

ABRECHNUNGSSCHULUNG NEPHROLOGIE-VERTRAG §140a SGB V

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

AGENDA

1 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

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

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

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

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

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

FACHARZTPROGRAMM DER AOK BW

Kardiologie

Gastroenterologie

Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie

Nephrologie





Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

TEILNAHMESTATUSPRÜFUNG

Der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. Facharztprogramm wird über eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

TE-ID

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin,
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, 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 jeweils 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 zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme 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 Nichterfüllung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes 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; in dem 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.

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J

<TE-Code>

Eintrag für den Patienten

X

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

TE-ID

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin,
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, 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 jeweils 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 zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme 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 Nichterfüllung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes 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; in dem 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.

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J

<TE-Code>

Eintrag für den Patienten

X

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG





1. Information des Versicherten über den Vertrag / Aushändigung des Versicherten-Merkblatts
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare)
3. beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet
(1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis)
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware,
unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes



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

VERSICHERTENEINSCHREIBUNG - DETE

DIGITALE EINVERSTÄNDNIS- UND TEILNAHMEERKLÄRUNG

1. Information des Versicherten über den Vertrag / Bereitstellung des Versicherten-Merkblatts 
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Darstellung der Teilnahmeerklärung auf einem digitalen Endgerät (z.B. Tablet) 
3. die Teilnahmeerklärung wird vom Versicherten elektronisch unterzeichnet 
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware 

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

EINSCHREIBEFRISTEN IM FACHARZTPROGRAMM

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



AGENDA

1 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

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

Bedingungen:

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

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

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

→ **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

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

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

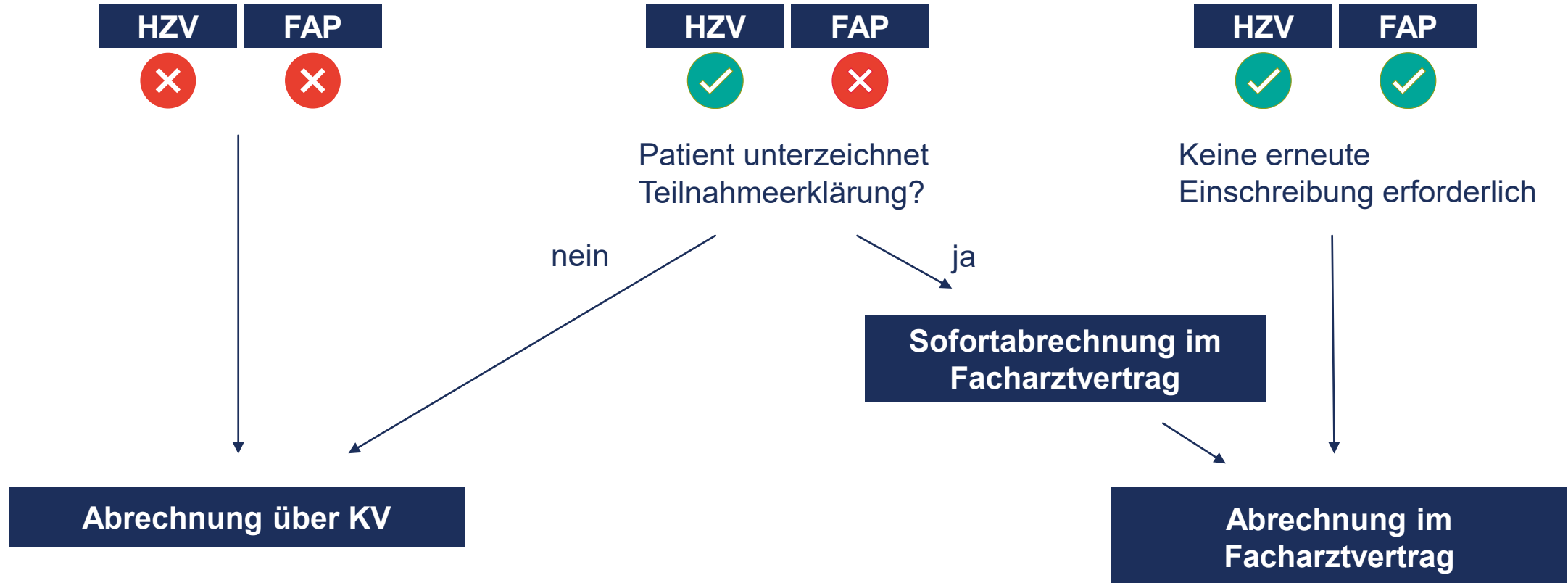
– keine Mitgliedschaft bei der AOK BW

– 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

Online-Teilnahmestatusprüfung



AGENDA

1 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

WICHTIGE DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

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

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

Honoraranlage (Anlage 12 Abschnitt I):
Enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

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

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

AUSZUG

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

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

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

ANMERKUNGEN IM GZK

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

FAV-Leistung

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

HZV-Leistung

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

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

LABORLEISTUNGEN

- Laborleistungen, **die im Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind, sind in den Pauschalen 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), die **nicht im GZK** abgebildet sind, werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

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

HINWEIS ZUM WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS

Ärzte können bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erhalten.

Bei der Berechnung werden auch selektivvertragliche Fälle berücksichtigt. Voraussetzung hierfür ist jedoch, dass diese Fälle als Pseudofall in Ihrer KV-Abrechnung erscheinen.

- Für jeden Selektiv-Patienten sollten Sie daher einen sogenannten Pseudofall im KV-System anlegen und mit der Kennziffer **88192** versehen.

ICD-LISTE

AUSZUG

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

ICD-Code	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-Text	E1: Ärztliche Betreuung bei Zentrums-/LC-Dialyse	E2: Ärztliche Betreuung bei Heimdialyse (Hämo)	E3: Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse	P1a: Betreuung sonstiger nephrologischer Erkrankungen	P2a: Betreuung chronischer Nierenerkrankung (Stadium 3-5)	P2b: Betreuung Zentrumsdialyse	P2c: Betreuung Peritoneal-/Heimdialyse	P2d: Betreuung nach Transplantation	P2e: Betreuung nach Lebendnierenspende	P2g: Betreuung von Hypertonikern	P2aBP3: standardisierte gemeinsame Entscheidungsfindung Nierenersatz gemäß DGN/KDIGO nach Therapiewechsel
C64	C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken				x							
C65	C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens				x							
D30.0	D300	Gutartige Neubildung: Niere				x							
D30.1	D301	Gutartige Neubildung: Nierenbecken				x							
D41.0	D410	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Niere				x							
D41.1	D411	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Nierenbecken				x							
I10.00	I1000	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.01	I1001	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.10	I1010	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.11	I1011	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.90	I1090	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I10.91	I1091	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.00	I1500	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.01	I1501	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise										x	
I15.10	I1510	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenerkrankungen: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise										x	

HONORARANLAGE

AUSZUG

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

Anlage 12 Vertrag vom 01.04.2020 Versorgungsinhalte AOK-Facharztprogramm Nephrologie		
1. Grundpauschale		
P1	<p>Grundpauschale</p> <p>Allgemeine evidenzbasierte Informationen u.a. zu</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aufklärung und Beratung zum Krankheitsbild auch gemäß Alter und Geschlecht • Ursachen der nephrologischen Erkrankung und zum möglichen Verlauf • Förderung der Eigen- bzw. Gesundheitskompetenz • sonstige relevante Maßnahmen z.B. Impfschutz, Follow-up usw. • relevante Begleit- und Grunderkrankungen im Kontext nephrologischer Erkrankungen • medikamentöse Betreuung wie o.g. • nicht-medikamentöse Betreuung wie o.g. • (Sekundär-, Tertiär-) Prävention • beeinflussbare Risikofaktoren wie Nikotinabhängigkeit, Gewichtoptimierung, Bewegungsförderung, Ernährung usw. <p>Diagnostik u.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biopsychosoziale Anamnese zu Begleit- und Grunderkrankungen einschl. Medikamentenreview • Klinische Untersuchung • Ggf. apparative Untersuchungen <ul style="list-style-type: none"> ▪ Allgemeinlabor ▪ Sonographie (B-Mode) <p>Therapiegrundsätze wie o.g. nicht-medikamentös/präventiv & medikamentös/AMTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • Unterstützung der DMP-Teilnahme v.a. KHK/Diabetes • sonstige Maßnahmen zur Prophylaxe und Risikoberatung einschl. Impfstatus • Förderung interdisziplinärer Koordination und Kooperation • Monitoring/Wiedervorstellung je nach Krankheitsverlauf und Prognose zur Diagnostik und Therapie <p>Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom NEPHROLOGEN mit Laborparametern, Therapieempfehlung, ggf. Medikamentenplan, Kriterien zur Wiedervorstellung und individuellem biopsychosozialen Versorgungskonzept 	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES vorliegt.</p> <p style="text-align: right;">32,00 EUR</p>

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK



DEFINITION ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

APK

- Interaktion eines Facharztes und / oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und / oder dessen Bezugsperson

und

- beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten
 - **Persönlicher APK:** Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
 - **Telemedizinischer APK:** Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger erbracht, also nicht am gleichen Ort und / oder nicht zur gleichen Zeit

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

LEGENDE

Symbole

 Fernbehandlung möglich (telemedizinischer APK per Video, Telefon oder Messenger möglich)











 nicht delegierbare Leistung

 nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen (gem. ICD-Liste)

 wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt

 es muss ein entsprechender Nachweis bei der MEDIVERBUND AG vorliegen

GRUNDPAUSCHALE UND DEREN ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale	1 x pro Quartal	 	32,00 €
+ P1UE Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu P1	 	10,00 €
<div style="border: 1px solid orange; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in der Software</div>			
+ Q1 Rationale Pharmakotherapie		 	Max. 4,00 €
+ Q3 Zuschlag Duplexsonographie		 	4,00 €
oder V1 Vertretungspauschale*	1 x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist  	16,00 €

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

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

PAUSCHALEN



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

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

BERATUNGSPAUSCHALEN

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

*GEF = Gemeinsame Entscheidungsfindung

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

EINZELLEISTUNGEN

E1	Ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Zentrumsdialyse (inkl. LC-Dialyse)	<i>abrechenbar je Dialyse</i>	!	20,00 €
E2	Ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Heimdialyse (Hämodialyse)	<i>abrechenbar je Dialyse</i>	! 📄 ⓧ	20,00 €
E3	Ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Peritonealdialyse	<i>täglich abrechenbar</i>	! 📄 ⓧ	11,00 €



Die Abrechnung der IPD erfolgt über die Einzelleistung E1

ZUSCHLÄGE

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

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

Qualitätszuschläge

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

ABRECHNUNG VON DIALYSESACHKOSTEN

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

ABRECHNUNGSBEISPIEL CHRON. NIERENINSUFFIZIENZ

Grundpauschale	P1	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung chronische Nierenerkrankung	P2A	30,00 €
Beratungspauschale Progressionsverzögerung	P2ABP1	35,00 €
Summe		111,00 €

**Erstvorstellung Patient mit
chronischer Niereninsuffizienz
Stadium 3, Diagnose: N18.3G**

ABRECHNUNGSBEISPIEL ZENTRUMSDIALYSE

Grundpauschale	P1	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung während Zentrumsdialyse	P2B	50,00 €
Ärztliche Betreuung je Dialyse (39x/Quartal)	E1 (x39)	780,00 €
Summe (Vergütung je Quartal)		876,00 €

Zentrumsdialyse-Patient,
Diagnose: Z49.1G,
Quartalsbetreuung

ABRECHNUNGSBEISPIEL PERITONEALDIALYSE

Grundpauschale	P1	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung während Heimdialyse / Peritonealdialyse	P2C	60,00 €
Ärztliche Betreuung je Dialyse (91x / Quartal)	E3 (x91)	1.001,00 €
Summe (Vergütung je Quartal)		1.107,00 €

**PD-Patient, Diagnose: Z49.2G,
Quartalsbetreuung**

ABRECHNUNGSBEISPIEL TRANSPLANTATION

Grundpauschale	P1	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung nach Transplantation	P2D	30,00 €
Summe		76,00 €

Patient nach Transplantation in der Sprechstunde, Diagnose: Z94.0G

ABRECHNUNGSBEISPIEL GLOMERULONEPHRITIS

Grundpauschale	P1	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Sonstige nephrologische Erkrankung	P1A	25,00 €
Zuschlag Immunsuppression	ZIS	20,00 €
Summe		91,00 €

Patient mit Glomerulonephritis,
immunsupprimiert, normale GFR,
Diagnose: N00.3G

AGENDA

1 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

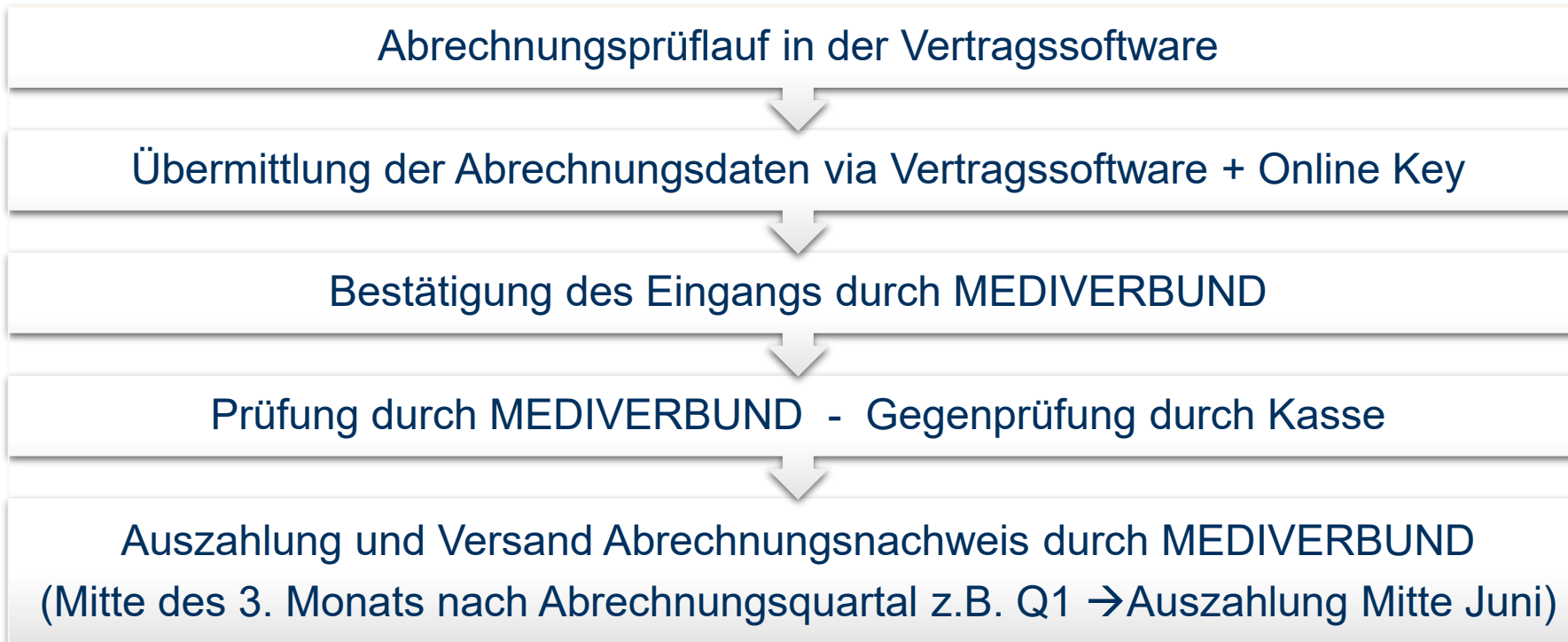
2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

ABRECHNUNGSPROZESS



DATENEMPfangSBESTÄTIGUNG

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

MEDIVERBUND ID: [REDACTED]
Vertrag: AOK BW Nephrologie § 140a
Datum: 06.07.2020
Betreff: Empfang Ihrer Abrechnungsdaten

Sehr geehrter [REDACTED]

wir haben von Ihnen am 03.07.2020 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

2. Quartal 2020

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	90	0	90
Anzahl Leistungsziffern	868	0	868
Anzahl Diagnosen	572	0	572
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns **17 Verordnungen** geschickt.

Tipp: Prüfen Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und vergleichen Sie die Fallzahlen

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

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

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 2. Quartal 2020		11.467,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	409,48 €	
Zwischensumme Quartal 2/2020		11.057,52 €

Zwischensumme gesamt		11.057,52 €
-----------------------------	--	--------------------

	Abrechnungssumme	11.057,52 €
	Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 2 / 2020	
	Endbetrag	11.057,52 €

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

▪ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
19.07.2020	AOK BW Nephrologie 140a Abrechnung für 02/2020 - Abrechnungsergebnis	11.467,00 €
19.07.2020	AOK BW Nephrologie 140a Abrechnung für 02/2020 - Verwaltungskosten	-409,48 €
	End Saldo	11.057,52 €

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

Änderungen der Bankverbindung
bitte rechtzeitig über Arztportal
oder Stammdatenänderungsblatt
mitteilen

▪ Übersicht Behandlungsfälle

Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q2/2020	55	52	3

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

- Einzelnachweise

- detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
- von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
- NEGSO FAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
- Abrechnungsmitteilungen / Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
1	P1	14.04.2	
2	P2ABP2	14.04.2	
3	P2A	14.04.2	
4	P1UE	14.04.2	
5	P2ABP1	14.04.2	
6	---Q3---	14.04.2	
Summe		Summe:	Summe Leistungen
Verwaltungskosten (Faktor in %):			Verwaltungskosten
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum
Summe:		119,00 €	
Verwaltungskosten (3,570 %)		4,25 €	

BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

ICD-EINSCHLUSS

Bestimmte Leistungen können nur bei Vorliegen einer bestimmten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 abgerechnet werden.

Übermittelte Daten

Datum	Ziffer	Diagnosen
1. Termin	P1	
1. Termin	P1UE	
2. Termin	P2A	N18.3 V



nach Prüfung

1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	---Q3---	1. Termin	4,00 €
Summe:			46,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von P2A ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	2. Termin	

BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

ABRECHNUNGSHÄUFIGKEIT

Übermittelte Daten

Datum	Ziffer	Diagnosen
1. Termin	P1	
1. Termin	P1UE	
2. Termin	P2A	N18.3 G
3. Termin	P2A	N18.3 G



nach Prüfung

1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	P2A	2. Termin	30,00 €
4	---Q3---	1. Termin	4,00 €
6	Summe:		76,00 €
Änderung:	P2A darf nur einmal im Quartal abgerechnet werden.	3. Termin	

BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

ABRECHNUNGSAUSSCHLUSS

Übermittelte Daten

Datum	Ziffer
1. Termin	E1
2. Termin	E1
3. Termin	E1
3. Termin	E2



nach Prüfung

1	E1	1. Termin	20,00 €
2	E1	2. Termin	20,00 €
3	E1	3. Termin	20,00 €
4	Summe:		60,00 €
5	Verwaltungskosten (3,57 %):		2,14 €
Änderung:	E2 kann am selben Tag nicht neben E1 abgerechnet werden.	3. Termin	

ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

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



REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

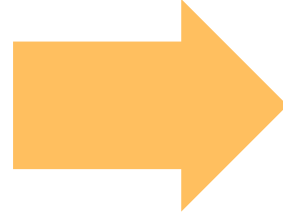
- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden, direkt aus der KV-Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.

Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

AUSZAHLUNGSPROZESS

Monatliche Abschlagszahlungen

- **43,50 €** pro Fall (Grundpauschale P1)
- Berechnung auf Basis der Abrechnungsdaten des Vorquartals



Schlusszahlung

ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

KALENDER MIT WICHTIGEN ABRECHNUNGSTERMINEN

Nephrologie AOK BW
Pneumologie AOK BW / Bosh BKK
Rheumatologie AOK BW / Bosh BKK
Urologie AOK BW / Bosh 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	Mo 3	Do 3	Sa 3 Tag der dt. Einheit	Di 3	Do 3						
Sa 4	Di 4	Fr 4	So 4	Mi 4	Fr 4						
So 5	Mi 5	Sa 5	Mo 5	Do 5	Sa 5						
Mo 6	Do 6	So 6	Di 6	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 12	Do 12	Sa 12						
Mo 13	Do 13	So 13	Di 13	Fr 13	So 13						
Di 14	Fr 14	Mo 14	Mi 14	Sa 14	Mo 14						
Mi 15 3. AZ Q2/2026	Sa 15	Di 15 2. AZ Q3/2026	Do 15 3. AZ Q3/2026	So 15	Di 15 2. AZ Q4/2026						
Do 16	So 16	Mi 16	Fr 16	Mo 16 1. AZ Q4/2026	Mi 16						
Fr 17	Mo 17 1. AZ Q3/2026	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						

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.

AGENDA

1 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

PHARMAQUOTEN

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



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



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



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



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

BEISPIELHAFTER 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 4r							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8r							st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170935	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	100,00 €	-	10,00 €		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

BEISPIELHAFTER DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

The screenshot shows a software window titled "Medikamentensuche" with tabs for "Katalogsuche", "Praxisbezogene Suche", and "Patientenbezogene Suche". The search term "ondansetron" is entered, and a dropdown menu shows "N1". A modal window titled "rationale Pharmakotherapie" is open, displaying the following information:

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

Buttons: Detailinformationen, OK, Abbrechen

72 Ergebnisse

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 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	P1	24.06.2020	32,00 €
2	--ABSCHLAG_NPH--	24.06.2020	0,00 €
3	--Q1_BLAU--	24.06.2020	1,00 €
4	--Q1_ROT--	24.06.2020	0,50 €
5	--Q3--	24.06.2020	4,00 €
6	P2A	24.06.2020	25,00 €
7	P2ABP1	24.06.2020	30,00 €
		Summe:	92,50 €
		Verwaltungskosten (3,570 %)	3,30 €

INFORMATIONSSSEITE ZUR PHARMAQUOTENERREICHUNG

- Der Abrechnungsbrief enthält eine Auflistung der Quoten und der Zielwerte gemäß 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 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag

The screenshot shows the website interface for www.medi-verbund.de. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. The main content area is divided into several sections:

- Left Sidebar:** A search bar with the text "vertraege-abrechnungen" and a list of categories including Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner.
- Top Left:** A banner for "MEDI-Mitglied werden" with the text "etzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen".
- Top Right:** A "Zurück zur Übersicht" button.
- Center:** A section for "Nephrologie" under "AOK BW". It features three cards: "Teilnahmeerklärung" (Herunterladen), "Abrechnungsunterlagen" (Mehr erfahren), and "Elektronische Arztvernetzung" (Mehr erfahren).
- Bottom Left:** A list of links with dropdown arrows: Allgemeine Informationen und Formulare, Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen, Anlagen zum Vertrag, Fortbildungen und Qualitätszirkel, and Ansprechpartner bei der Krankenkasse.
- Bottom Right:** Contact information for the "Ansprechpartner": Petra Müller, Telefon 0711 80 60 79 – 303, and E-Mail vertraege@medi-verbund.de.
- Right Panel:** A separate view of the "Nephrologie" section, showing the kidney icon, the text "Nephrologie AOK BW", and a "> Mehr" link.

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

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

Ihre Daten	
Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten.	
Ihr Name:	Sophia Nürk ♀ ✎
Geburtsdatum:	- keine Angabe - ✎
LANR:	111111111
MEDIVERBUND-ID:	10331135
Kontakt E-Mail-Adresse:	Sophia.nuerk@medi-verbund.de ✎ <small>An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.</small>
Praxis:	<ul style="list-style-type: none">Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart
Privatschrift:	- keine Angabe - ✎
Postanschrift:	- keine Angabe - ✎
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal ✎

Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arzttsuche

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 können Sie durch Eingabe Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.



Hausärzte Fachärzte

Fachärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a


AOK BW Orthopädie 140a

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.
Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

ARZTSUCHE

medi-arztsuche.de

AOK BW Nephrologie 140a

-  AOK Baden-Württemberg
- AOK BW Diabetologie 140a
- AOK BW Gastro 140a
- AOK BW Gestationsdiabetes 140a
- AOK BW Kardio 140a
- AOK BW Nephrologie 140a**
- AOK BW Orthopädie 140a
- ▼ AOK BW PNP 140a
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- AOK BW Pneumologie 140a
- AOK BW Rheumatologie 140a

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt.
Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden.
Es werden max. **100** Treffer angezeigt.


Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10** km

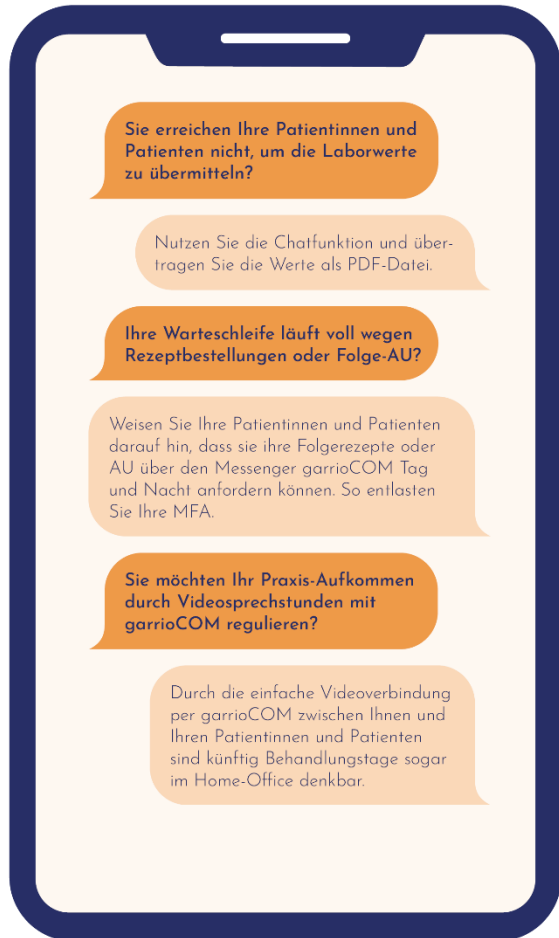
Leistung

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

 Suchen

garríoCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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



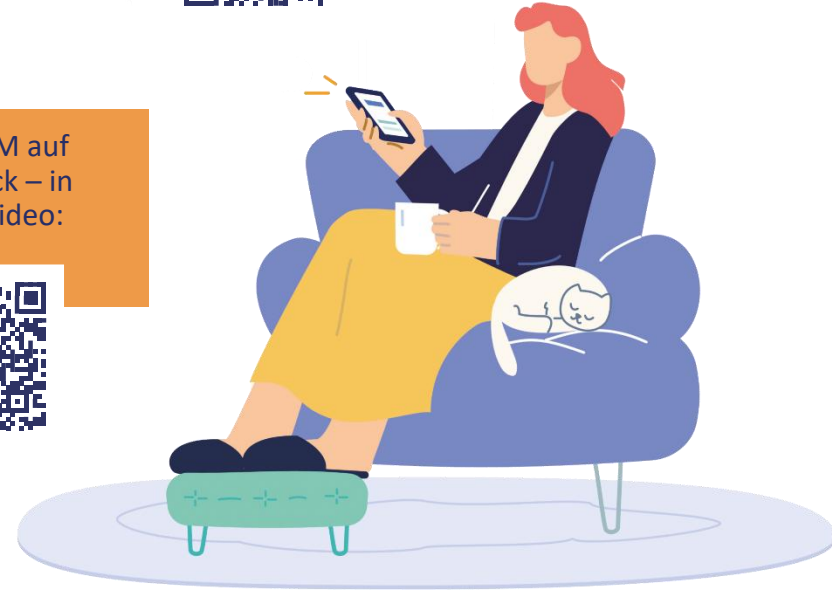
IHRE VORTEILE:

- 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

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



garríoCOM auf einen Blick – in diesem Video:



FÖRDERUNG STIPENDIEN PHYSICIAN ASSISTANT – AOK BW

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

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

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

reutter@mediverbund-iffm.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



MEDI & VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Petra Müller: 0711 80 60 79 303



vertraege@medi-verbund.de