



**Gastroenterologievertrag nach § 73c / § 140a SGB V  
Abrechnungsschulung**

# Agenda

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



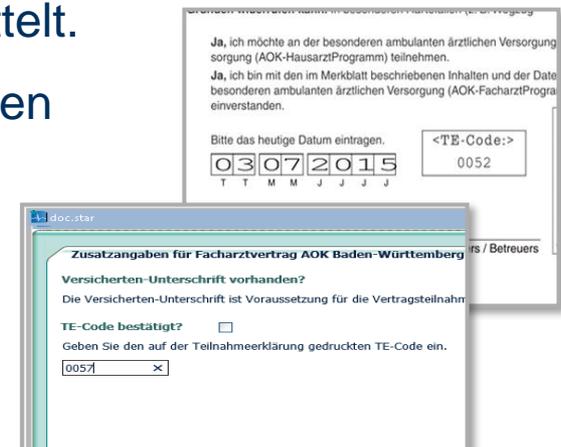
## Vorteile für Versicherten

- **Behandlungskordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)**
- **schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart**
  - **Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag**
  - **reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung**
  - **Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für Berufstätige pro Woche, z. B. bis 20.00 Uhr**
  - **Begrenzung der Wartezeit auf möglichst 30 min.**
- **Zuzahlungsbefreiung bei rabattierten Medikamenten für AOK Versicherte**
- **intensive ambulante Betreuung**

- Teilnahmevoraussetzungen
  - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW
  - aktive Teilnahme an der HZV (→ Online-Teilnahmeprüfung)
- Einschreibung in die **gesamte Facharztebene der jeweiligen Krankenkasse** für mind. 12 Monate
  - **AOK BW** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie
  - **Bosch BKK** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie und Pneumologie
  - **BKK VAG BW** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie und Psychotherapie
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf Überweisung HZV-Arzt
- aktuelles Merkblatt für Versichertenklärung verwenden

# Online-Einschreibung

- Teilnahmeerklärung (TE) wird in Ihrer Vertragssoftware ausgefüllt.
- Ausdruck von 2 Exemplaren der TE mit aufgedrucktem vierstelligen Code neben dem Unterschriftenfeld.
- Beide Exemplare der TE werden vom Versicherten und vom Arzt unterschrieben.
- vierstelliger Code wird in Vertragssoftware eingegeben (zur Bestätigung für das Vorliegen der Unterschrift) und der Einschreibedatensatz an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG übermittelt.
- 1. Exemplar zur Aushändigung an den Versicherten (+ Merkblatt)
- 2. Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis (mind. 10 Jahre).



The image shows two overlapping screenshots. The top one is a printed form titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It contains two 'Ja' statements regarding participation in ambulatory care programs, a date field for '03.07.2015', and a '<TE-Code:>' field with the value '0052'. The bottom screenshot is a software window titled 'doc.star' with the subtitle 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It asks 'Versicherten-Unterschrift vorhanden?' and 'TE-Code bestätigt?' with an unchecked checkbox. Below, it prompts for the TE-Code, showing '0052' in a text box.

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

# Einschreibefristen

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

# Agenda

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



## SANE:

**Abrechnung über den Facharztvertrag sofort nach Einschreibung des Versicherten** noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm.

➤ Voraussetzungen zur SANE:

- der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- der Arzt muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)

# Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Sind die Voraussetzungen zur SANE erfüllt, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bsp: **Einschreibung 15.03.**  
→ **alle Leistungen in Q1**  
können über den FAV  
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**  
können über den FAV  
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**

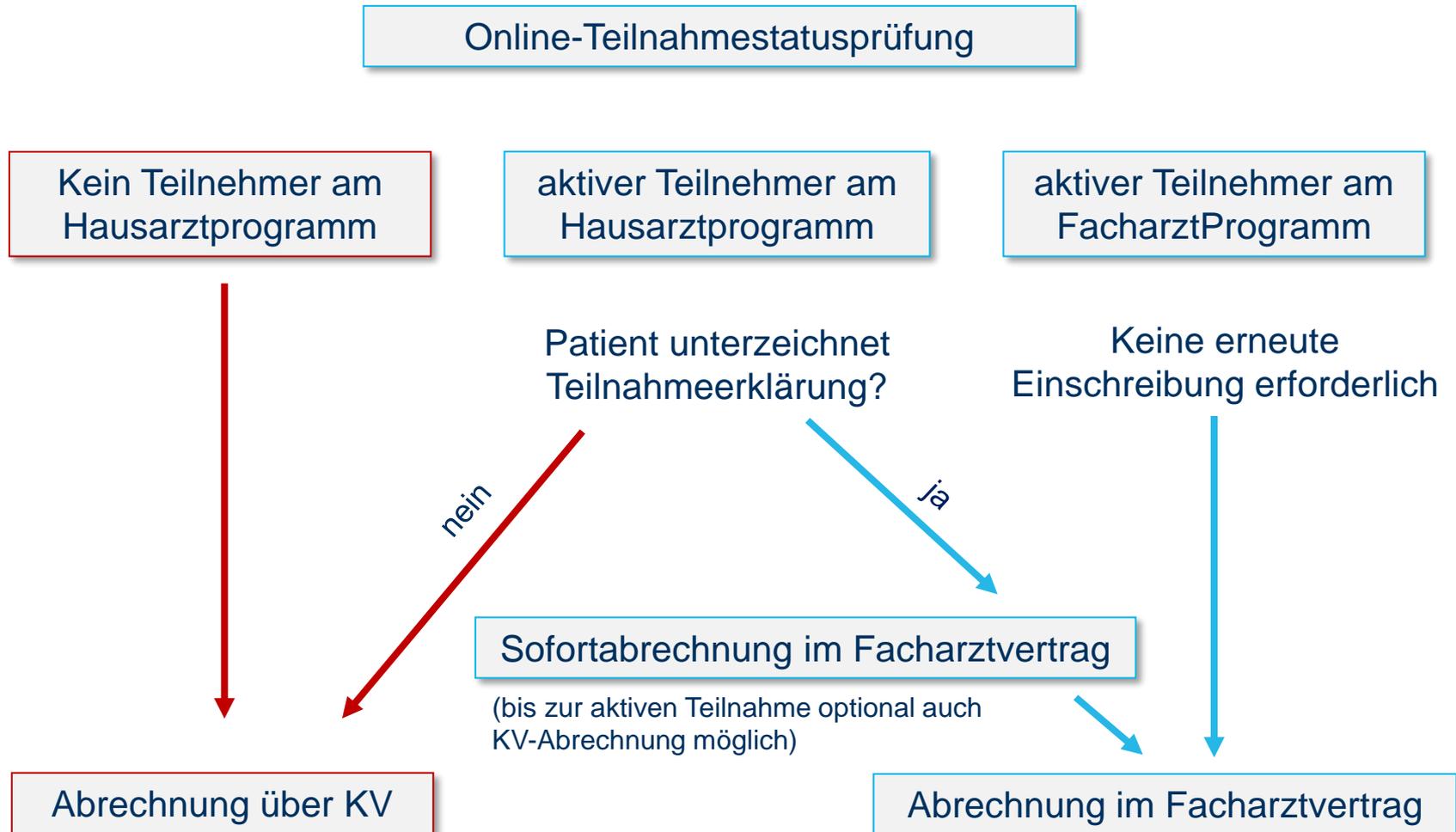


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:  
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

## Wichtige Informationen zur SANE

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



# Was tun bei einer Ablehnung von SANE-Fällen

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

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

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

- keine HZV-Teilnahme

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

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

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

# Agenda

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



# Dokumente für die Abrechnung

- diese Dokumente finden Sie unter [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)
- Gesamtziffernkranz (GZK)/Ziffernkranz (jeweils Anlage 12 Anhang 1) :
  - legt den Leistungsumfang des Vertrages fest (Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung)
  - nicht aufgelistete EBM-Ziffern sind für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch/ermächtigte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I	01.10.2017	Anmerkung geändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01412	Dringender Besuch II									
01413	Besuch eines weiteren Kranken									
01414	Visite auf der Belegstation, j									
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen									
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport									
01430	Verwaltungskomplex									

BKK VAG Mein Facharzt Modul Gastroenterologie: Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Gastroenterologie Q3/2016	
GOP	Beschreibung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
01102	Inanspruchnahme an Samstagen
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser
01410	Besuch
01411	Dringender Besuch I
01412	Dringender Besuch II
01413	Besuch eines weiteren Kranken
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport
01430	Verwaltungskomplex

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

§ 73c-Leistung

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

HZV-Leistung

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

# Dokumente für die Abrechnung

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

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
<b>I. Pauschalen</b>			
Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.			
Grundpauschale P1	Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien  <b>Hausarzebene:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• körperlicher Status erheben</li> <li>• familiäre Anamnese Darmerkrankungen</li> <li>• Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)</li> </ul>	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und</li> <li>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</li> </ul> Ausnahmen:	32,00

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

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

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



## Neue Differenzierung des Arzt-Patienten-Kontaktes (APK)

- a) Ein APK beschreibt die **Interaktion** eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
- b) Ein **persönlicher APK** liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
- c) Ein **telemedizinischer APK** liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
- d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der **Delegation** nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
- e) Ein Ausschluss der **(nichtärztlichen) Delegation** nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.



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

# Legende

- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK VAG BW-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK VAG BW-Vertrag
-  wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet
-  wird bei Abrechenbarkeit/ Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen  
gem. Anhang 2 zu Anlage 12
-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

# Grundpauschalen und Zuschläge

**P1** Grundpauschale (1x/Quartal)

   32,00 €  
37,00 €

+ **Q1** Pharmakotherapie

  4,00 €

+ **Q3** Farbdoppler

   2,00 €

**P1UE** additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt    10,00 €\* 

oder **V1** Vertreterpauschale

   17,50 €

\* Bosch BKK 5,00 €

# Zusatzpauschalen und Zuschläge

<b>P1a</b> CED	   	25,50 € 25,00 €
<b>P1b</b> Hepatitis/Oberbauch	   	38,00 € 42,00 €
+ <b>Q4</b> Strukturzuschlag für EFA® auf P1a und P1b	  	5,00 €
<b>P1c</b> Karzinome	 	22,50 € 25,00 €

# Einzelleistungen

<b>E1a</b> Gastroskopiekomplex		117,00 €
<b>E1b</b> Zuschlag Polypektomie		28,00 €
<b>E2a</b> Koloskopiekomplex		225,00 €
<b>E2b</b> Zuschlag Polypektomie		55,00 €
<b>E2c</b> Zuschlag Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)		40,00 €
<b>E2d</b> Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragendem Polyp)		15,00 €
<b>E3</b> Präventionskoloskopie ohne P1!		235,00 €
+ <b>Q2</b> Vorsorgekoloskopie		2,00 €
<b>E4</b> Sigmoidoskopiekomplex		50,00 €
<b>E5a</b> Therapeutische Proktoskopie (Ligatur)		18,50 €
<b>E5b</b> Therapeutische Proktoskopie (Sklerosierung)		9,50 €

# Einzelleistungen

<b>E6a</b> Sachkostenpauschalen Clip		75,00 €
<b>E6b</b> Sachkostenpauschalen Nadel		7,20 €
<b>E6c</b> Sachkostenpauschalen Loop		68,00 €
<b>E6d</b> Sachkostenpauschalen C13 Atemtest		11,20 €
<b>E7d</b> Praxisklinische Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie		53,00 €
<b>E8</b> Histologie bei Früherkennungskoloskopie		13,46 €



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

## Onkologie (abrechenbar bei Teilnahme an der Onkologievereinbarung)

<b>P1d</b> Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	  	30,11 €
<b>Onko 1</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	  	27,11 €
<b>Onko 2</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	  	203,00 €
<b>Onko 3</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	  	203,00 €
<b>Onko 4</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	  	102,00 €
<b>E7a</b> Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 2 h	  	53,00 €
<b>E7b</b> Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 4 h	  	101,00 €
<b>E7c</b> Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 6 h	  	148,00 €

# Therapie mit **Zepatier** bei chronischer Hepatitis C

- Pro Patient eine der Pauschalen Z1 bis Z7 abrechenbar, gem. Anhang 5 zu Anlage 12, Mindestalter zur Behandlung 18 Jahre

<b>Z1</b> Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast $\leq$ 800.000 I.E. RAV-Test negativ	  	50,00 €
<b>Z2</b> Aufklärungsgespräch GT1a, Viruslast $\leq$ 800.000 I.E. RAV-Test positiv	  	50,00 €
<b>Z3</b> Aufklärungsgespräch GT1a, Viruslast $>$ 800.000 I.E. RAV-Test negativ	  	50,00 €
<b>Z4</b> Aufklärungsgespräch GT1a, Viruslast $>$ 800.000 I.E. RAV-Test positiv	  	50,00 €
<b>Z5</b> Aufklärungsgespräch, GT1b	  	50,00 €
<b>Z6</b> Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast $\leq$ 800.000 I.E.	  	50,00 €
<b>Z7</b> Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast $>$ 800.000 I.E.	  	50,00 €

# Therapie mit **Zepatier** bei chronischer Hepatitis C

<b>Z8</b> NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing	 	150,00 €
<b>Z9</b> Adhärenzgespräch Zepatier	   	20,00 €
<b>Z10</b> Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung	 	30,00 €
<b>Z11</b> Abschlussgespräch Zepatier 1 nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	 	30,00 €
<b>Z12</b> Abschlussgespräch Zepatier 2 Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12	 	40,00 €

# Therapie mit **Maviret**

- Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 bis M14 oder M20 bis M33 abrechenbar, gem. Anhang 6 zu Anlage 12
- Mindestalter zur Behandlung 12 Jahre

<b>M1</b> Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M2</b> Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M3</b> Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M4</b> Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M5</b> Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M6</b> Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

# Therapie mit **Maviret**

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

# Therapie mit Maviret

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

# Therapie mit **Maviret**

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

# Therapie mit Epclusa

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

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

# Therapie mit Epclusa

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

# Therapie mit Epclusa

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

# Therapie mit Epclusa

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

# Therapie mit Epclusa

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

# Elektronisches Korrekturverfahren

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



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

# Agenda

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



# Abrechnungsbeispiel 1

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

Abrechnung über <b>FAV Gastroenterologie</b>	
<b>P1</b> - Grundpauschale	<b>32 €</b>
<b>P1UE</b> - Überweisungspauschale	<b>10 €* </b>
<b>P1a</b> – Zusatzpauschale CED (+ges. ICD K51.8)	<b>27 €</b>
<b>Qualitätszuschläge</b> – Q1, Q3, Q4	<b>4 € + 2 € + 5€</b>
<b>Summe</b>	<b>80 €</b>

\* Bosch BKK 5,00 €

## Abrechnungsbeispiel 2

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

Abrechnung über <b>FAV Gastroenterologie</b>	
<b>P1</b> - Grundpauschale	<b>37 €</b>
<b>P1a</b> – Zusatzpauschale CED (+ges. ICD K50.80)	<b>25 €</b>
<b>E1a</b> - Gastroskopiekomplex	<b>117 €</b>
<b>E1b</b> - Polypektomiezuschlag	<b>55 €</b>
<b>Qualitätszuschläge</b> – Q3, Q4	<b>2 € + 5€</b>
<b>Summe</b>	<b>241 €</b>

## Abrechnungsbeispiel 3

Patient (**AOK-versichert**) ist eingeschrieben in HZV und FacharztProgramm, kommt zur Untersuchung mit einer **Überweisung** vom HZV-Arzt in die Facharztpraxis und bekommt eine **kurative Koloskopie (+Abtragung von 5 Polypen)**.

Abrechnung über <b>FAV Gastroenterologie</b>	
<b>P1</b> - Grundpauschale	<b>32 €</b>
<b>P1UE</b> - Überweisungspauschale	<b>10 €* </b>
<b>E2a</b> – Koloskopiekomplex	<b>225 €</b>
<b>E2b</b> – Polypektomiezuschlag	<b>55 €</b>
<b>E2d</b> – Polypektomiezuschlag (ab 4. Polyp)	<b>15 €</b>
<b>Qualitätszuschläge</b> – Q1, Q3, Q4	<b>4 € + 2 € + 5 €</b>
<b>Summe</b>	<b>348 €</b>

\*Bosch BKK 5,00€

## Abrechnungsbeispiel 4

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

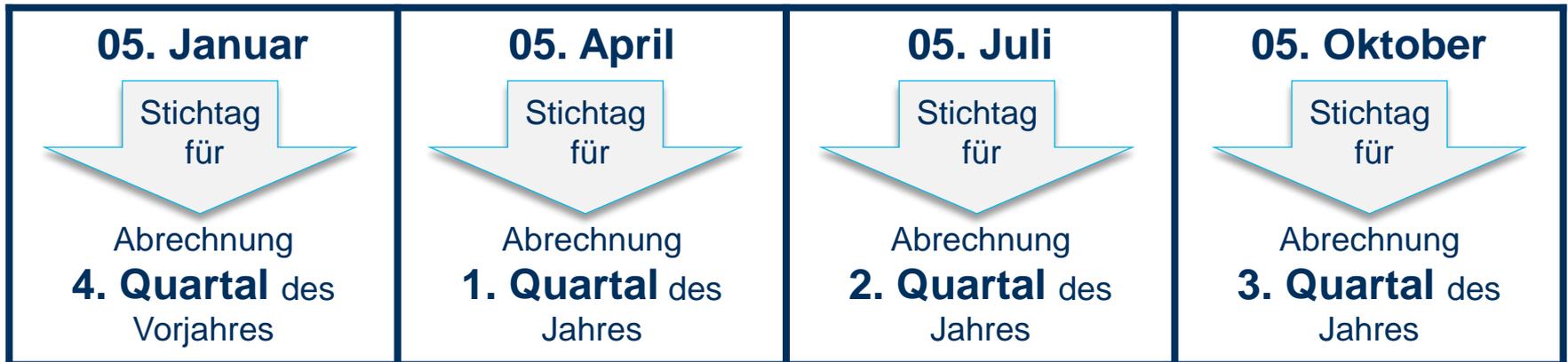
Abrechnung über <b>FAV Gastroenterologie</b>	
<b>P1 - Grundpauschale</b>	<b>32 €</b>
<b>P1UE - Überweisungspauschale</b>	<b>10 €*</b>
<b>P1a – Zusatzpauschale CED (+ ges. ICD)</b>	<b>27 €</b>
<b>E7d – praxisklinische Betreuung &gt; 2h</b>	<b>53 €</b>
<b>Qualitätszuschläge – Q1, Q3, Q4</b>	<b>4 € + 2 € + 5 €</b>
<b>Summe</b>	<b>128 €</b>

\*Bosch BKK 5,00 €

# Agenda

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





- Prüflauf (Prüfung der Abrechnung durch Vertragssoftware)
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware + Online-Key
- Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG
- Prüfung durch MEDIVERBUND AG (Managementgesellschaft), Gegenprüfung durch Kasse
- Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG (Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni )

# Auszahlungsprozess

- Die MEDIVERBUND AG übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW, wo sie erneut geprüft werden.
- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten
  - **Abschlagszahlungen** und
  - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen \*
  - **monatlich** in Höhe von **29,00 € pro P1** des vorangegangenen Abrechnungsquartals
  - im laufenden Abrechnungsquartal
- Nachabrechnungen und Korrekturen im Rahmen des 73c Vertrages werden online über die Vertragssoftware ausgeführt und übermittelt.
  - Diese können ein Jahr (4 Quartale) rückwirkend ausgeführt werden.

\* nicht im BKK VAG BW-Vertrag

# Inhalt des Abrechnungsbriefes

- Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags
- Information über Abrechnungssumme des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen aller Vor quartale
- Buchungsübersicht
  - Aufführung von Buchungen
  - Bankverbindung (Änderungen bitte rechtzeitig mitteilen → über Stammdatenänderungsformular oder Arztportal)
- Übersicht Behandlungsfälle
- Einzelnachweise
  - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
  - Korrekturen bis zu 12 Monate nach Ende des Abrechnungs quartals möglich

Position	Belastung	Gutschrift
<b>Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2017</b>		2.000,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	71,40 €	
<b>Zwischensumme Quartal 4/2017</b>		<b>1.928,60 €</b>
Abrechnungssumme		2.025,03 €
<b>Gutschrift</b>		<b>2.025,03 €</b>

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

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: + Sachkosten 1 (1,00 €) + Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe	Summe:		Summe Leistungen
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		Verwaltungskosten
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum

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

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

## Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

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

# Agenda

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



The screenshot shows the website interface for 'MEDI VERBUND'. At the top, there is a navigation bar with links: Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and 'Mein MEDI'. A search icon is also present. The main header features the logo and the tagline 'GEMEINSAM. STARK. GESUND.'.

On the left, there is a large banner with the text 'MEDI-Mitglied werden' and 'Gastroenterologie'. Below this, there are three service tiles:

- Teilnahmeerklärung** (AOK BW / Bosch BKK) with a red arrow pointing to 'Herunterladen'.
- Abrechnungsunterlagen** (AOK BW / Bosch BKK) with a red arrow pointing to 'Mehr erfahren'.
- Elektronische Arztvernetzung** (AOK BW) with a red arrow pointing to 'Mehr erfahren'.

In the center, a sidebar menu lists various services, with 'Verträge & Abrechnung' highlighted in red. Below this menu is a red button labeled 'Zurück zur Übersicht'. To the right of the sidebar, there is a grid of service tiles for 'Facharztverträge', 'Hausarztverträge', 'Themenseite Coronavirus', 'IT-Vernetzung', and 'Podca...'. A large blue arrow points from this grid towards the right side of the page.

At the bottom, there is a list of 'Ansprechpartner' (contact partners):

- Elisa Mühling**: Telefon 0711 80 60 79 – 273
- Evangelia Pechlivani**: Telefon 0711 80 60 79 – 269

Large blue arrows are overlaid on the page, indicating a flow from the top right towards the bottom right, and from the bottom right back towards the top right.

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

### Anmelden

Der Zugriff auf das MEDIVERBUND Arztportal steht nur Teilnehmern der MEDIVERBUND Facharztverträge zur Verfügung. Setzen Sie sich bitte mit unserem Support in Verbindung, wenn Sie keine Zugangsdaten erhalten haben.

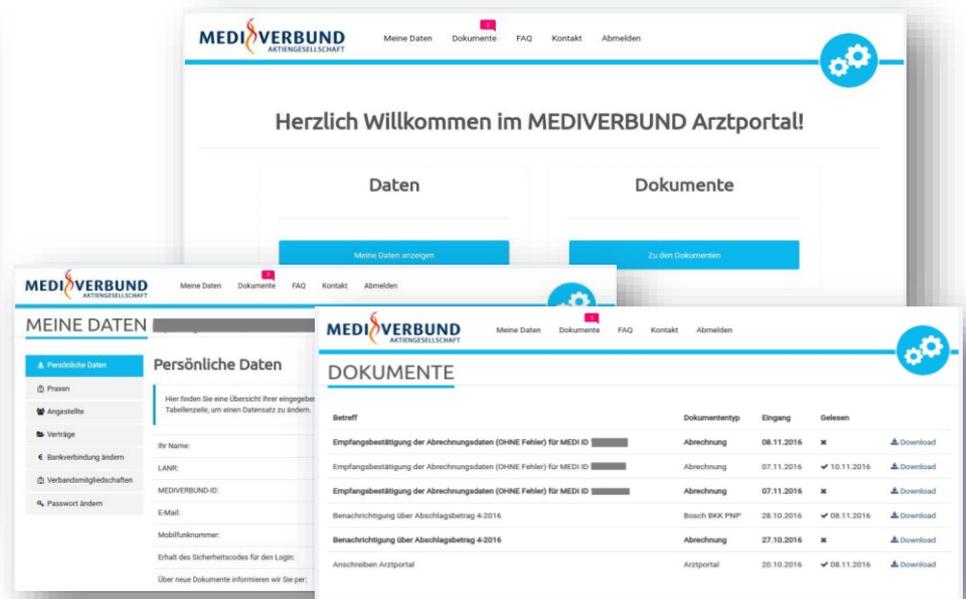
---

MEDIVERBUND-ID

Passwort

An mich erinnern

[Passwort vergessen?](#)



**MEINE DATEN**

#### Persönliche Daten

Hier finden Sie eine Übersicht Ihrer eingegebenen Tabellenzeile, um einen Datensatz zu ändern.

Ihr Name: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

MEDIVERBUND-ID: \_\_\_\_\_

E-Mail: \_\_\_\_\_

Mobilfunknummer: \_\_\_\_\_

Erhalt des Sicherheitscodes für den Login: \_\_\_\_\_

Über neue Dokumente informieren wir Sie per: \_\_\_\_\_

---

**DOKUMENTE**

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	08.11.2016	<input type="checkbox"/>	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	07.11.2016	<input checked="" type="checkbox"/> 10.11.2016	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	07.11.2016	<input type="checkbox"/>	Download
Berücksichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Bosch BEK PNP	28.10.2016	<input checked="" type="checkbox"/> 08.11.2016	Download
Berücksichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Abrechnung	27.10.2016	<input type="checkbox"/>	Download
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	<input checked="" type="checkbox"/> 08.11.2016	Download

# Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten



## HAUSÄRZTE

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

### Hausärzte

Bitte wählen Sie  
einen am Haus

## FACHÄRZTE

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

### Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

### Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

#### Hausärzte

Zur Suche

#### Fachärzte

Zur Suche

### HAUSÄRZTE

**AOK Baden-Württemberg**

**Hausarztvertrag**

Kinderärzte

+ Bosch BKK

+ BKK Baden-Württemberg

#### AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

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

**Nachname**

**Geo-Suche (PLZ)** **Radius (km)**

Suchen

### FACHÄRZTE

**AOK Baden-Württemberg**

**Gastroenterologie**

Kardiologie

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Orthopädie und Unfallchirurgie

Urologie

+ Bosch BKK

+ BKK VAG

+ DAK Gesundheit

#### AOK Baden-Württemberg - Gastroenterologie

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

**Nachname**

**Geo-Suche (PLZ)** **Radius (km)**

**Leistungsspektrum**

Suchen

# Ansprechpartner bei den Krankenkassen

➤ Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unserer Internetseite

AOK BW / Bosch BKK

## Gastroenterologie



### Teilnahmeerklärung

AOK BW / Bosch BKK

[> Herunterladen](#)



Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag



### Teilnahmeerklärung

AOK BW / Bosch BKK

[> Herunterladen](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

#### AOK

[AOK-Ansprechpartner vor Ort \(Arzt-Partner-Service\)](#)

[AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst](#)



### Teilnahmeerklärung

BKK VAG BW

[> Herunterladen](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

[Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen im Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V, Stand 01.01.2021](#)



### Abrechnungsunterlagen

BKK VAG BW

[> Herunterladen](#)



# Abrechnungskalender

Diabetologie AOK BW  
 Gastroenterologie AOK BW / Bosch BKK / BKK VAG  
 Kardiologie AOK BW / Bosch BKK / BKK VAG  
 Orthopädie AOK BW / Bosch BKK  
 PNP AOK BW / Bosch BKK

2023

MEDI VERBUND  
 AKTIENGESELLSCHAFT

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

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

<b>Abrechnungsübermittlung</b>	Abrechnungsstichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
<b>Patienteneinschreibung</b>	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.
<b>Abschlagszahlung (AZ) *</b>	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie am Monatsanfang.
<b>Stornierung von Abschlagszahlungen *</b>	Fristende der Einreichung von Abschlagsstornierungen. (Formular siehe 2te Seite des Abschlagszahlungsinformationsbriefes)
<b>Abschlagszahlungsinformation *</b>	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.
<b>Versand des Abrechnungsbriefes</b>	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
<b>Schlusszahlung</b>	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen werden.

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



## **MEDI-Blog**

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

**[blog.medi-verbund.de](http://blog.medi-verbund.de)**



## **MEDI-Newsletter**

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

**[blog.medi-verbund.de/newsletter/](http://blog.medi-verbund.de/newsletter/)**



## **MEDI Verbund goes Facebook**

**[facebook.com/mediverbund](https://facebook.com/mediverbund)**



## **Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter**

**[twitter.com/mediverbund](https://twitter.com/mediverbund)**

## **YouTube**



Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!

**[medi-verbund.de/youtube](http://medi-verbund.de/youtube)**

# Agenda

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



# Pharmaquoten

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



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

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



**Blau hinterlegt sind:** Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

(Bei Quote  $\geq 70\%$  → Vergütungszuschlag = **0,50€**)



**Rot hinterlegt sind:** Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

(Bei Quote  $\leq 3\%$  → Vergütungszuschlag = **2,50€**)



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

# 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	03.08.2018	32,00 €
2	P1UE	03.08.2018	5,00 €
3	E2A	03.08.2018	225,00 €
4	---Q1 GRUEN---	03.08.2018	1,00 €
5	---Q1_ROT---	03.08.2018	2,50 €
Summe:			265,50 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			9,48 €

# Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament  Hersteller  Wirkstoff  PZN  Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingual -1A Pharma® 6 Schmelztbl. N1	51,27 €	-	5,13 €		4mg	N1	6 st	4945387	M
Ondansetron 8 lingual -1A Pharma® 6 Schmelztbl. N1	81,94 €	-	8,19 €		8mg	N1	6 st	5965305	M
Ondansetron 8mg Westen 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8mg 10 Filmtbl. N1	87,00 €	-	frei		10mg	N1	10 st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	108,99 €	-	10,89 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Name:

Hersteller:

Aut idem

Detailinformationen

**72 Ergebnisse**

# Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament  Hersteller  Wirkstoff  PZN  Rabattierung

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



Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

Name: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1  
 Hersteller: Quisisana Pharma Deutschland GmbH

**Verschreibungspflichtig!**  
**Apothekenpflichtig!**

**Aut idem**  
**Detailinformationen**

72 Ergebnisse

# Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

**rationale Pharmakotherapie**

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

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

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtbl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtbl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert
<b>Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1</b>	<b>Quisisana Pharma Deutschland GmbH</b>	<b>5mg</b>	<b>53,62€</b>

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**