MEDIVERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Kardiologievertrag nach § 140a SGB V
Abrechnungsschulung

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

- ✓ Behandlungskoordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- ✓ Schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
- ✓ Zuzahlungsbefreiung bei rabattierten Medikamenten für AOK-Versicherte
- ✓ Intensive ambulante Betreuung

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

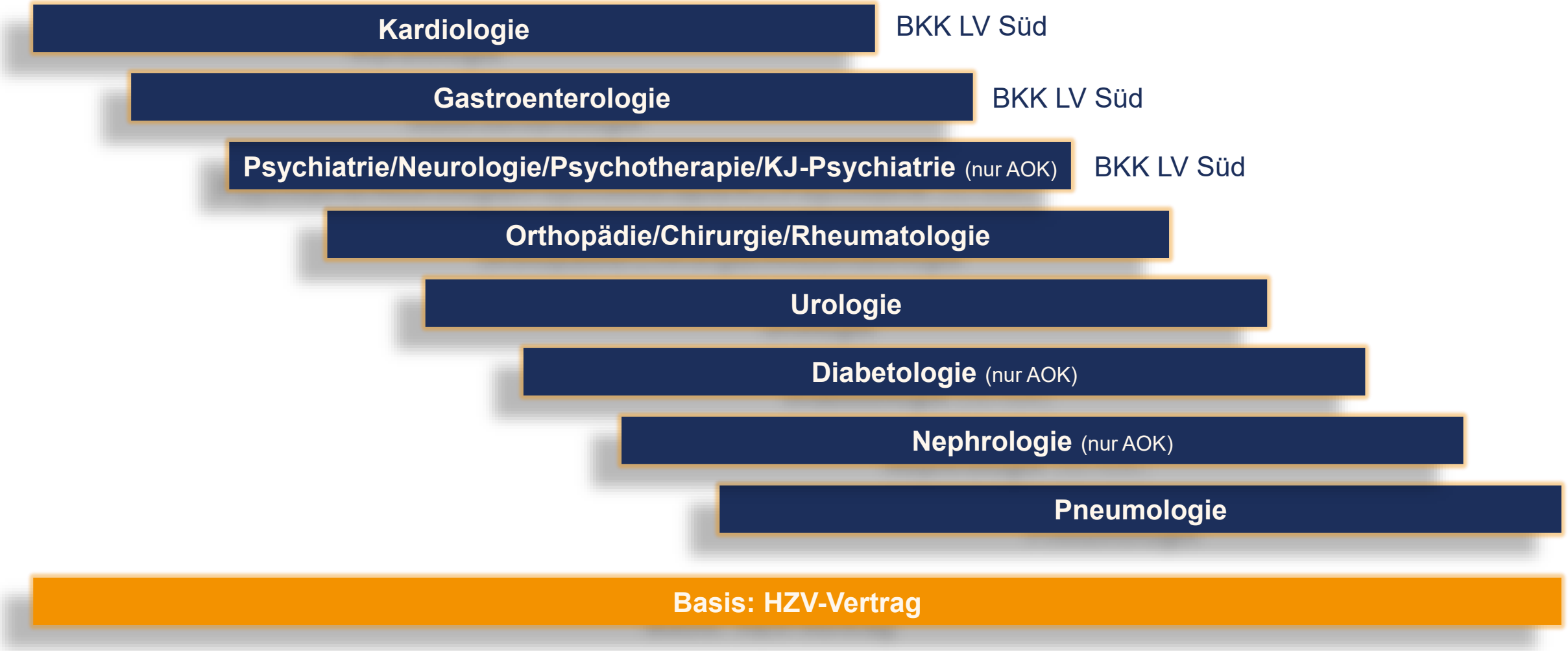


MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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)
- 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

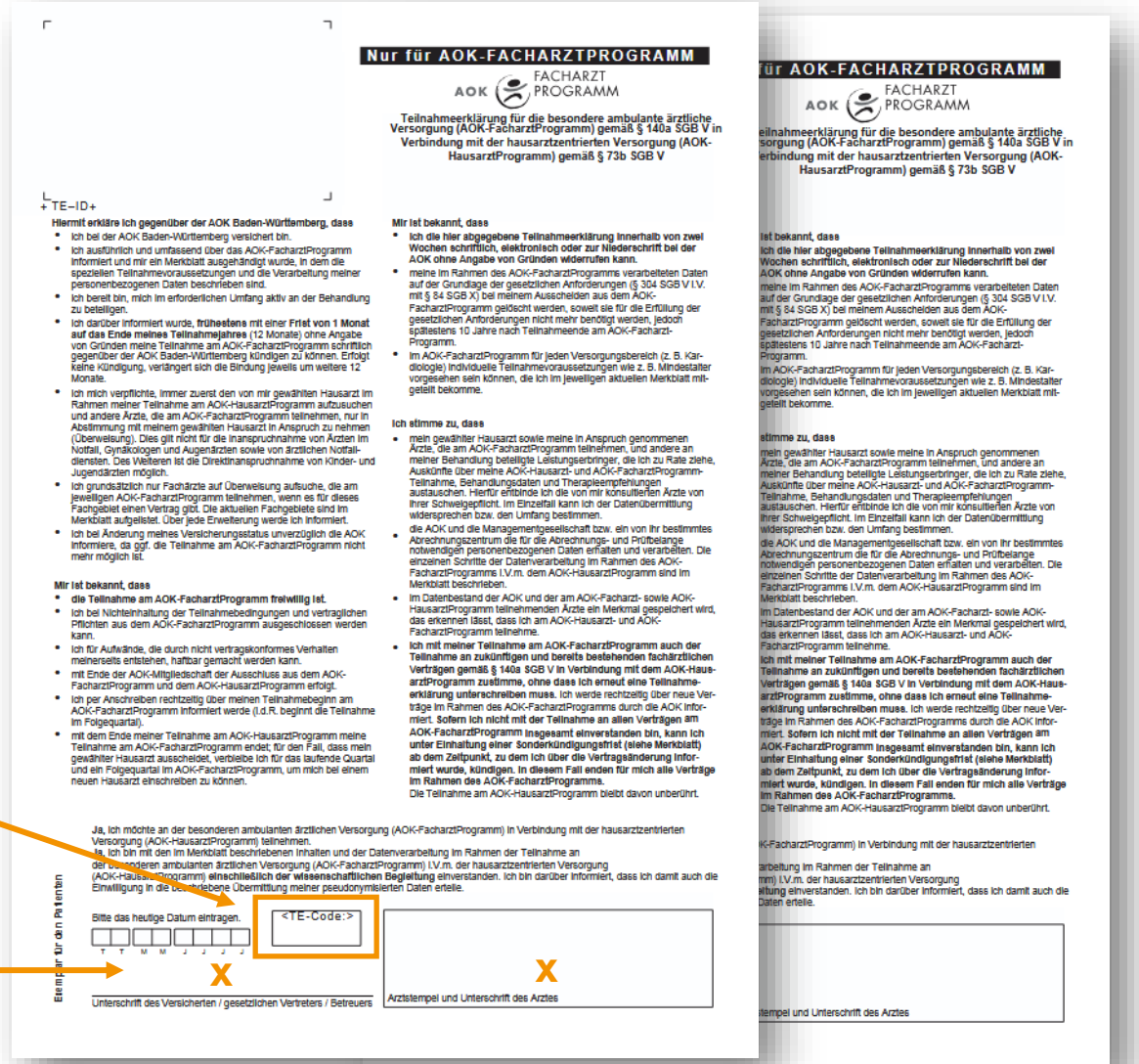
ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

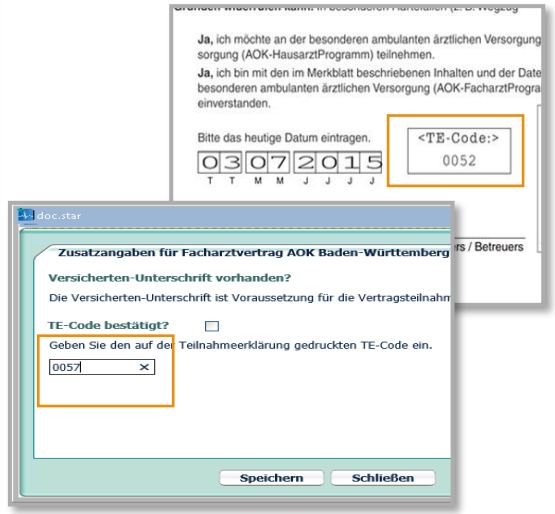
VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder





MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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

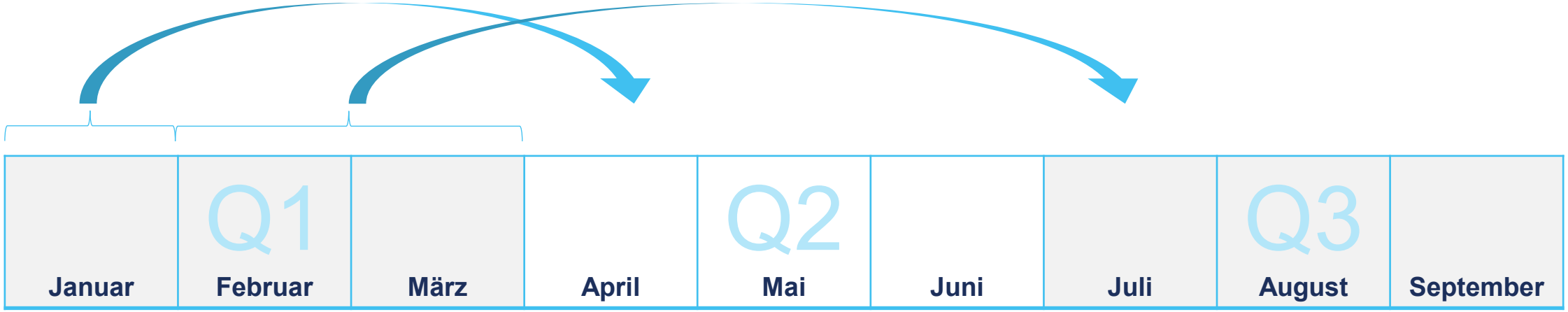
*DETE= Digitale Einverständnis- und Teilnahmeerklärung

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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 AKTIENGESELLSCHAFT

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.

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 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

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

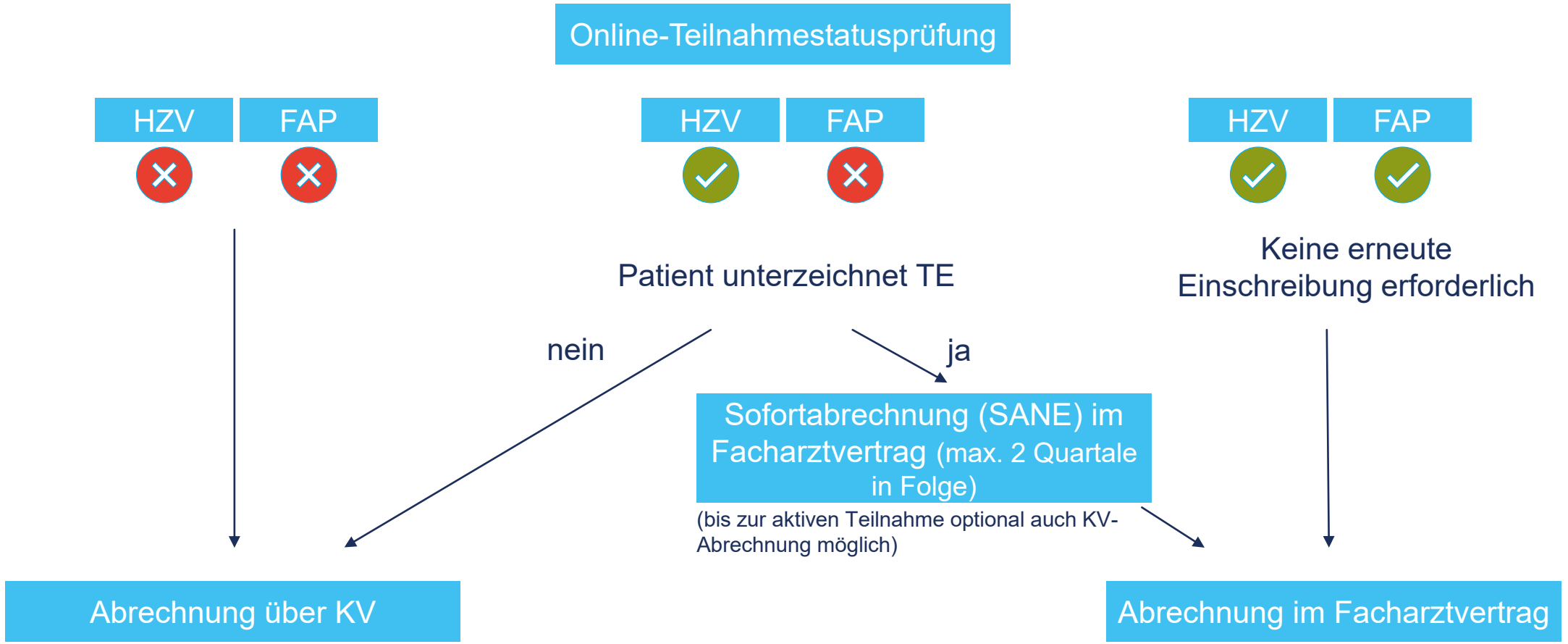
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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



MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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)

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	Kardiologie	troenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungs-vermerk	Anmerkung	Anmerkung	nmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Änderung: Honorierung	obligatorisch		bligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Änderung: Honorierung	obligatorisch		bligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Änderung: Anmerkung	obligatorisch - ke Zielauftrag mögli	obligatorisch	bligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			FAV-Leistung	obligatorisch	ligatorisch für nächtigte Ärzte	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 01.01.2020	FAV-Leistung	obligatorisch	ligatorisch für nächtigte Ärzte	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 Mein Facharzt Modul Kardiologie: Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Kardiologie Q2/2024

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

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	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
	1. Pauschalen		
P1	**Kardiologische leitliniengerechte Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. EKG, Echo) laut Kardiologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz)**	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und sich diese Überweisung nicht nur auf eine Auftragsleistung gemäß dieser Anlage erstreckt und • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 10 lit. e)) Ausnahme: Bei Notfällen und bei unaufschiebbaren Auftragsleistungen	**32 €** **incl. Labor** **(max. 54 € mit Zuschlägen:** **Q1 = 4 €,** **Q2b = 3 €,** **Q4 = 5 €,** **Q5 = 10 €)**

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

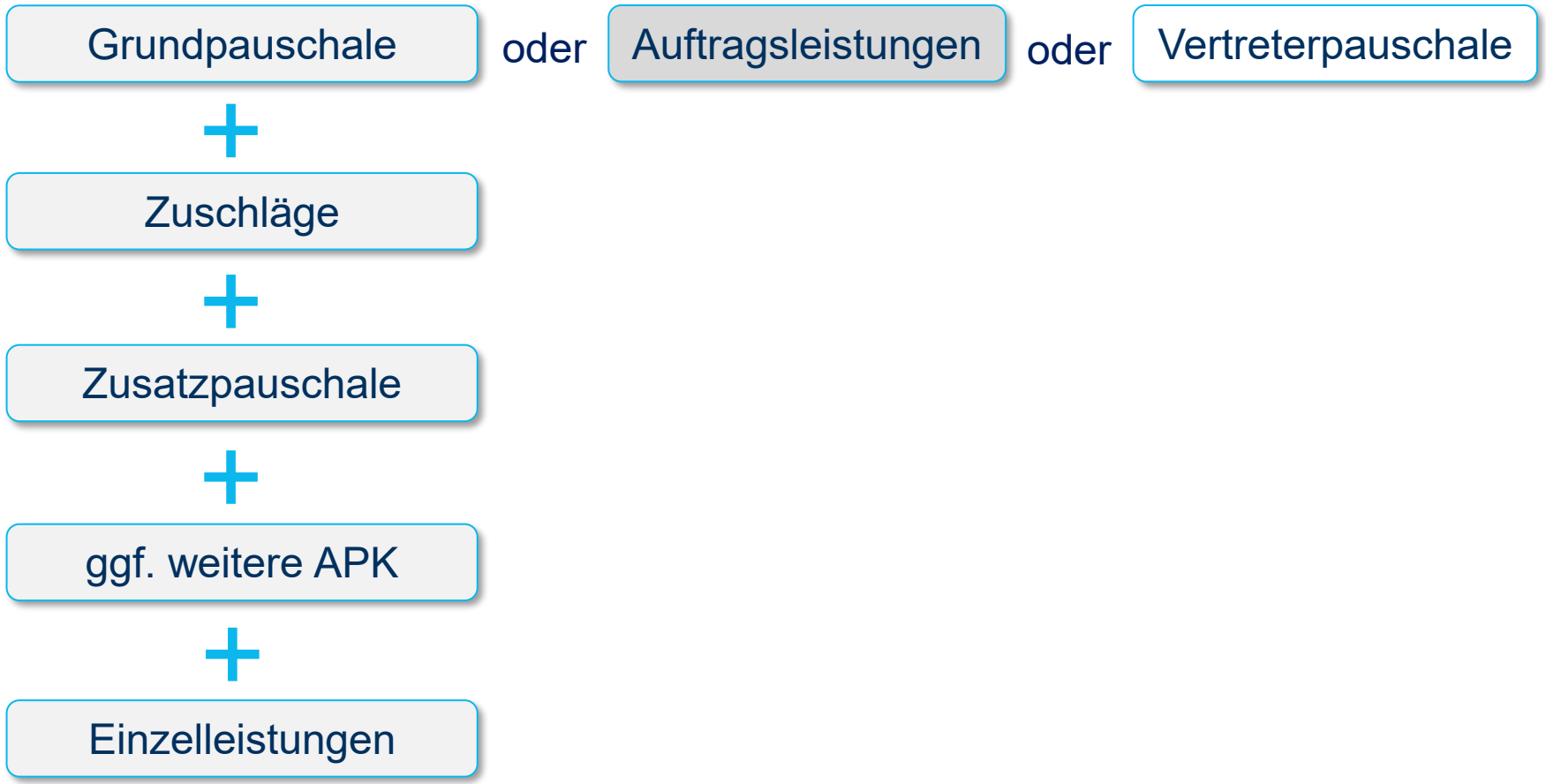
ICD 10	Klartext	Krankheit	Pauschale
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise	H	P1e
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven	H	P1e
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe		
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichne	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

Diagnosenliste zur ambulanten Implantation von Kardioverter-Defibrillationen (ICD)

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

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK KARDIOLOGIE



MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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 der Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12

 nur abrechenbar bei Vorliegen der Diagnosen gem. Anhang 9 zur Anlage 12

 Fernbehandlung möglich

 Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter

 zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

DIFFERENZIERUNG DES ARZT-PATIENTEN-KONTAKTES (APK)

- 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 fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten.

  - **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.

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



FBE Fernbehandlung 1x pro Quartal

dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

GRUNDPAUSCHALE UND ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale (1x/Quartal)	32,00 € 40,00 €
+ **Q1** Pharmakotherapie	4,50 €
+ **Q4** Stressecho	5,00 €
+ **Q5** Spiroergometrie	10,00 €
+ **ZP1** Grundversorgerpauschale	12,00 € 15,00 €
+ **ZP2** Grundversorgerpauschale FIOS	20,00 €
P1UE additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00* €

Oder **V1** Vertreterpauschale	17,50€

*Bosch BKK 5,00 €

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ZUSATZPAUSCHALEN

Aufgeteilt in NYHA-Stadien I;II;III&IV

P1a Herzinsuffizienz	60,00 € 56,00 €
P1b KHK	32,00 € 29,00 €
P1c Herzrhythmusstörungen	37,00 € 35,00 €
P1d Vitien	33,00 € 35,00 €
+ Q6 Strukturzuschlag für EFA® auf P1a- P1d	10,00 €*
P1e Hypertonie	28,00 € 30,00 €
P2/ AP2 Angiologiemodul	37,00 € 41,00 €
P3 Diagnostikpauschale ➢ abrechenbar für Patienten ohne Zusatzpauschale (P1a-e, P2)	25,00 € 23,00 €

*Bosch BKK: 5,00 €
BKK LV Süd: 10,00 € ab 01.07.24

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

APK ZUSCHLAG UND EINZELLEISTUNGEN LABOR

Z1 APK Zuschlag auf P1a III, P1b, P1c (→ **ab 2. APK dokumentieren!)**		19,00 €/ 15,00€

32097 BNP (analog EBM)		19,40 €
32150 Troponin (analog EBM)		11,25 €
32212 Fibrinmonomere (analog EBM)		17,80 €
32232 Lactat (analog EBM)		6,90 €

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

EINZELLEISTUNGEN/AUFTRAGSLEISTUNGEN

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG/ZIELAUFTRAG VOM FA

A0 Auftragsgrundpauschale		16,00 €
E1 / A1 TEE	⚠	60,00 €
E2a / A2a SM Nachsorge	⚠	30,00 €
E2b / A2b Defi System Nachsorge	⚠	50,00 €
E2c / A2c CRT-System Nachsorge	⚠	60,00 €
E3a / A3a Linksherzkatheter	⚠	660,00 €
E3b / A3b Linksherzkatheter (Kontrolle nach PCI)	⚠	406,50 €
E4a / A4a PCI (Ein-Gefäß PCI)	⚠	2.060,00 €
E4b / A4b PCI (Ein-Gefäß PCI mit 1 DES Stent)	⚠	2.660,00 €
E5a / A5b PCI (Mehr-Gefäß PCI)	⚠	2.750,20 €
E5b / A5b PCI (Mehr-Gefäß PCI mit 1 DES Stent)	⚠	3.350,20 €

+ Q3 Herzkatheter — 60,00 €

Hinweis: Vorrangigkeit der Abrechnung von Einzelleistungen als Hybrid-DRG gemäß §115f SGB V

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

EINZELLEISTUNGEN/AUFTRAGSLEISTUNGEN

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG/ZIELAUFTRAG VOM FA

E6 / A6	Honorarpauschale DES Stent	500,00 €
E7 / A7	Sonderdevices	900,00 €
E8 / A8	Kardioversion	400,00 €
E9 / A9	Rechtsherzkatheter	50,00 € 82,00 €
E10 / A10	Spiroergometrie (ab 10x/Quartal → Q5)	35,00 €
E11a/b **(99967/99968)**	DMP *	32,00 €
A11	Stressecho	54,00 €
E15 / A15	Schrittmacherimplantation (1-Kammer)	3.900,00 €
E16 / A16	Schrittmacherimplantation (2-Kammer)	4.400,00 €
E17 / A17	Implantation-Eventrekorder	3.100,00 €

* nicht abrechenbar im Bosch BKK- und BKK LV Süd-Vertrag

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

EINZELLEISTUNGEN/AUFTRAGSLEISTUNGEN

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG/ZIELAUFTRAG VOM FA

E18 / A18	Aggregatwechsel 1-Kammer-HSM	2.300,00 €
E19 / A19	Aggregatwechsel 2-Kammer-HSM	3.000,00 €
E20 / A20	Revision HSM ohne Aggregatwechsel	1.900,00 €
E21 / A21	Explantation Eventrekorder	1.600,00 €
E22 / A22	Implantation Reveal LINQ Eventrekorder	3.800,00 €
E24 / A24	Neuimplantation 1-Kammer-ICD	8.500,00
E25 / A25	Aggregatwechsel 1-Kammer-ICD	7.000,00 €
E26 / A26	Neuimplantation 2-Kammer-ICD	9.500,00 €
E27 / A27	Aggregatwechsel 2-Kammer-ICD	8.000,00 €
E28 / A28	Aggregatwechsel 3-Kammer-ICD	8.700,00 €

EINZELLEISTUNGEN/AUFTRAGSLEISTUNGEN

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG/ZIELAUFTRAG VOM FA

E30 / A30	Kardio-MRT – Ruhe (bis 31.12.2027)	268,00 €
R1	Kardio-MRT – Ruhe (radiologischer Anteil)	402,00 €
E31 / A31	Kardio-MRT – Stress (bis 31.12.2027)	300,00 €
R2	Kardio-MRT – Stress (radiologischer Anteil)	450,00 €
E32	Kontrastmitteleinbringung bei Echo/Sono Abdomen	10,00 €
Q9	Strukturzuschlag BSA für Re-/Zertifizierung	500,00 €
E33 / A33	Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-D	9.736,00 €
E34 / A34	Neuimplantation 3-Kammer-System: CRT-SM	6.496,00 €
E35 / A35	Aggregatwechsel 3-Kammer-System: CRT-SM	4.101,00 €
E36 / A36	Neuimplantation 3-Kammer-System: S-ICD	9.736,00 €
E37 / A37	Aggregatwechsel 3-Kammer-System: S-ICD	7.901,00 €

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

EINZELLEISTUNGEN/AUFTRAGSLEISTUNGEN

MIT- UND WEITERBEHANDLUNG

E38 TmHi (PBA): Indikationsstellung		8,20€/7,76€
E39 TmHi (PBA): Zusatzpauschale Betreuung		16,00 €/15,28€
E40 TmHi (TMZ): Anleitung und Aufklärung	⚠	12,00 €/11,34€
E41 TmHi (TMZ): kardiales Aggregat	⚠	137,50€/ 131,27
E42 TmHi (TMZ): externe Messgeräte	⚠	263,00€/ 250,61€
E42b TmHi (TMZ): externe Messgeräte HFpEF/HFmrEF	⚠	263,00 €
E43 TmHi (TMZ): Zuschlag zu E36 & E37	⚠	29,50/28,00 €
E44 TmHi (TMZ): Pauschale ext. Messgeräte	⚠	71,50/68,00 €
E45 TmHi: Pauschale Transmitter Telemonitoring und telemed. Funktionsanalyse (ab 01.01.2026)	⚠	396,67 €

Gem. EBM 40909

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

WEITERE AUFTRAGSLEISTUNGEN

ZIELAUFTRÄGE VOM HA

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

ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
  - 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.

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 **(Kardiologie mit SP Kardiologie)** und bekommt Diagnose **Herzinsuffizienz (LV-Funktion EF 33).**

Abrechnung über **FAV Kardiologie**	
P1 - Grundpauschale	**32 €**
P1UE - Überweisungspauschale	**10 €**
P1a II - Zusatzpauschale Herzinsuffizienz (+ges. ICD)	**60 €**
ZP1 - Grundversorgerpauschale	**12 €**
Qualitätszuschläge - Q1, Q4, Q6 (+ggf. Q5)	**4 € + 5 € + 10€**
Summe	**165 €**

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 **(Fachinternist ohne Schwerpunkt)**, Beschwerden im Brustbereich. Es wird keine Diagnose festgestellt.

Abrechnung über **FAV Kardiologie**	
P1 - Grundpauschale	**40 €**
P3 - Diagnostikzuschlag	**23 €**
E10 - Spiroergometrie	**35 €**
Qualitätszuschläge - Q4	**5 €**
Summe	**103 €**

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSBEISPIEL 3

Patient **(AOK-versichert)** ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt mit Zielauftrag für ein L-EKG in die Facharztpraxis.

Abrechnung über **FAV Kardiologie**	
A12 – Erbringung Langzeit EKG	**12,50 €**
A13 – Auswertung Langzeit EKG	**12,50 €**
Summe	**25 €**

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

ABRECHNUNGSBEISPIEL 4

Patient **(Bosch BKK-versichert)** ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt zur SM-Nachsorge mit einer **Überweisung** vom HZV-Arzt in die Facharztpraxis **(Kardiologie mit SP Kardiologie).**

Abrechnung über **FAV Kardiologie**	
P1 - Grundpauschale	**32 €**
P1UE - Überweisungspauschale	**5 €**
P1c - Zusatzpauschale Herzrythmusstörungen (+ges. ICD)	**37 €**
E2a – SM Nachsorge	**30 €**
E11b (99968) - Teilnahme DMP	**32 €**
Qualitätszuschläge - Q1, Q4, Q6 (+ggf. Q5)	**4 € + 5 € + 10€**
Summe	**155 €**

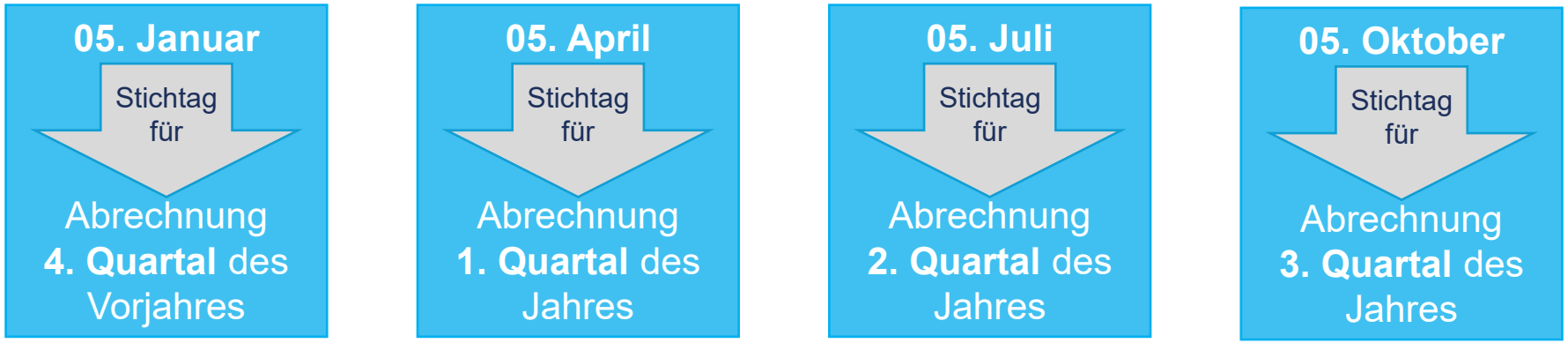
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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.
- Ermittlung des mit der AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd abgestimmten Abrechnungsbetrages

- **Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten**
  - **Abschlagszahlungen** * und
    - **monatlich** in Höhe von **19,50 € pro Grundpauschale P1** des vorangegangene Abrechnungsquartals
    - im laufenden Abrechnungsquartal
  - **Schlusszahlungen**

- Nachabrechnungen und Korrekturen im Rahmen des 73c Vertrages werden online über die Vertragssoftware ausgeführt und übermittelt.
  - ➢ Diese können ein Jahr (4 Quartale) rückwirkend ausgeführt werden.

* nicht im BKK LV Süd-Vertrag

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

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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.

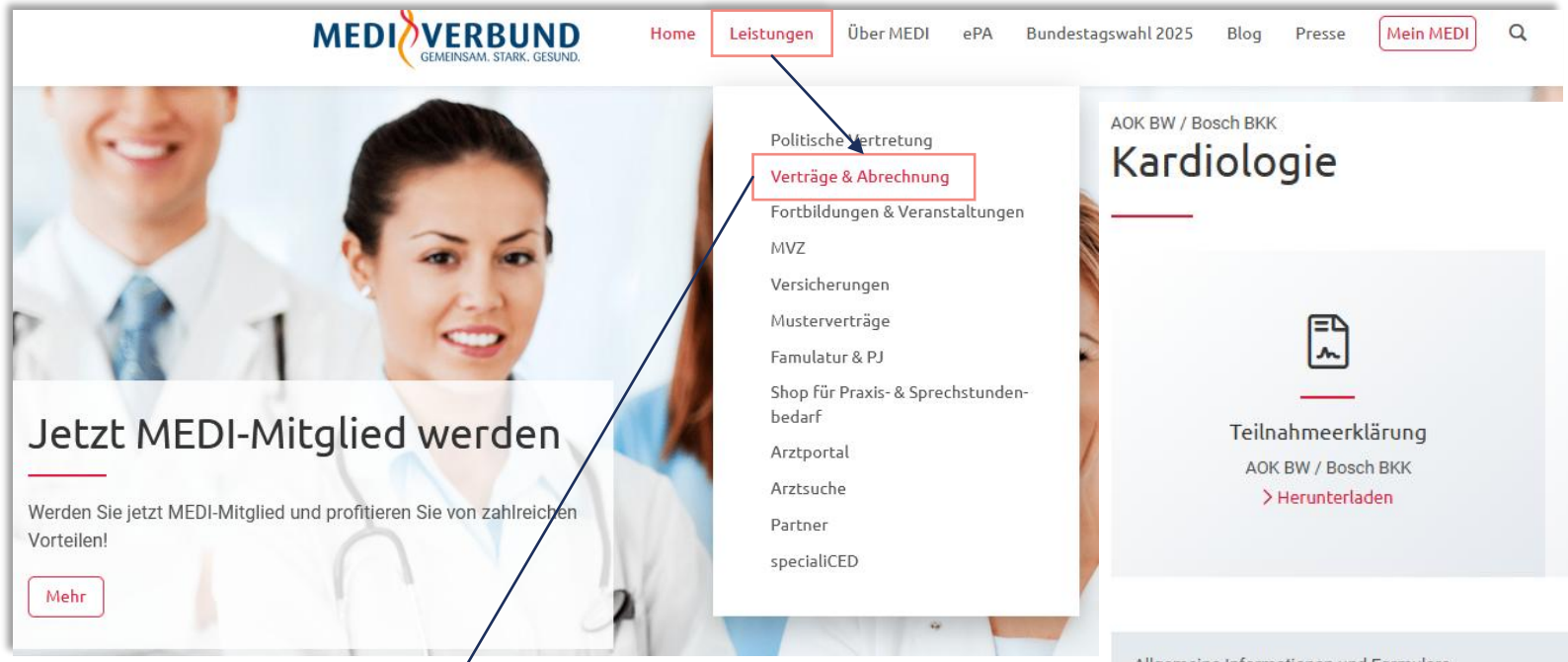
Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

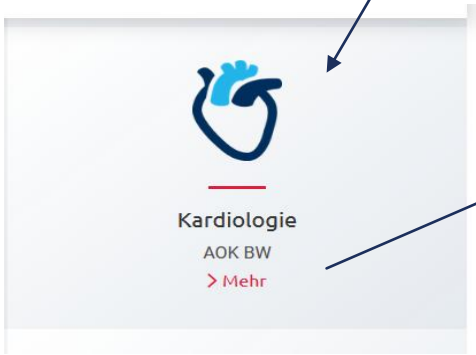
AGENDA

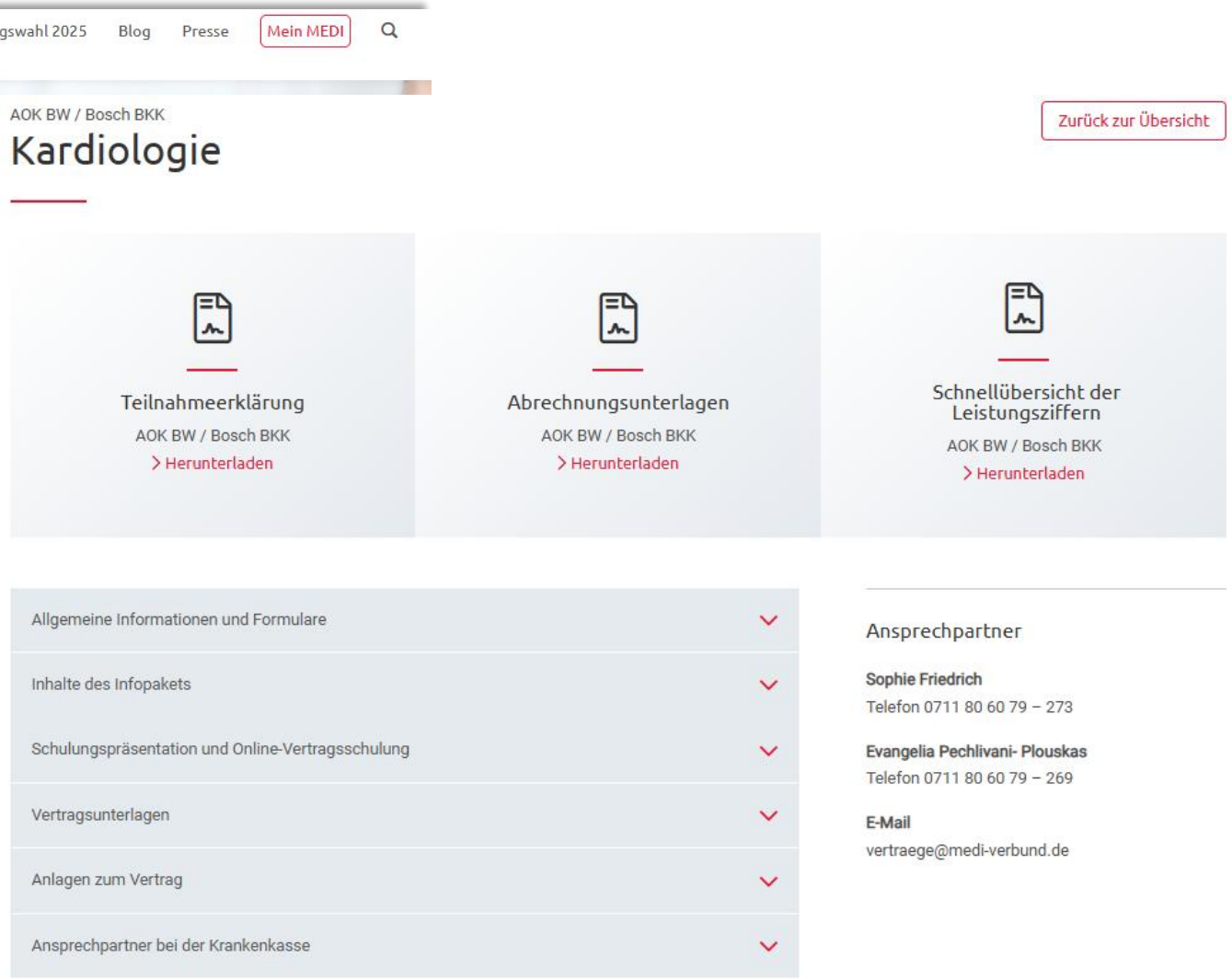
1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
6. Internetauftritt
7. Pharmaquoten

MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

www.medi-verbund.de



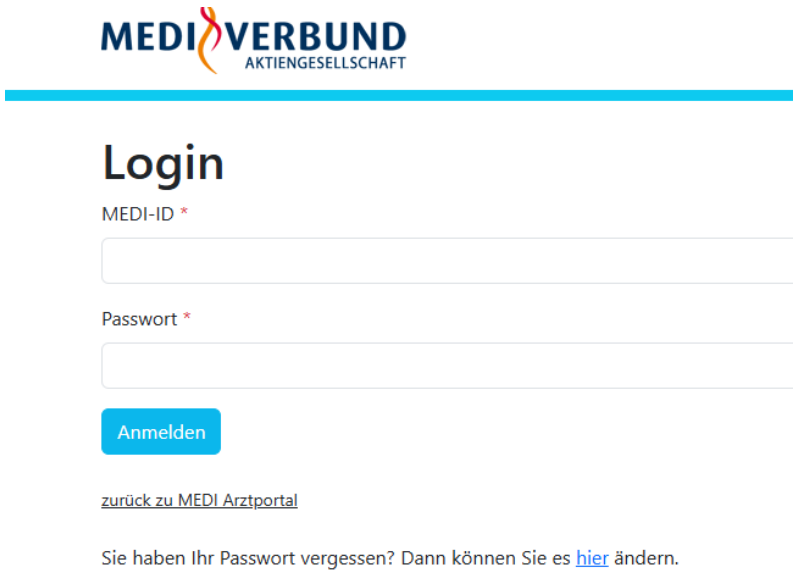


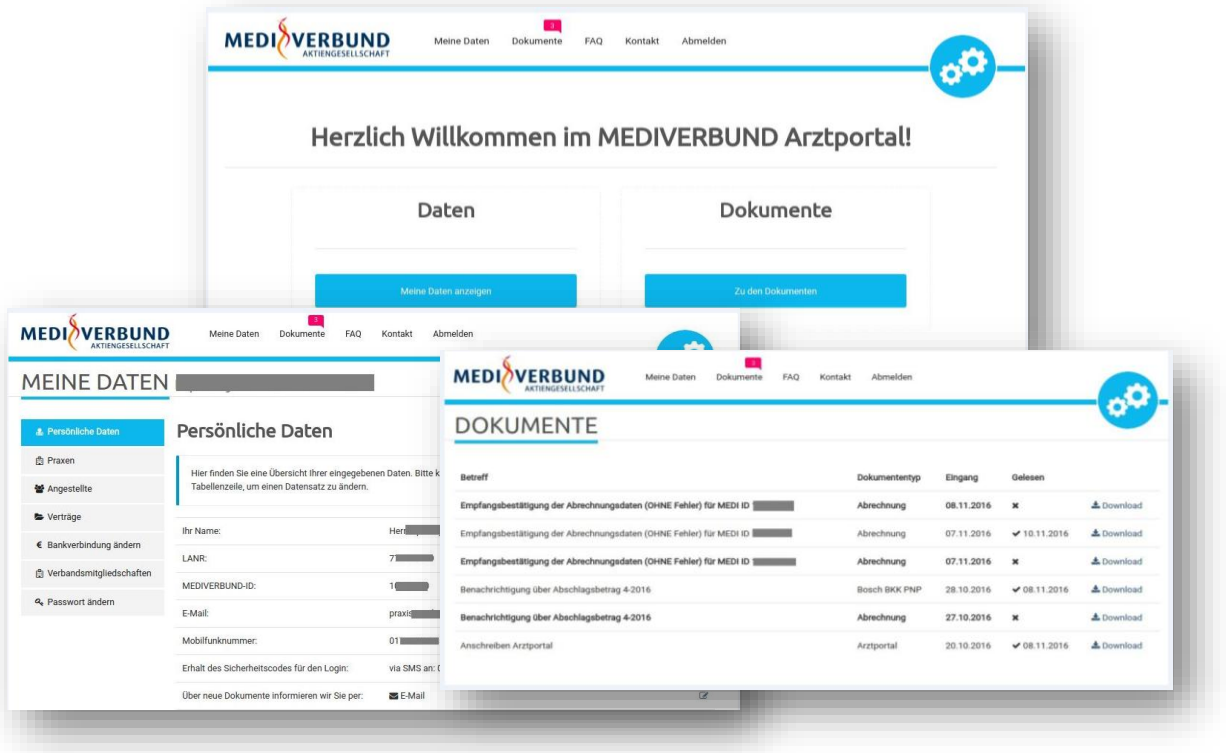


MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

www.medi-arztportal.de

- Alle Dokumente, den Facharztvertrag betreffend abrufbar (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung)
- 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

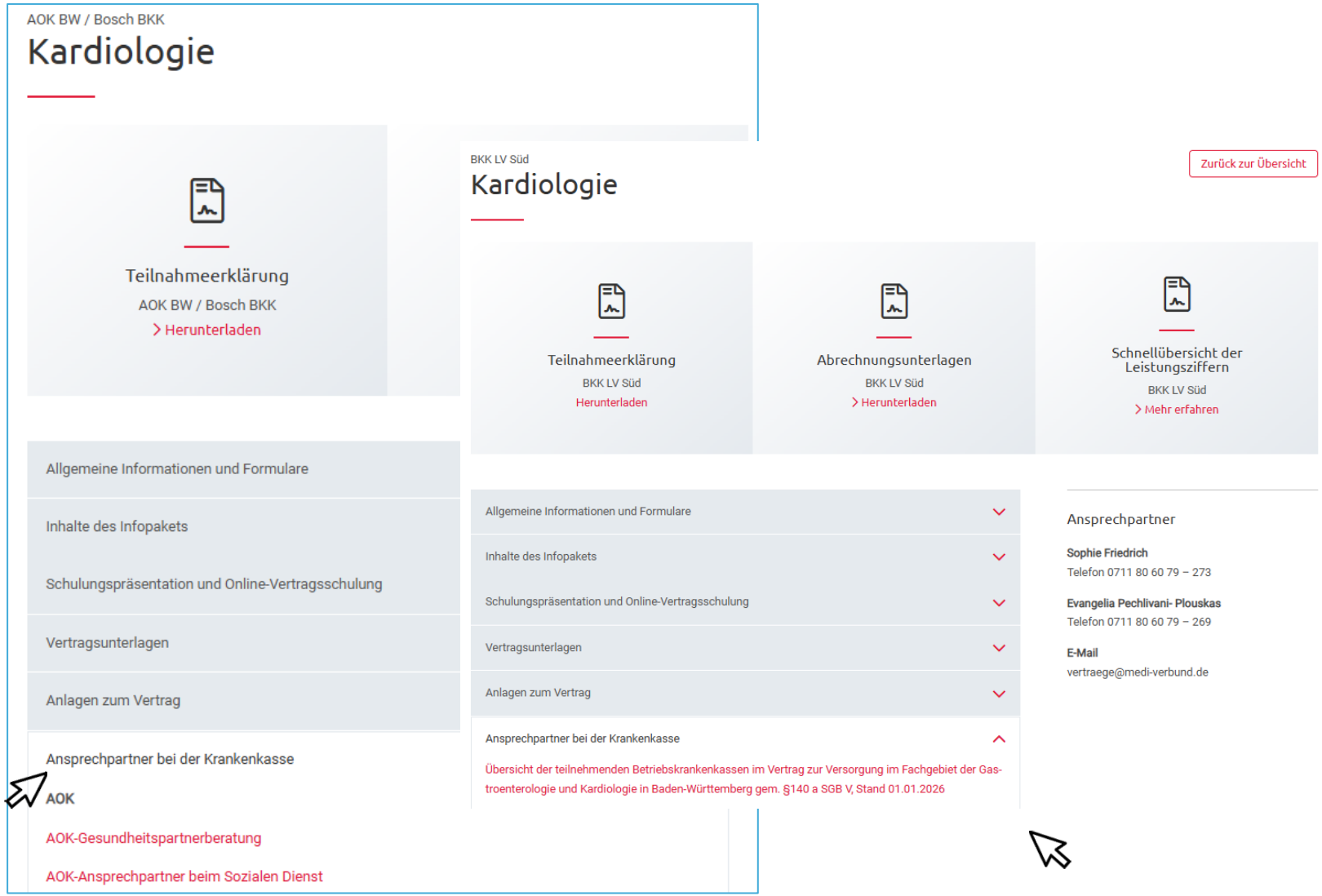
www.medi-arztsuche.de



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	12							Sa	12
Mo	13	Do	13							So	13
Di	14	Fr	14							Mo	14
Mi	15	Sa	15							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 = 1,50€)**



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€**)



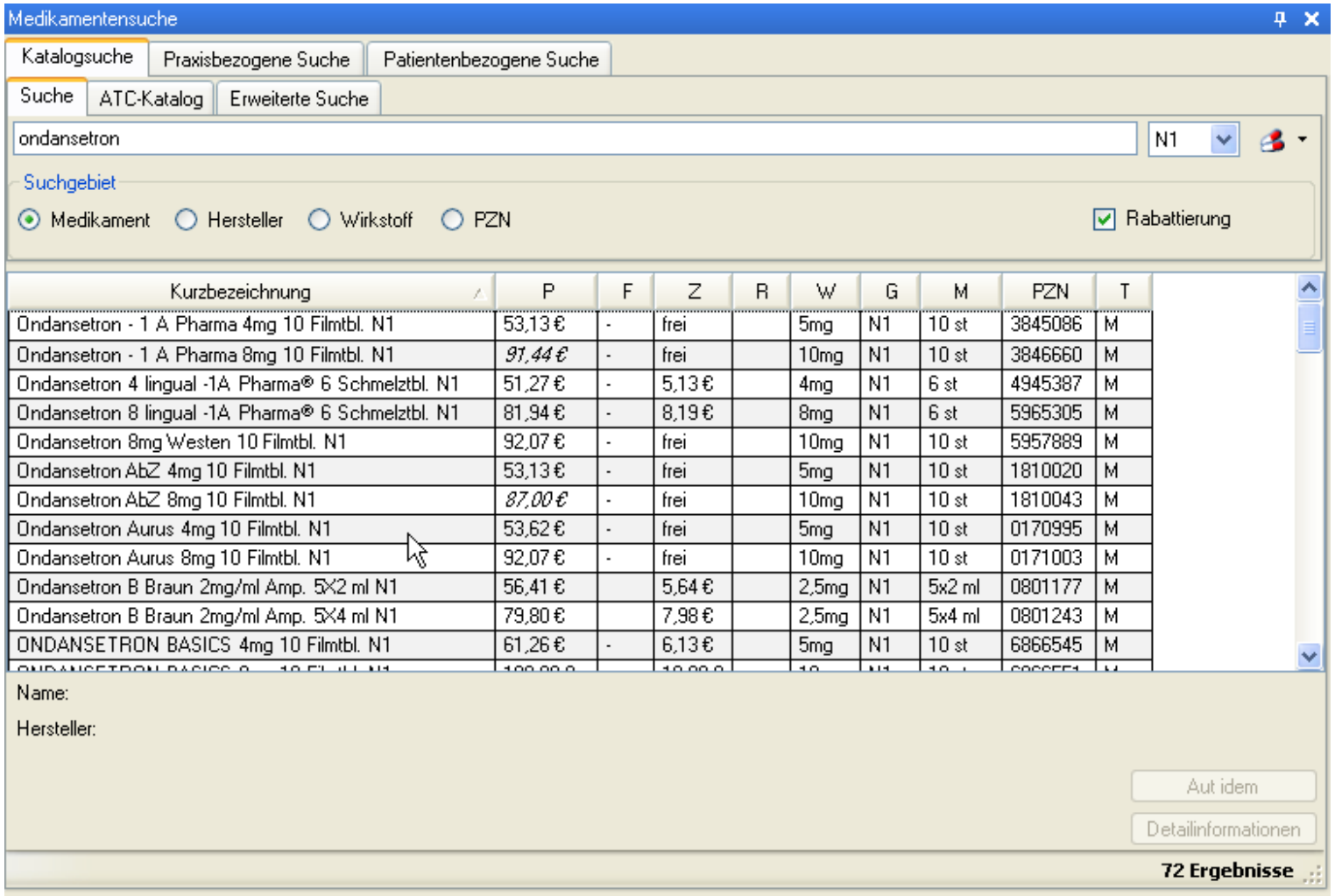
Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

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:

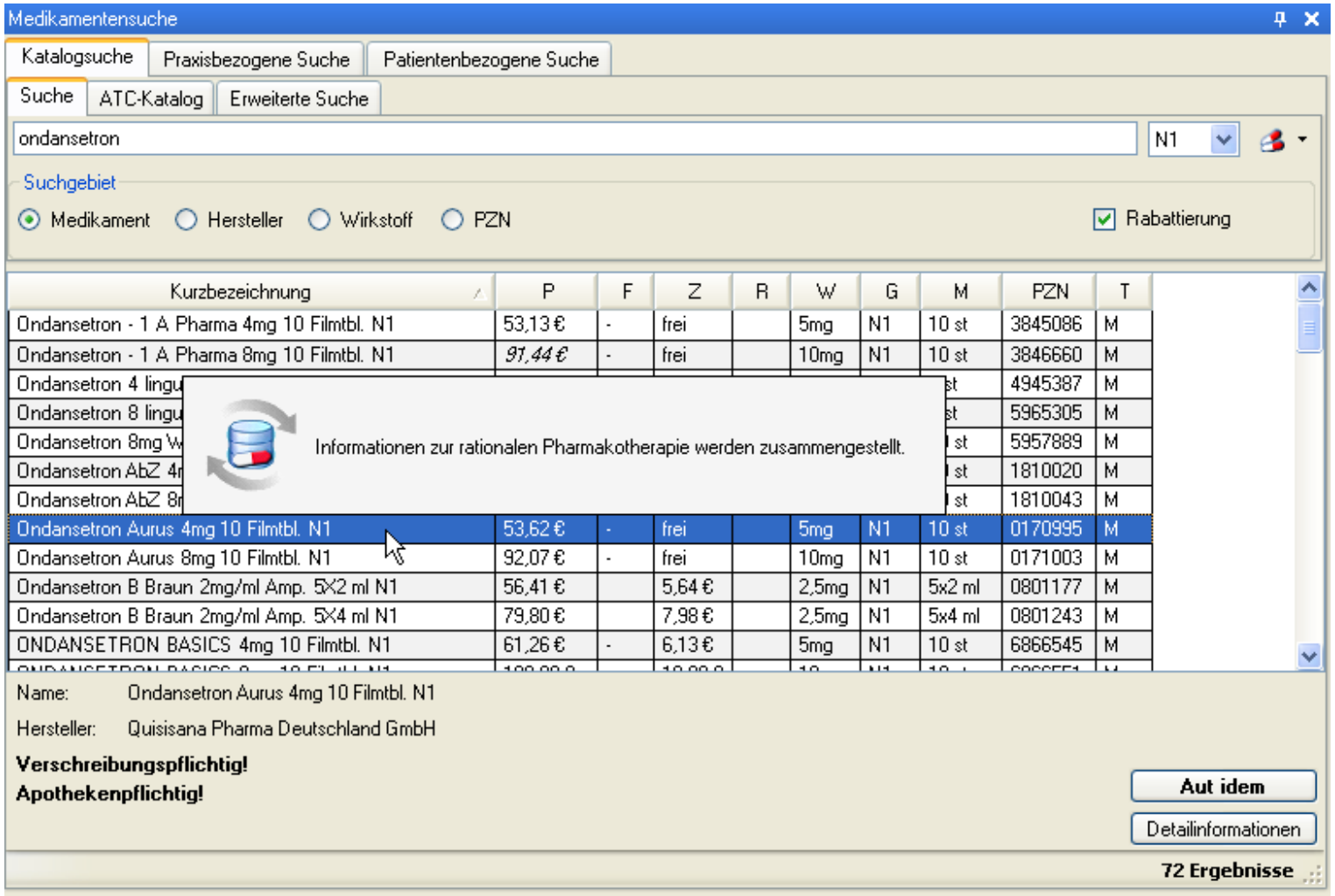
1	P1	06.02.2018	32,00 €
2	---Q1_BLAU---	06.02.2018	0,50 €
3	---Q1_GRUEN---	06.02.2018	1,50 €
4	---Q4---	06.02.2018	5,00 €
5	P1E	06.02.2018	25,00 €
6	P2	06.02.2018	35,00 €
		Summe:	99,00 €
		Verwaltungskosten (3,570 %)	3,53 €

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE



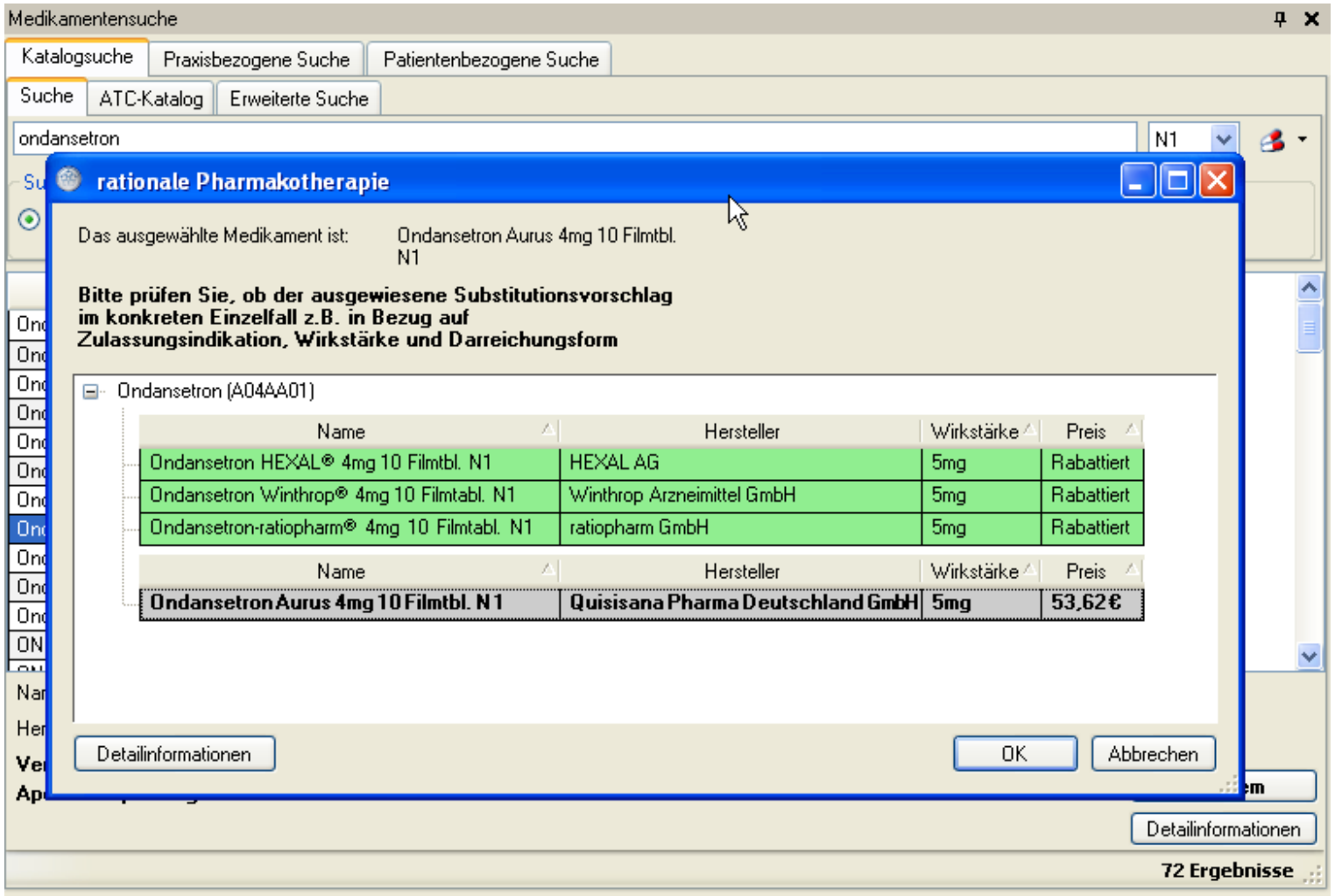
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE



MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

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