT EPCLUSA

EP15 Aufklärungsgespräch GT1a, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP16 Aufklärungsgespräch GT1b, mit dekompensierter Zirrhose bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP17 Aufklärungsgespräch GT2, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP18 Aufklärungsgespräch GT3, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP19 Aufklärungsgespräch GT4, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP20 Aufklärungsgespräch GT5, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP21 Aufklärungsgespräch GT6, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

THERAPIE MIT EPCLUSA

EP22 Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP23 Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP24 Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP25 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP26 Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP27 Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €
EP28 Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)		50,00 €

THERAPIE MIT EPCLUSA

EP29	Adhärenzgespräch 3 oder 6 mal bei Abrechnung EP1-21 (bis zu 3x pro Patient additiv zu P1b) bei Abrechnung EP22-28 (bis zu 6x pro Patient additiv zu P1b)	20,00 €
EP30	Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	30,00 €
EP31	Abschlussgespräch-nach erfolgter Therapie (SVR12 erreicht) nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	30,00 €
EP32	Abschlussgespräch-Beratung zu weiteren Operationen bei nicht erreichter SVR12 nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	40,00 €

LABORLEISTUNGEN

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

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

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSBEISPIEL 1

Patient **(AOK-versichert)** ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt zur Untersuchung mit einer **Überweisung** vom HZV-Arzt in die Facharztpraxis und bekommt **Diagnose Ulcerosa (K 51.8).**

Abrechnung über **FAV Gastroenterologie**	
P1 - Grundpauschale	**32 €**
P1UE - Überweisungspauschale	**10 €**
P1a - Zusatzpauschale CED (+ges. ICD K51.8)	**29 €**
Qualitätszuschläge - Q1, Q3, Q4	**4 € + 2 € + 10€**
Summe	**87 €**

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSBEISPIEL 2

Patient **(Audi BKK-versichert)** ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt zur Untersuchung mit einer **Überweisung** vom HZV-Arzt in die Facharztpraxis mit Oberbauchbeschwerden, bekommt eine Gastroskopie und bekommt Diagnose **Chron. Krankheit des Magens (K 50.80).**

Abrechnung über **FAV Gastroenterologie**	
P1 - Grundpauschale	**40 €**
P1a - Zusatzpauschale CED (+ges. ICD K51.8)	**29 €**
E1a - Gastroskopiekomplex	**134 €**
E1b - Polypektomiezuschlag	**55 €**
Qualitätszuschläge - Q3, Q4	**2 € + 10 €**
Summe	**270 €**

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSBEISPIEL 3

Patient **(AOK-versichert)** ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt zur Untersuchung mit einer **Überweisung** vom HZV-Arzt in die Facharztpraxis und bekommt eine **kurative Koloskopie (+ Abtragung von 4 Polypen).**

Abrechnung über **FAV Gastroenterologie**	
P1 - Grundpauschale	**32 €**
P1UE - Überweisungspauschale	**10 €**
E2a - Koloskopiekomplex	**242 €**
E2b - Polypektomiezuschlag	**55 €**
E2d - Polypektomiezuschlag (ab 4. Polyp)	**15 €**
Qualitätszuschläge - Q1, Q3, Q4	**4 € + 2 € + 10€**
Summe	**370 €**

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSBEISPIEL 4

Patient **(AOK-versichert)** ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt zur Untersuchung mit einer **Überweisung** vom HZV-Arzt in die Facharztpraxis und bekommt eine **monoklonale Antikörpertherapie.**

Abrechnung über **FAV Gastroenterologie**	
P1 - Grundpauschale	**32 €**
P1UE - Überweisungspauschale	**10 €**
P1a - Zusatzpauschale CED (+ ges. ICD)	**29 €**
E7d - praxisklinische Betreuung > 2h	**53 €**
Qualitätszuschläge - Q1, Q3, Q4	**4 € + 2 € + 10€**
Summe	**140 €**

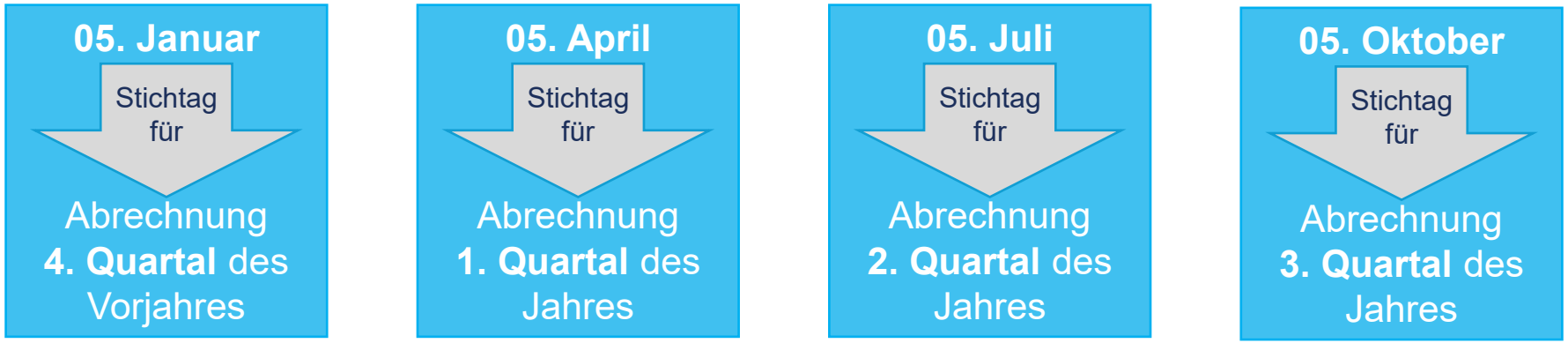
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSPROZESS



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware

Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key

Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG

Prüfung durch MEDIVERBUND AG - Gegenprüfung durch Kasse

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

AUSZAHLUNGSPROZESS

- Die MEDIVERBUND AG übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd, wo sie erneut geprüft werden.

- **Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten**
  - **Abschlagszahlungen** * und
    - **monatlich** in Höhe von max. **29,50 € pro Grundpauschale P1** des vorangegangene Abrechnungsquartals
    - im laufenden Abrechnungsquartal
  - **Schlusszahlungen**

- Nachabrechnungen und Korrekturen im Rahmen des 140a Vertrages werden online über die Vertragssoftware ausgeführt und übermittelt.
  - ➢ Diese können ein Jahr (4 Quartale) rückwirkend ausgeführt werden.

* nicht im BKK LV Süd-Vertrag

ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate 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 erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen § 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.

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFES

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

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2017		2.000,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	71,40 €	
Zwischensumme Quartal 4/2017		**1.928,60 €**

Abrechnungssumme	2.025,03 €
Gutschrift	**2.025,03 €**

- Buchungsübersicht
  - Aufführung von Buchungen
  - Bankverbindung (Änderungen bitte rechtzeitig mitteilen → über Stammdatenänderungsformular oder Arztportal)

Kontoinhaber:	Max Mustermann
IBAN:	DE00 0000 0000 0000 0000 00
BIC:	SSSSSSSSS00

- Übersicht Behandlungsfälle
- Einzelnachweise → ab sofort über das Arztportal zu finden !
  - Detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
  - Korrekturen bis zu 12 Monate nach Ende des Abrechnungsportals möglich

Fallnummer	Name des Patienten	Versicherten-nummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungs-betrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe	*Summe:*		*Summe Leistungen*
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		*Verwaltungs-kosten*
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum

INFORMATIONSSEITE ZUR PHARMAQUOTENERREICHUNG

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

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

Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

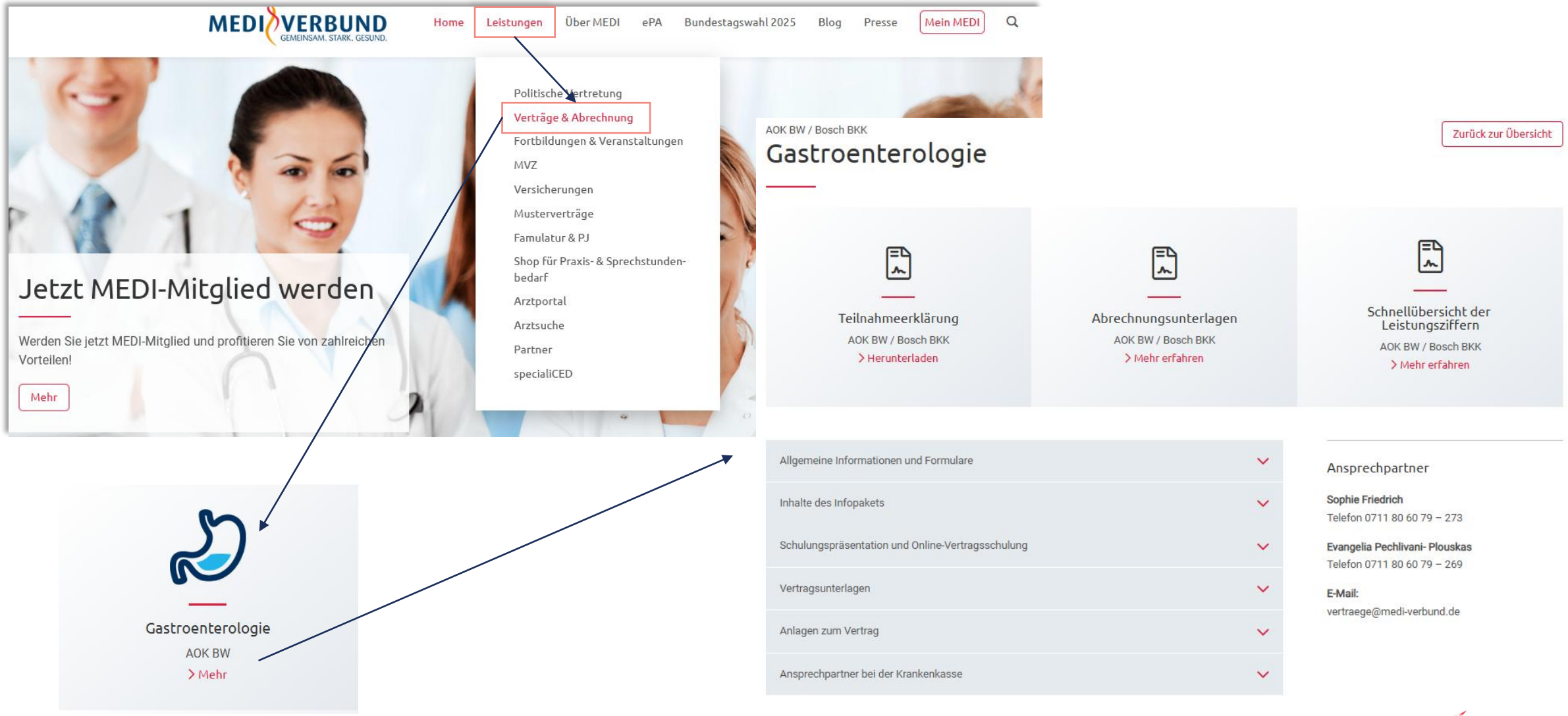
Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

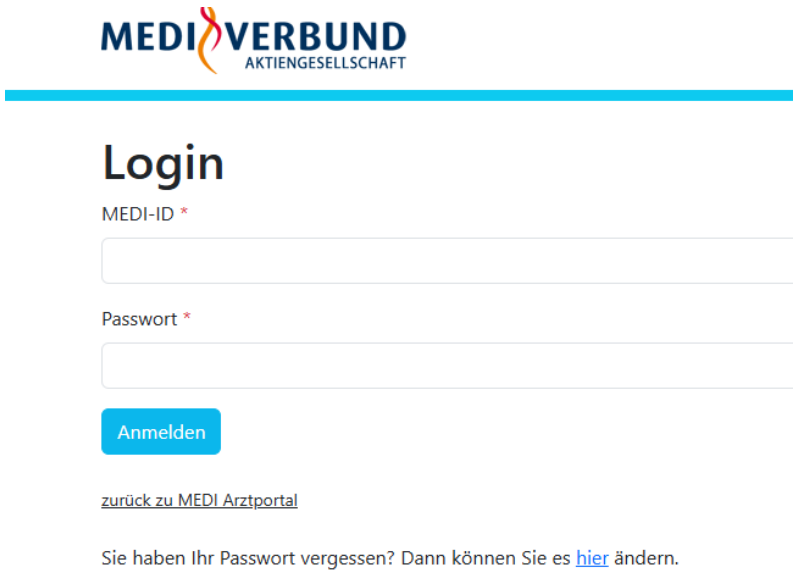
www.medi-verbund.de

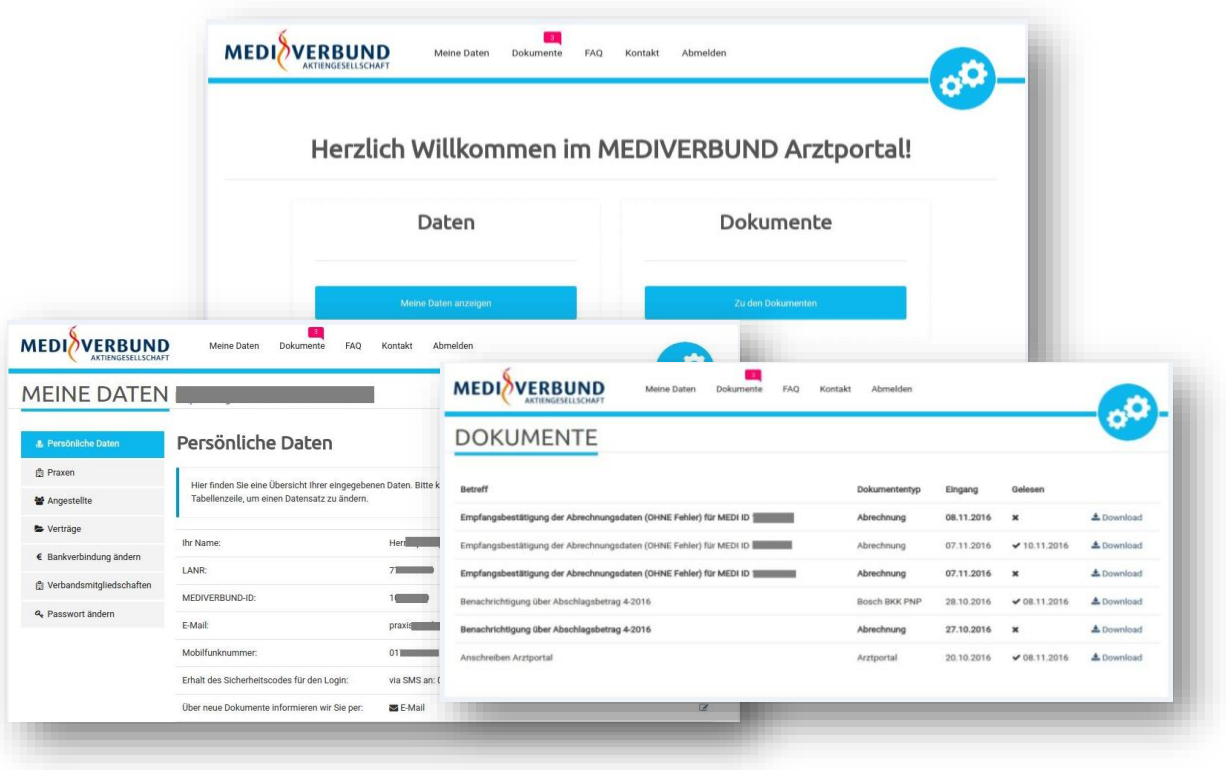


MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

www.medi-arztportal.de

- Alle Dokumente, den Facharztvertrag betreffend abrufbar (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangs-bestätigung)
- Ihre, bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderungen zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket





www.medi-arztsuche.de



Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztsuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge.

Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

Infos zu den Haus- und Facharztverträgen und Ihre Vorteile an der Teilnahme finden Sie hier.

Hausärztinnen und Hausärzte
Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte
Zur Suche

Hausärzte

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

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend 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
  - AOK BW PNP 140a
    - Neurologie

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.

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

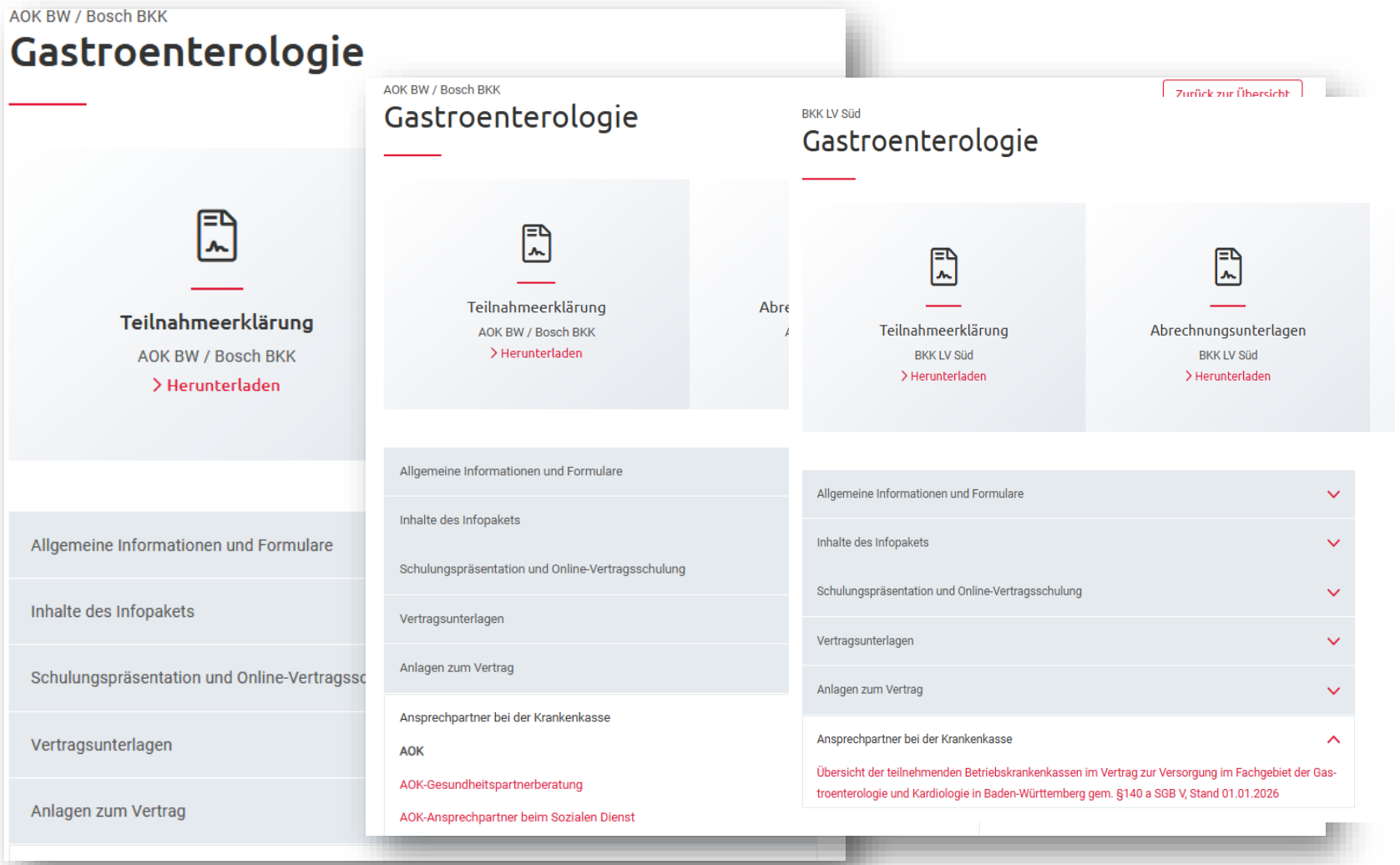
www.medi-arztsuche.de



MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ANSPRECHPARTNER BEI DEN KRANKENKASSEN

- Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden Sie auf unser Internet-seite



ABRECHNUNGSKALENDER

Diabetologie AOK BW
Gastroenterologie AOK BW / Bosch BKK / BKK LV Süd
Kardiologie AOK BW / Bosch BKK / BKK LV Süd
Orthopädie AOK BW / Bosch BKK
PNP AOK BW / Bosch BKK

2026

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Juli		August		September		Oktober		November		Dezember	
Mi	1	Sa	1	Di	1	Do	1	So	1 Allerheiligen	Di	1
Do	2	So	2	Mi	2	Fr	2	Mo	2	Mi	2
Fr	3 3. AZ Q2/2026	Mo	3	Do	3 2. AZ Q3/2026	Sa	3 Tag der dt. Einheit	Di	3	Do	3 2. AZ Q4/2026
Sa	4	Di	4	Fr	4	So	4	Mi	4	Fr	4
So	5	Mi	5 1. AZ Q3/2026	Sa	5	Mo	5	Do	5 1. AZ Q4/2026	Sa	5
Mo	6	Do	6	So	6	Di	6 3. AZ Q3/2026	Fr	6	So	6
Di	7	Fr	7	Mo	7	Mi	7	Sa	7	Mo	7
Mi	8	Sa	8	Di	8	Do	8	So	8	Di	8
Do	9	So	9	Mi	9	Fr	9	Mo	9	Mi	9
Fr	10	Mo	10	Do	10	Sa	10	Di	10	Do	10
Sa	11	Di	11	Fr	11	So	11	Mi	11	Fr	11
So	12	Mi								Sa	12
Mo	13	Do								So	13
Di	14	Fr								Mo	14
Mi	15	Sa								Di	15
Do	16	So	16	Mi	16	Fr	16	Mo	16	Mi	16
Fr	17	Mo	17	Do	17	Sa	17	Di	17	Do	17
Sa	18	Di	18	Fr	18	So	18	Mi	18	Fr	18
So	19	Mi	19	Sa	19	Mo	19	Do	19	Sa	19
Mo	20	Do	20	So	20	Di	20	Fr	20	So	20
Di	21	Fr	21	Mo	21	Mi	21	Sa	21	Mo	21
Mi	22	Sa	22	Di	22	Do	22	So	22	Di	22
Do	23	So	23	Mi	23	Fr	23	Mo	23	Mi	23
Fr	24	Mo	24	Do	24	Sa	24	Di	24	Do	24 Heiligabend
Sa	25	Di	25	Fr	25	So	25	Mi	25	Fr	25 1. Weihnachtstag
So	26	Mi	26	Sa	26	Mo	26	Do	26	Sa	26 2. Weihnachtstag
Mo	27	Do	27	So	27	Di	27	Fr	27	So	27
Di	28	Fr	28	Mo	28	Mi	28	Sa	28	Mo	28
Mi	29	Sa	29	Di	29	Do	29	So	29	Di	29
Do	30	So	30	Mi	30	Fr	30	Mo	30	Mi	30
Fr	31	Mo	31			Sa	31			Do	31 Silvester

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

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsstichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	Je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02.,01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ) *	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie am Monatsanfang.
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.

* = gilt nicht für die BKK LV Süd Verträge Kardiologie und Gastroenterologie sowie den Diabetologievertrag der AOK BW

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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 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:



garrioCOM · AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse · Hausärzteverband Baden-Württemberg · MEDIVERBUND Baden-Württemberg

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

FÖRDERUNG VON STIPENDIEN VON 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

AGENDA

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

PHARMAQUOTEN

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



Grün hinterlegt sind: Patenfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat. **(Bei Quote ≥ 90 % → Vergütungszuschlag = 1,00€)**



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und/oder biotechnologische hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden. **(Bei Quote ≥ 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 ≤ 3% → Vergütungszuschlag = 2,50€**)



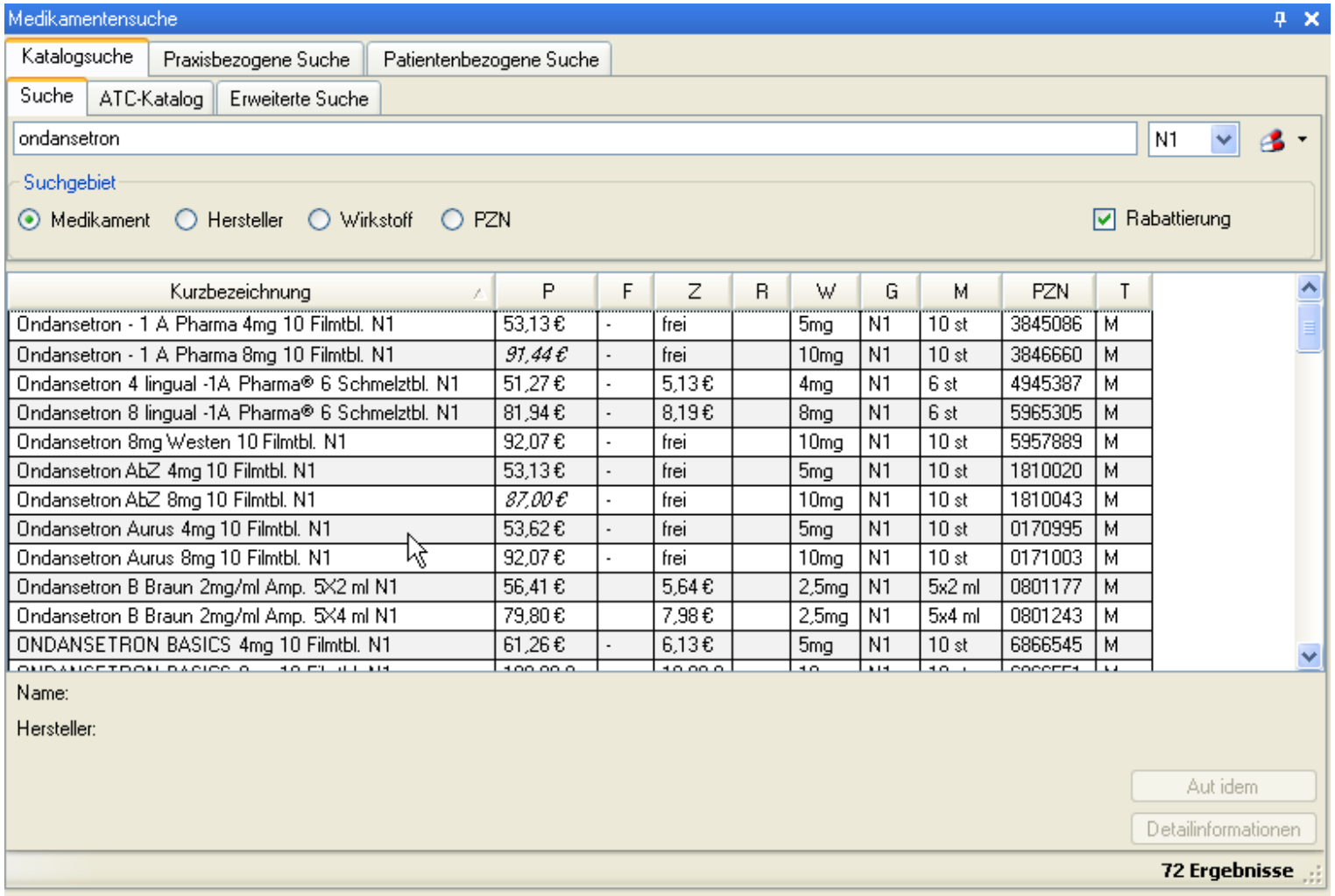
Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

QUOTENERREICHUNG AM BEISPIEL GRÜNQUOTE

- Wenn in **mindestens 90% der Fälle**, in denen aus der Arzneimitteldatenbank ein grünes Präparat vorgeschlagen wird – also eine „grüne Verordnung theoretisch mögliche wäre“, **letztendlich auch ein grün markiertes Präparat verordnet wird**, dann ist die Grün-Quote (≥ 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.
- In der Patientenauflistung zur Abrechnung (Arztportal) wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen:

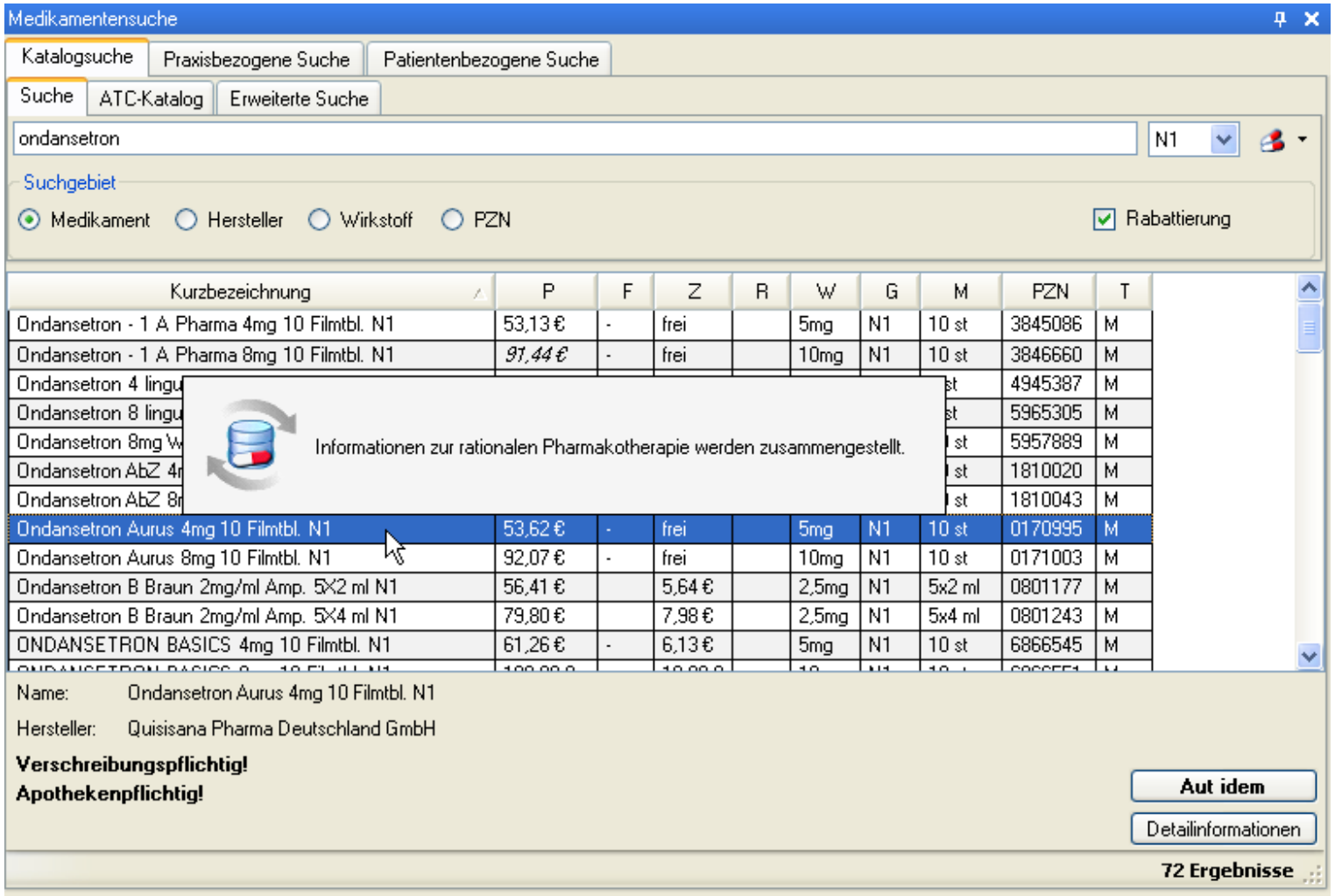
1	P1	23.05.2023	32,00 €
2	P1UE	23.05.2023	5,00 €
3	E1A	23.05.2023	117,00 €
4	---Q3---	23.05.2023	2,00 €
5	---Q1_GRUEN---	23.05.2023	1,00 €
6	---Q1_BLAU---	23.05.2023	0,50 €
7	---Q1_ROT---	23.05.2023	2,50 €

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

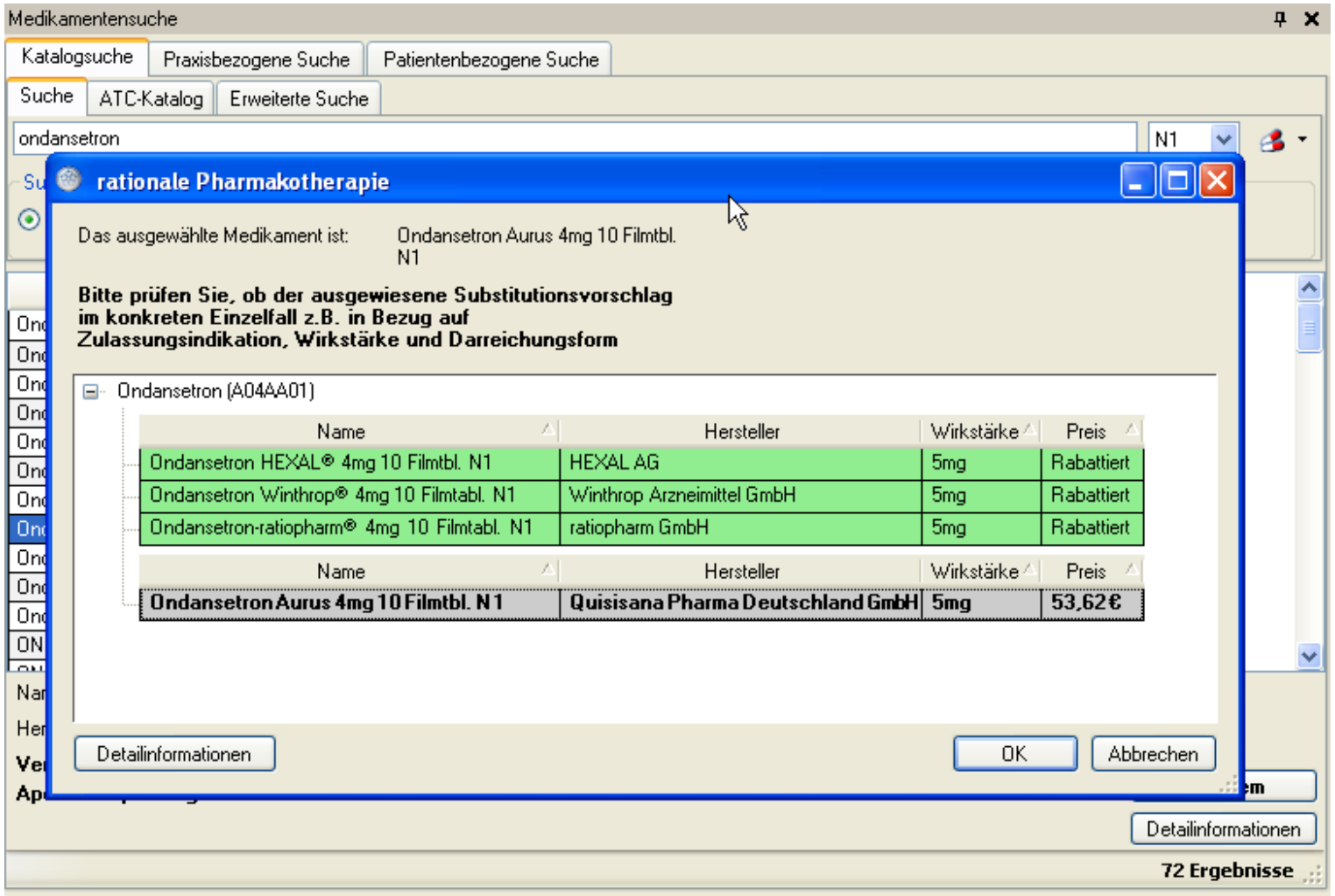


MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE



BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



MEDI VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:

- Frau Friedrich: 0711 80 60 79 273
- Frau Pechlivani-Plouskas: 0711 80 60 79 269
- vertraege@medi-verbund.de