

VERTRAGSSCHULUNG NEPHROLOGIE-VERTRAG §140a SGB V

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

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

Vorteile:



ZIELE DES VERTRAGS

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

SYSTEMATIK DES VERTRAGS

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- spezielle Honorarsystematik
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

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

VERTRAGLICH VORGEGESEHENE SCHNITTSTELLEN

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



Struktureffekte, z.B.

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

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

KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

- **Vertragsärzte**

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

- **Persönlich ermächtigte Ärzte**

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

- **MVZ**

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

Der Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ.

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Teilnahmevoraussetzungen

Persönliche Voraussetzungen

vom Arzt selbst zu erfüllen
z.B. Vertragsschulung



Praxisbezogene Voraussetzungen

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



Abrechnungsvoraussetzungen

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

PERSÖNLICHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Bereitschaft zum Besuch von mind. 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME-Punkten zu den spezifischen Krankheitsbildern
(Nachweis: Selbstauskunft – Stichproben durch die Managementgesellschaft)

PRAXISBEZOGENE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS / Praxisverwaltungssystem)
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Vertragssoftware
(Nachweis: [Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware](#))
 - Modul innerhalb Ihres AIS (Umsetzung z.B. Nephro7, Indication etc.)
 - Alternativ: Stand-alone-Lösung
- Verpflichtung zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Zum Erhalt der Qualitätszuschläge sind Nachweise erforderlich:

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

SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

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

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

SPRECHSTUNDENANGEBOT UND TERMINVERGABE

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

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

PRAXISPROZESSE

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

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

FORTBILDUNGEN

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

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 Nephrologie
→ Allgemeine Informationen und Formulare

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

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

FACHARZTPROGRAMM DER AOK BW

Kardiologie

Gastroenterologie

Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie

Nephrologie





Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

TEILNAHMESTATUSPRÜFUNG

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

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmezustandsprüfung:

HZV-Teilnahmezustand		FAV-Teilnahmezustand	
„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

Teilnahmezustandsprüfung 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

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>

X

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

X

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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

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>

X

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

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

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

EINSCHREIBEFRISTEN

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



AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

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

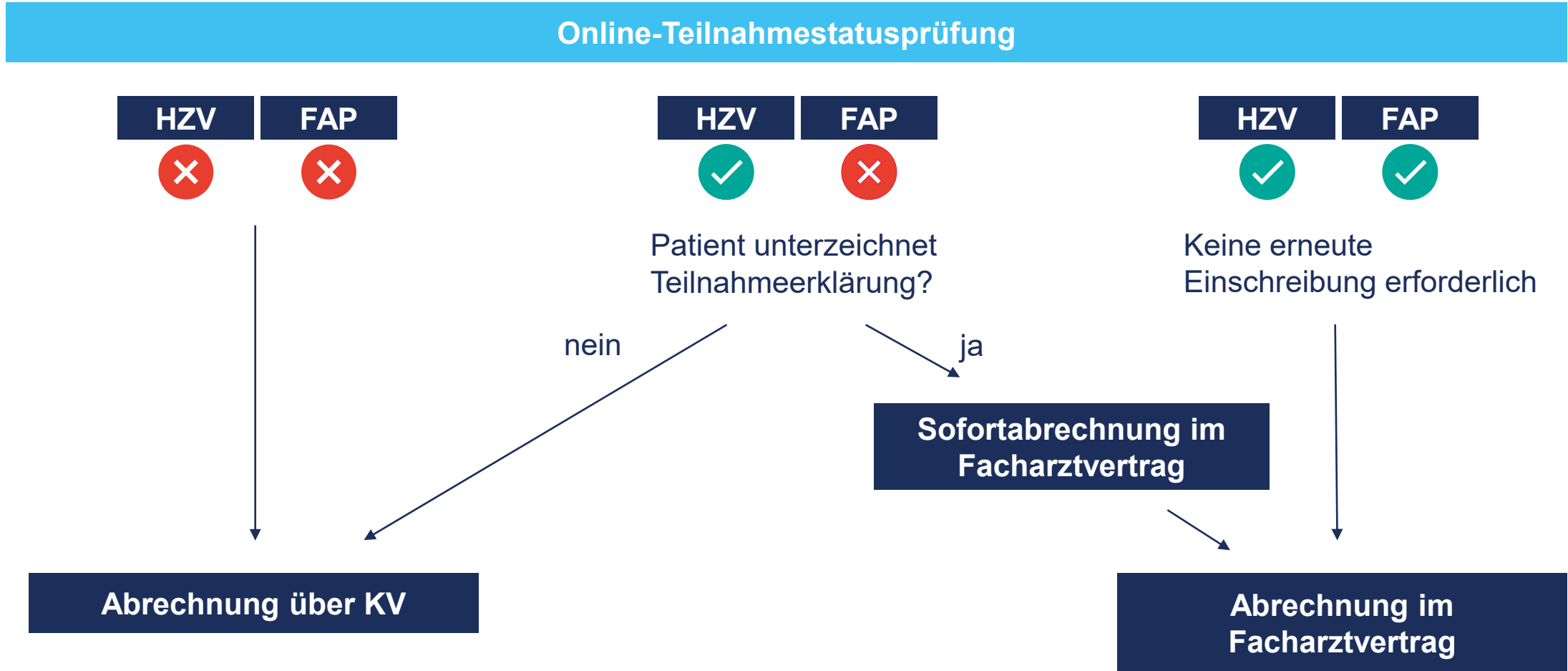
→ **Aktive Teilnahme ab Q3**



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

PRAXISABLAUF



AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Internetauftritt

WICHTIGE DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

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

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

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

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

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

AUSZUG

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

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

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

HINWEIS ZUM WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS

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

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

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

ICD-LISTE

AUSZUG

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

ICD-Code	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-Text	E1: Ärztliche Betreuung bei 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 unbekanntes Verhaltens: Niere				x							
D41.1	D411	Neubildung unsicheren oder unbekanntes 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	! 🗿 ⓧ	28,00 €
P2F	Diagnostikzuschlag	1 x pro 8 Quartale	! 🗿 ⓧ	22,00 €
P2G	Betreuung Hypertoniker auf Überweisung HA	1 x pro Quartal	! 🗿 ⓧ	25,00 €



*Spenderbetreuung
ohne gesicherte Diagnose
abrechenbar!*

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

BERATUNGSPAUSCHALEN

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

*GEF = Gemeinsame Entscheidungsfindung

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

EINZELLEISTUNGEN

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

ZUSCHLÄGE

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

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

Qualitätszuschläge

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

ABRECHNUNG VON DIALYSESACHKOSTEN

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

PHARMAQUOTEN

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



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



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



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



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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

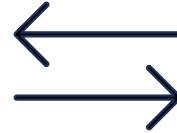
6 **Abrechnungsprozess**

3 Teilnahme der Versicherten

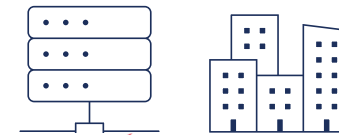
7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

DATENÜBERMITTLUNG



Online-Key



MEDI  **VERBUND**
AKTIENGESELLSCHAFT

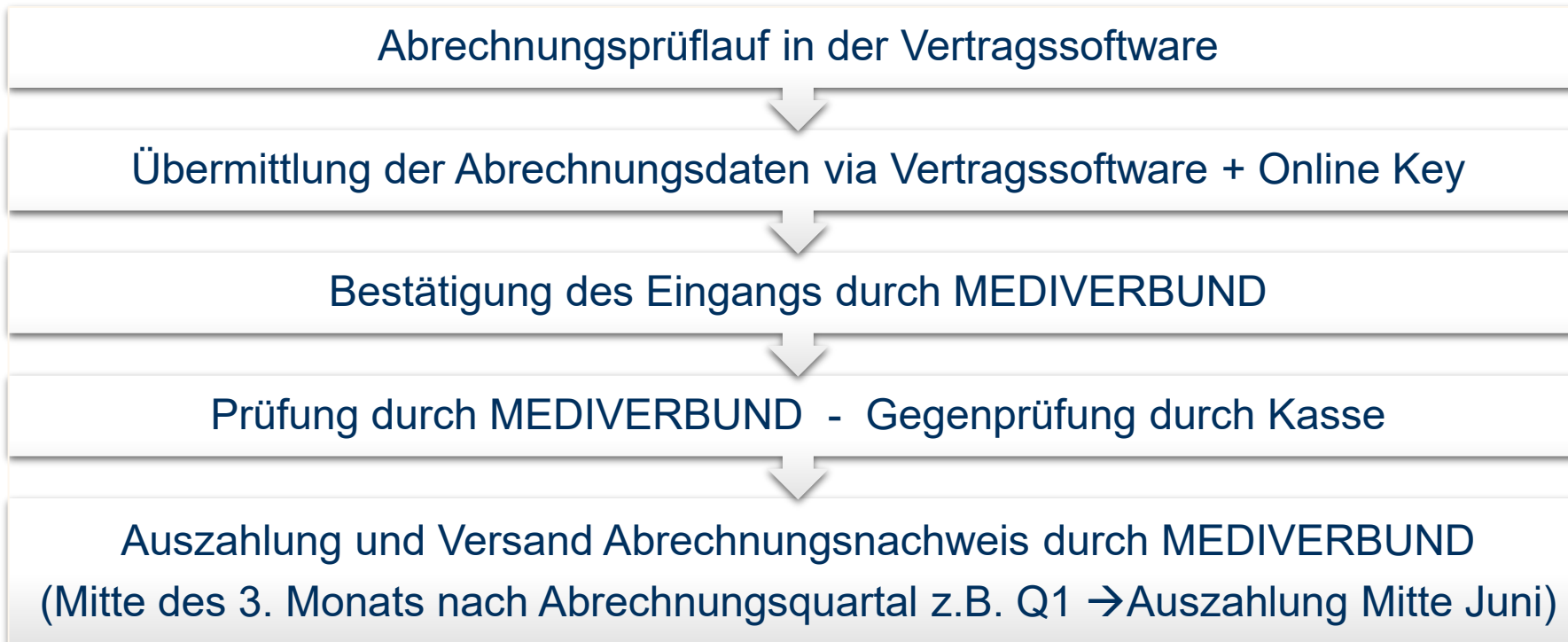
Rechenzentrum

Vertragssoftware

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

- verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

ABRECHNUNGSPROZESS



ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

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



REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

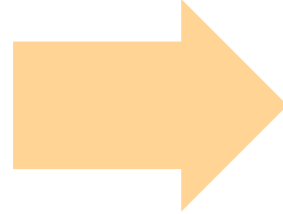
- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden, direkt aus der KV-Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von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

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

AUSZAHLUNGSPROZESS

Monatliche Abschlagszahlungen

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



Schlusszahlung

ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

KOSTENÜBERSICHT

Einschreibepauschale

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

Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar

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

IT-Kosten

- abhängig vom Softwareanbieter

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag

MEDI-VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA **Mein MEDI** Q

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
MVZ **vertraege-abrechnungen**
Versicherungen
Famulatur & PJ
Praxis- & Sprechstundenbedarf
Arztportal
Arztsuche
Partner

MEDI-Mitglied werden
etzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen

AOK BW
Nephrologie
Zurück zur Übersicht

Teilnahmeerklärung
AOK BW
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW
> Mehr erfahren

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Mehr erfahren

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

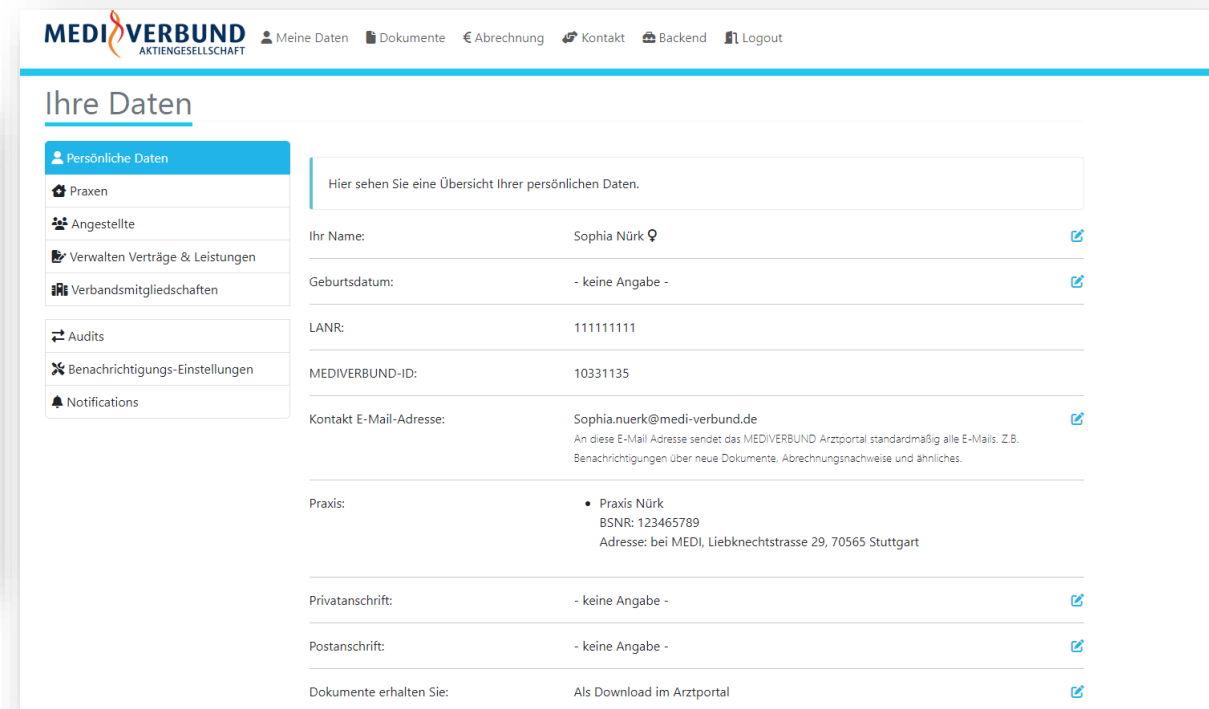
Ansprechpartner
Petra Müller
Telefon 0711 80 60 79 – 303
E-Mail
vertraege@medi-verbund.de

Nephrologie
AOK BW
> Mehr

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

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

hier ändern.'" data-bbox="49 495 380 830"/>

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.

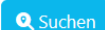
Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10** km

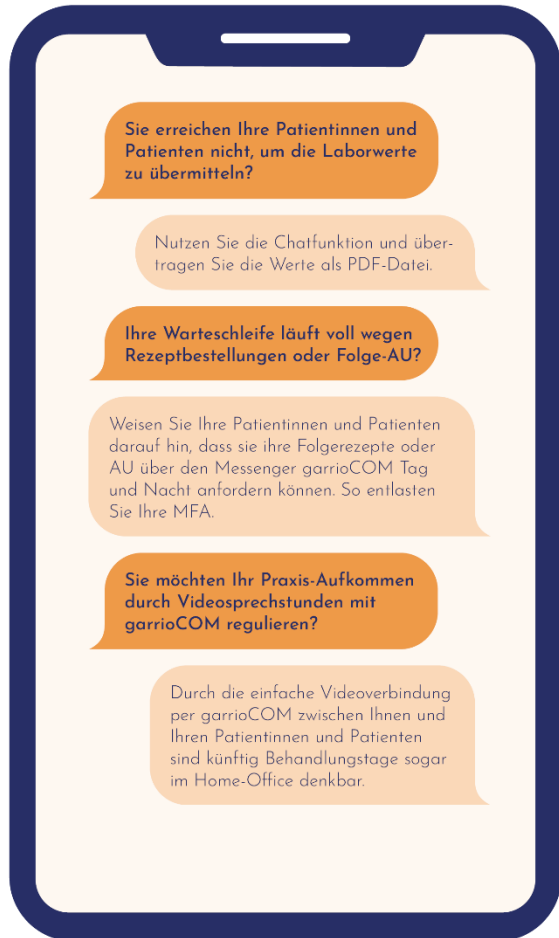
Leistung

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.



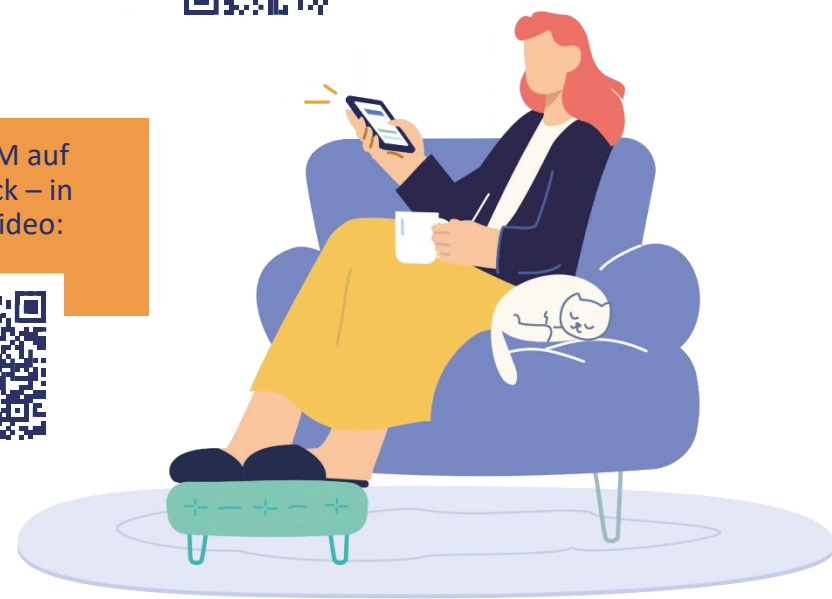
IHRE VORTEILE:

- 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