

**Orthopädie- und Rheumatologievertrag
gemäß § 73c SGB V
Abrechnungsschulung Rheumatologie**

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

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

Vorteile für teilnehmende Versicherte

- Schnelle und flexible Terminvergabe; begrenzte Wartezeit
- Enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten
- Zeit für individuelle Beratung unter Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten und sozialem Umfeld
- Einbezug besonderer Versorgungsangebote der AOK/Bosch BKK
- Strukturierte Patientenschulung (Selbsthilfe und Alltagsgestaltung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Rheumatologie →
Allgemeine Informationen und Formulare

- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der **AOK BW / Bosch BKK**, die **gültig an der HZV** (Hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen.
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden, diese dürfen nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

Kardiologie

Gastroenterologie

Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie (nur AOK)

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

Teilnahmestatusprüfung

Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am Haus- bzw. Facharztprogramm ermittelt.

→ Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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



Versicherten informieren und Merkblatt aushändigen



Teilnahme in der Vertragssoftware beantragen und Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)



beide Exemplare unterzeichnen (Arzt und Versicherter)



Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware übermitteln und den aufgedruckten vierstelligen Code eingeben

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

Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht, im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erziele.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht, im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erziele.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

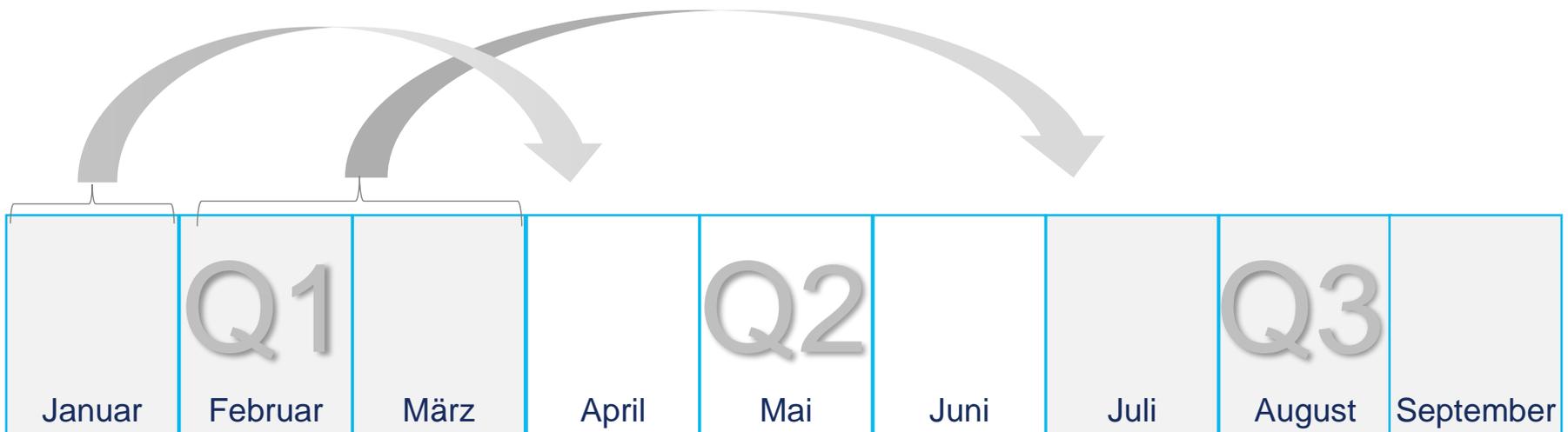
<TE-Code:>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Frist bis zur aktiven Teilnahme

je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) wird der Versicherte zum nächsten oder übernächsten Quartal aktiver Teilnehmer am FacharztProgramm:

- Eingang der TE bis zum Stichtag → im Folgequartal aktiv
- Eingang der TE nach dem Stichtag → im übernächsten Quartal aktiv



Agenda

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

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 muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- 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)

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%

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

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

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

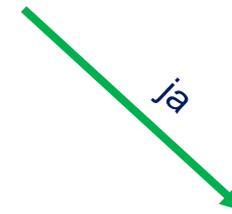
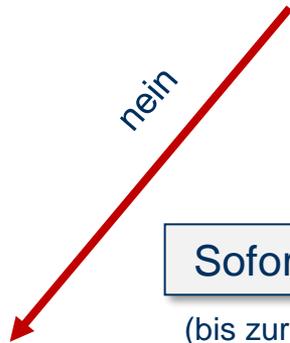
Praxisablauf

Online-Teilnahmestatusprüfung

kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP



Keine erneute
Einschreibung erforderlich



Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch KV-Abrechnung möglich)



Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

Agenda

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

Wichtige Dokumente zur Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12a Anhang 1)
legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Listen** (Anlage 12a Anhang 2a-c)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12a Abschnitt I)
enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Diese Dokumente finden Sie unter: www.medi-verbund.de

Gesamtziffernkranz (GZK) (Anlage 12a, Anhang1)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **Aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: Für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- Nicht aufgelistete EBM-Ziffern: 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
0100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von "Z" auf "T" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von "Z" auf "T" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I			obligatorisch, Klarstellung als Einzelleistung Unzeit 1 oder 2 nur zu entsprechenden Zeiten abrechenbar (vgl. 0100).	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch

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.

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet
- Pseudo-GOP **88192** zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen

ICD-Listen (Anlage 12a Anhang 2a-c)

- Anlage 12a Anhang 2a - **Grunderkrankungen**
- Anlage 12a Anhang 2b - **Multimorbidität und Polypharmazie**
- Anlage 12a Anhang 2c - **Schwangerschaft**

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2a zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung	
ICD-Kode	ICD-Klartext
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D69.0	Purpura anaphylactoides
D86.0	Sarkoidose der Lunge
D86.1	Sarkoidose der Lymphknoten
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
D86.3	Sarkoidose der Haut
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet
D89.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert
E95.0	Nichtneuropathische hereditäre Ankylosierung

Vertrag vom 22.07.2013 i. d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
OK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2b zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie	
CD-Kode	ICD-Klartext
318.0	B18.0 Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus
318.1	B18.1 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
318.2	B18.2 Chronische Virushepatitis C
318.8	B18.8 Sonstige chronische Virushepatitis
318.9	B18.9 Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet
C18.0	C18.0 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Zäkum
C18.1	C18.1 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Appendix vermiformis
C18.2	C18.2 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon

Anhang 2c zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Schwangerschaft	
ICD-Kode	ICD-Klartext
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften
O09.01	Schwangerschaftsdauer: Weniger als 5 vollendete Wochen
O09.11	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
O09.21	Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.31	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.41	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
O09.51	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 39 vollendete Wochen
O09.61	Schwangerschaftsdauer: 40 vollendete Wochen

Honoraranlage (Anlage 12a Abschnitt I)

➤ enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
<p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>			
	<p>Hausarztbene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN. ▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen. 		

Grundpauschalen

oder

Vertretungspauschale

+

Qualitätszuschläge

+

Zuschlagspauschalen

+

Einzelleistungen

Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

Neudefinition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

Ein APK beschreibt die 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, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

Grundpauschalen + Zuschläge

RP1 Abklärung rheumatische Erkrankung (**V oder A**) 1/Q  20,00 €

RP2 Gesicherte rheumatologische Diagnose (**G**) 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung  30,00 €

RP3 Verlauf / Monitoring bei gesicherter Diagnose (**G**) 1/Q    30,00 €

RP1UE Zuschlag Überweisung vom HZV-Hausarzt 1/Q   10,00 €*
additiv zu RP1, RP2 oder RP3

RP1A Aufwandszuschlag auf RP1 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung 20,00 €

oder

RV1 Vertretungspauschale Erstkontakt muss persönlich sein 1/Q   12,50 €

*Bosch BKK: 5,00 €

Qualitätszuschläge

Zuschläge auf RP1 oder RP2 oder RP3

- | | | |
|--|---|--------|
| + RQ1 Zuschlag Sonografie |   | 1,00 € |
| + RQ2 Zuschlag Röntgen |   | 3,00 € |
| + RQ4 Zuschlag Power-Doppler |   | 3,00 € |
| + RQ5 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie |  | 4,00 € |

Zuschläge auf RP2 oder RP3

- | | | |
|--|---|--------|
| + RQ3 Zuschlag Osteodensitometrie (DXA) |   | 4,00 € |
| + RQ6 Strukturzuschlag EFA® |   | 5,00 € |

Zuschlagspauschalen

RBG Beratungsgespräch 1 Einheit = 10 Min.	2/Q	 	20,00 €
RBGI Beratungsgespräch Schwangere 1 Einheit = 10 Min. (Diagnosen: gem. Anlage 12a Anhang 2c)	2/4Q	  	18,00 €
RMM Multimorbidität (≥ 3 Diagnosen: mind. 1 gem. Anhang 2a und 2 gem. Anhang 2b)	1/Q	  	10,00 €
RMTX MTX Frühbehandlung/Verordnungsprüfung	1/Q	 	10,00 €

Einzelleistungen

RE1 Patientenschulung StruPI

(1x pro Arzt-Patienten-Beziehung, max. 3 Einheiten á 90min,
Gruppengröße 6-10 Personen)



25,00 €

RE2A Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 2 Std.

53,00 €

RE2B Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 4 Std.

101,00 €

RE2C Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 6 Std.

148,00 €

➤ **Abrechnungskorrekturen**

- Beratungsgespräch (RBG) wird gestrichen, weil zu oft abgerechnet.
- „Kettenreaktionen“ durch Streichung von Leistungen (z. B. RE1 nur mit RP2 oder RP3 innerhalb von zwei Quartalen abrechenbar): Wird RP2 oder RP3 gestrichen, da keine passende Diagnose vorliegt, wird damit auch die dazugehörige RE1 gestrichen

➤ **Abrechnung RP1**

- RP1 ist nur für Verdachts- oder Ausschlussdiagnosen abrechenbar
- Wird der Verdacht auf eine rheumatologische Erkrankung bestätigt (G) (RP2), muss die Verdachtsdiagnose (V) trotzdem zusätzlich dokumentiert werden

➤ **Diagnosen RMM**

- Zur Abrechnung des Zuschlags RMM müssen mind. zwei ICDs gemäß Anhang 2b zu Anlage 12a und zusätzlich mind. eine ICD aus Anhang 2a zu Anlage 12a angegeben werden

➤ **BAG und MVZ**

- kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
- keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können
- RP1 ist innerhalb einer BAG (HBSNR) parallel zu P1 aus einem anderen § 73c-/ § 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/FA vorliegt

➤ **IGeL**

- Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen **nicht zusätzlich** privat liquidiert werden (z. B. DXA). Darüber hinausgehende Leistungen müssen individuell mit dem Patienten vereinbart werden (IGEL-Vertrag).
- eine möglichst evidenzbasierte Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken solcher Verfahren ist bei teilnehmenden Patienten vorzunehmen

- **Beratungsgespräche**
 - RBG ist max. 2x pro Quartal abrechenbar
 - RBGI (Beratungsgespräch Intensiv) kann zusätzlich zu RBG max. 2x in 4 Quartalen abgerechnet werden
- **Überweiserpauschale (RP1UE):** LANR und BSNR des überweisenden HZV-Hausarztes muss in der Software an passender Stelle eingetragen und mit der Abrechnung übermittelt werden
- **ICD-10 Code** immer endstellig angeben (entsprechend Anlage 12a Anhang 2a, 2b, 2c)
- **SANE** kann max. 2x (für das Einschreibequartal und das Folgequartal) durchgeführt werden

Agenda

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

Fallbeispiel I: V. a. rheumatologische Erkrankung, anschließend bestätigt

- Patient weiblich, 35 Jahre, V. a. entzündliche Gelenkerkrankung, UE vom HZV-Arzt
- Erstvorstellung, Anamnese, körperliche Untersuchung, Röntgen Hände und Füße, Sonografie Handgelenke, Labor
- Kontrolle nach 4 Wochen mit Einleitung der Basistherapie

<i>1. Termin</i>		
Grundpauschale (V/A)	RP1	20,00 €
Grundpauschale (G)	RP2	30,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Zuschlag EFA®	RQ6	5,00 €
<i>2. Termin</i>		
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
MTX-Therapie	RMTX	10,00 €
Gesamt		119,00 €

Praxis verfügt über folgende Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie
- EFA®

Fallbeispiel II: V. a. rheumatologische Erkrankung, nicht bestätigt

- Patient männlich, 76 Jahre, V. a. undifferenzierte Polyarthrit, UE vom HZV-Arzt - Erstvorstellung
- Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor
- Wiedervorstellung im nächsten Quartal

Grundpauschale (V/A)	RP1	20,00 €
Aufwandszuschlag	RP1A	20,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Gesamt:		54,00 €
Grundpauschale (V/A)	RP1	20,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Gesamt:		34,00 €

Praxis verfügt über folgende Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie

+ ggf. O3 Labor (über KV)

Fallbeispiel III: gesicherte rheumatologische Erkrankung - Wiedervorstellung

- Patient männlich, 76 Jahre, undifferenzierte Polyarthrit, UE vom HZV-Arzt - Wiedervorstellung
- Anamnese, körperliche Untersuchung, Labor

<i>1. Termin</i>		
Grundpauschale	RP3	30,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Zuschlag EFA®	RQ6	5,00 €
<i>2. Termin</i>		
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
ggf. MTX-Therapie	RMTX	10,00 €
ggf. Multimorbidität	RMM	10,00 €
Gesamt:		109,00 €

Praxis verfügt über folgende Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie
- EFA®

+ ggf. O3 Labor (über KV)

Fallbeispiel IV: gesicherte rheumatologische Erkrankung + Schwangerschaft

- Patient weiblich, SLE, Wiedervorstellung, jetzt schwanger, ÜW HZV-Arzt - 2 Kontakte im Quartal

<i>1. Termin</i>		
Grundpauschale	RP3	30,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	RP1UE	10,00 €
Beratungsgespräch Intensiv	RBGI	18,00 €
Beratungsgespräch Intensiv	RBGI	18,00 €
Zuschlag Sonografie	RQ1	1,00 €
Zuschlag Röntgen	RQ2	3,00 €
Zuschlag EFA®	RQ6	5,00 €
<i>2. Termin</i>		
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Beratungsgespräch	RBG	20,00 €
Gesamt:		125,00 €

Praxis verfügt über folgende Qualifikationsnachweise:

- Röntgen
- Sonografie
- EFA®

+ ggf. O3 Labor (über KV)

Agenda

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

Pharmaquoten

Im Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND berechnet und bei Erreichen der 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.

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	109,99 €	-	10,99 €		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

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 Filmtabl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtabl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse

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	RP3	22.09.2022	30,00 €
2	RBG	22.09.2022	18,00 €
3	RBG	22.09.2022	18,00 €
4	RMM	22.09.2022	10,00 €
5	--RQ1--	22.09.2022	1,00 €
6	--RQ2--	22.09.2022	3,00 €
7	--RQ4--	22.09.2022	3,00 €
8	--RQ7--	22.09.2022	5,00 €
9	--RQ5_GRUEN--	22.09.2022	1,00 €
10	--RQ5_BLAU--	22.09.2022	0,50 €
11	--RQ5_ROT--	22.09.2022	2,50 €
12	--RQ6--	22.09.2022	5,00 €
13	RP1UE	22.09.2022	5,00 €
Summe:			102,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,64 €

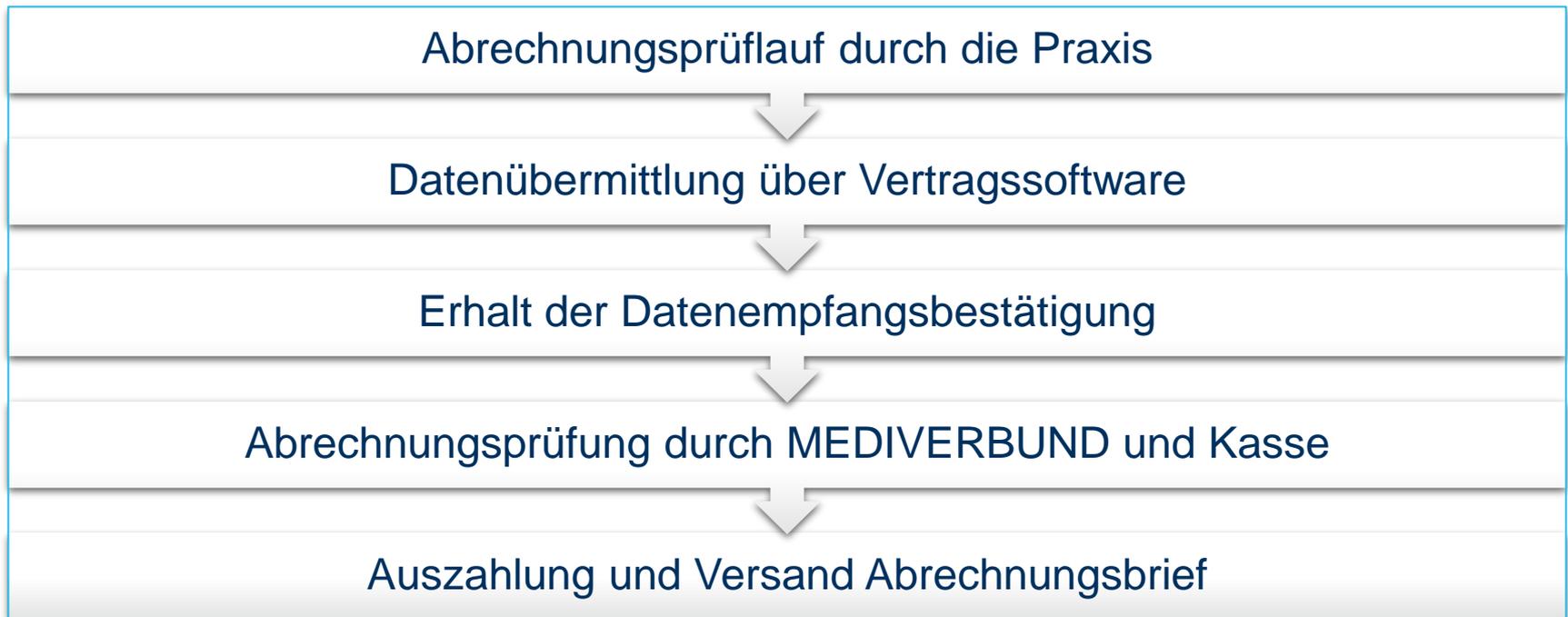
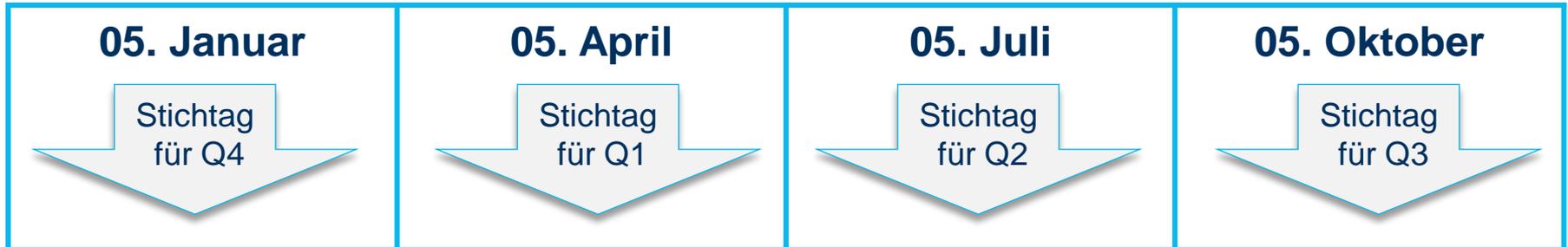
Tipps zur Quotenerreichung

- Achten Sie vor der Verordnung eines Präparates auf dessen Färbung und mögliche Substitutionen.
- Verordnen Sie ausschließlich über das Pharmamodul Ihrer Vertragssoftware.
- Verwenden Sie nach Möglichkeit keine „Hausapotheke“ oder „Favoritenlisten“ innerhalb der Software. Häufig wird dort nicht die aktuelle Färbung angezeigt.
- Zur Berechnung der Pharmaquoten werden diejenigen Verordnungen betrachtet, zu denen eine Pharmazentralnummer (PZN) übermittelt wurde. Reine Freitextverordnungen ohne übermittelte PZN können nicht berücksichtigt werden.
- Stellen Sie Medikamentenverordnungen für Patienten, die Sie über den Facharztvertrag abrechnen, ebenfalls über einen Selektivvertragsschein aus.
- Stellen Sie sicher, dass alle Medikamentenverordnungen im Rahmen der Quartalsabrechnung übermittelt werden. Auf der Datenempfangsbestätigung finden Sie einen Hinweis, wie viele Verordnungen übermittelt wurden.

Agenda

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

Abrechnungsprozess



Auszahlungsprozess

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Abrechnungsfall
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

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

wir haben von Ihnen am 30.09.2022 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

3. Quartal 2022

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	172	3	175
Anzahl Leistungsziffern	867	17	884
Anzahl Diagnosen	547	12	559
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns **139 Verordnungen** geschickt.

Tipp: Achten Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten auf den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und prüfen Sie Fallzahlen und Verordnungsdaten

Inhalte des Abrechnungsbriefs

Enthält Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags

- **Abrechnungssumme** des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen der Vorquartale

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 3. Quartal 2022		17.783,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	634,64 €	
Zwischensumme Quartal 3/2022		17.148,36 €

Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 2. Quartal 2020	10,00 €	
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG		0,36 €
Zwischensumme Quartal 2/2020	9,64 €	

Zwischensumme gesamt		17.138,72 €
-----------------------------	--	--------------------

Abrechnungssumme		17.138,72 €
Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 3 / 2022		
Abschlag vom 15.08.2022		3.841,50 €
Abschlag vom 15.09.2022		3.841,50 €
Abschlag vom 17.10.2022		3.841,50 €
Endbetrag		5.614,22 €

Inhalte des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
15.08.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abschlag 2022-Q3-1	-3.841,50 €
15.09.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abschlag 2022-Q3-2	-3.841,50 €
17.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abschlag 2022-Q3-3	-3.841,50 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Nachabrechnung für 02/2020 - Abrechnungsergebnis	-10,00 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Nachabrechnung für 02/2020 - Verwaltungskosten	0,36 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abrechnung für 03/2022 - Abrechnungsergebnis	17.783,00 €
19.10.2022	AOK BW Rheumatologie 73c Abrechnung für 03/2022 - Verwaltungskosten	-634,64 €
	End Saldo	5.614,22 €

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

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Bankverbindung rechtzeitig über Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mit!

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q3/2021	743	742	1
Q4/2021	845	845	0

Inhalt des Abrechnungsbriefs

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

1	RP3	29.09.2022	30,00 €
2	RBG	29.09.2022	18,00 €
3	RBG	29.09.2022	18,00 €
4	---RQ1---	29.09.2022	1,00 €
5	---RQ2---	29.09.2022	3,00 €
6	---RQ4---	29.09.2022	3,00 €
7	---RQ7---	29.09.2022	5,00 €
8	---RQ5_GRUEN---	29.09.2022	1,00 €
9	---RQ5_BLAU---	29.09.2022	0,50 €
10	---RQ5_ROT---	29.09.2022	2,50 €
11	---RQ6---	29.09.2022	5,00 €
12	RP1UE	29.09.2022	5,00 €
Summe:			92,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,28 €
Änderung:	Zur Abrechnung von RMM ist eine Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12a des Vertrages notwendig.	29.09.2022	

1	RMTX	29.08.2022	10,00 €
2	RP3	29.08.2022	30,00 €
3	---NEGSO FAB---	29.08.2022	-10,50 €
4	---RQ1---	29.08.2022	1,00 €
5	---RQ2---	29.08.2022	3,00 €
6	---RQ3---	29.08.2022	4,00 €
7	---RQ4---	29.08.2022	3,00 €
8	---RQ7---	29.08.2022	5,00 €
9	---RQ5_GRUEN---	29.08.2022	1,00 €
10	---RQ5_BLAU---	29.08.2022	0,50 €
11	---RQ5_ROT---	29.08.2022	2,50 €
12	---RQ6---	29.08.2022	5,00 €
13	RP1UE	29.08.2022	5,00 €
Summe:			59,50 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			2,12 €

➤ Übersicht Pharmaquotenerreichung

- 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

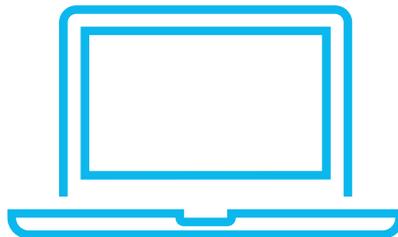
Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	$\geq 70 \%$
Q3/2021	grün	98 %	$\geq 90 \%$
Q3/2021	rot	3 %	$\leq 3 \%$

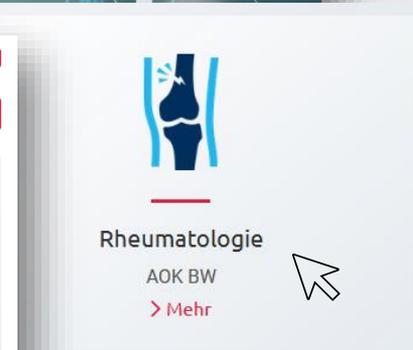
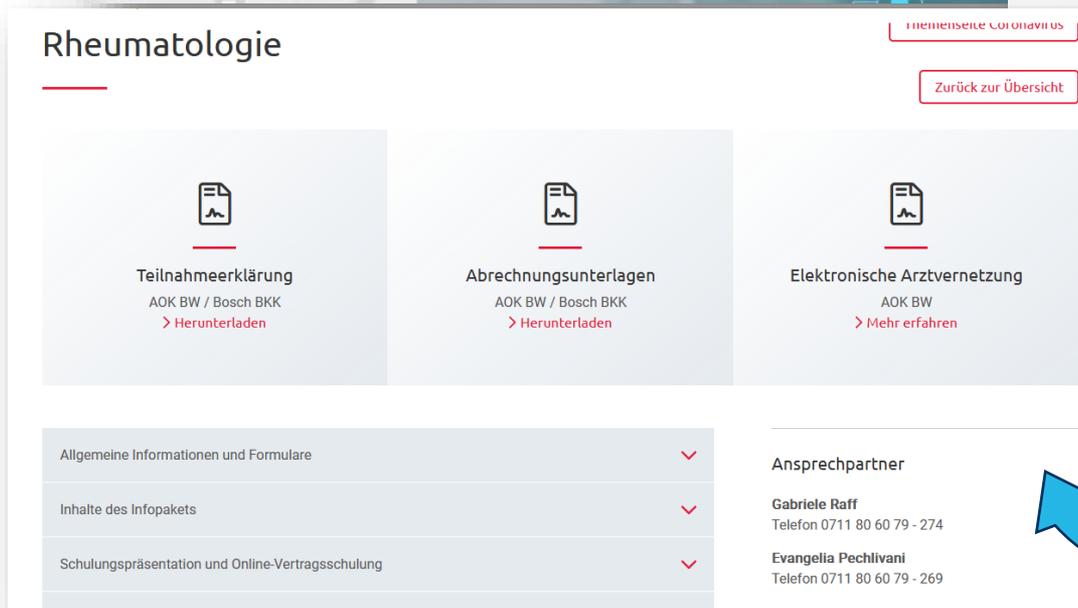
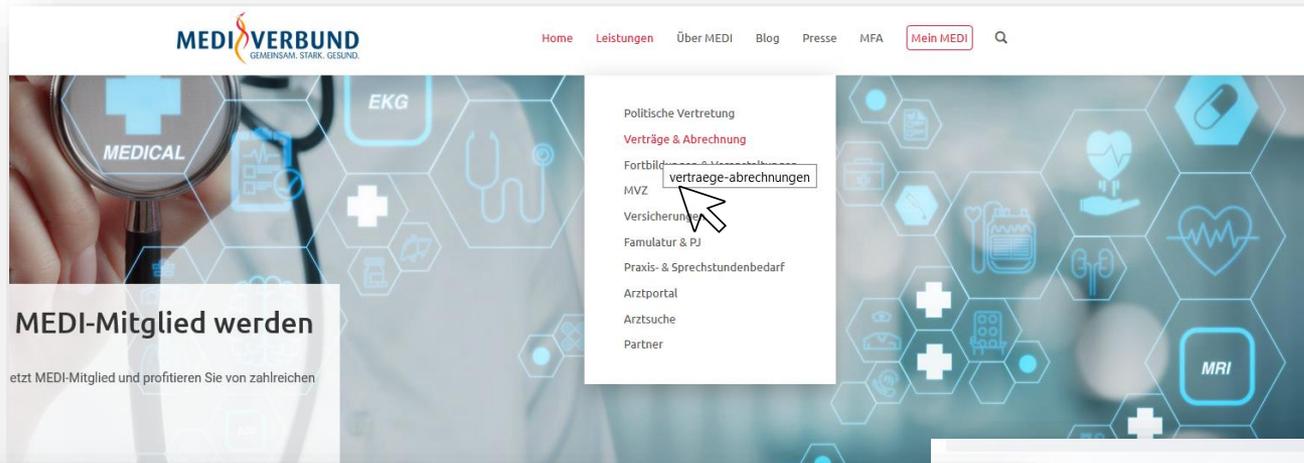
Elektronisches Korrekturverfahren

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang 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.



Agenda

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



Ansprechpartner bei den Krankenkassen

Die jeweils aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Fortbildungen und Qualitätszirkel

Ansprechpartner bei der Krankenkasse



Ansprechpartner bei der Krankenkasse

AOK

AOK-Ansprechpartner vor Ort (Arzt-Partner-Service)

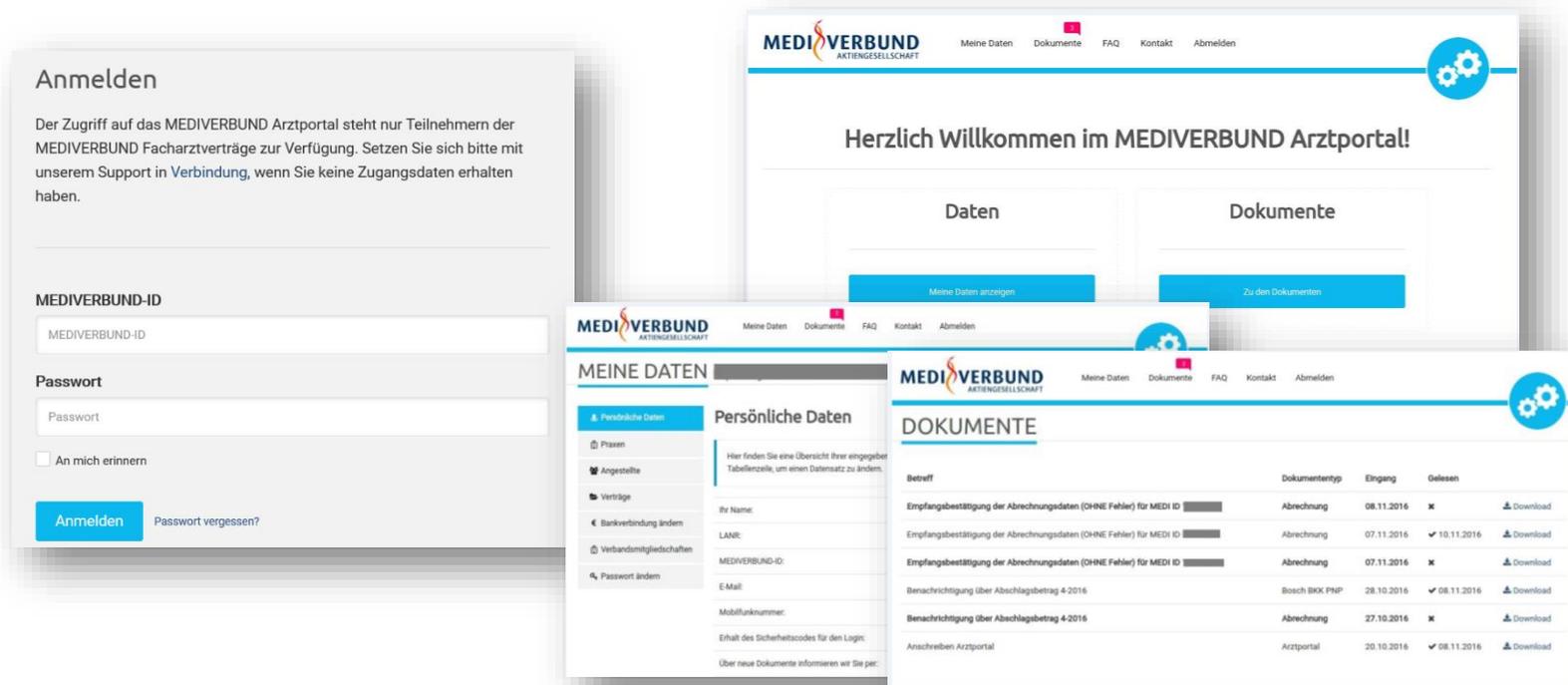
AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst

AOK-Ansprechpartner im Präventionsbereich

Bosch BKK

Bosch BKK – Patientenbegleitung

- 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

MEDIVERBUND-ID

Passwort

Passwort

An mich erinnern

Anmelden Passwort vergessen?

Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!

Daten Dokumente

Meine Daten anzeigen Zu den Dokumenten

MEINE DATEN

Persönliche Daten

Hier finden Sie eine Übersicht ihrer eingegebenen Tabellenzelle, um einen Datensatz zu ändern.

Ihr Name:

LANR:

MEDIVERBUND-ID:

E-Mail:

Mobilfunknummer:

Erhält des Sicherheitszodes für den Login:

Über neue Dokumente informieren wir Sie per:

DOKUMENTE

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	08.11.2016	✗	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	07.11.2016	✓ 10.11.2016	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	07.11.2016	✗	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Bosch BKX PNP	28.10.2016	✓ 08.11.2016	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Abrechnung	27.10.2016	✗	Download
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	✓ 08.11.2016	Download

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



HAUSÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Namens einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

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.

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)

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Rheumatologie

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. 300 Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Radius (km)

Leistungen

Suchen

Kalender mit wichtigen Terminen

Nephrologie AOK BW
 Pneumologie AOK BW / Bosch BKK
 Rheumatologie AOK BW / Bosch BKK
 Urologie AOK BW / Bosch BKK

2023

Juli		August		September		Oktober		November		Dezember	
Sa 1	Di 1	Fr 1	So 1	Mi 1	Fr 1	So 1	Do 1	Di 1	Fr 1	So 1	Do 1
So 2	Mi 2	Sa 2	Mo 2	Do 2	Sa 2	Mo 2	Do 2	Di 2	Fr 2	Sa 2	Mo 2
Mo 3	Do 3	So 3	Di 3	Fr 3	So 3	Di 3	Fr 3	Mo 3	Do 3	So 3	Di 3
Di 4	Fr 4	Mo 4	Mi 4	Sa 4	Do 4	Mo 4	Do 4	Di 4	Fr 4	So 4	Di 4
Mi 5	Sa 5	Di 5	Do 5	Mo 5	Do 5	Mi 5	So 5	Fr 5	So 5	Mo 5	Di 5
Do 6	So 6	Mi 6	Fr 6	Mo 6	Do 6	Di 6	Fr 6	So 6	Mo 6	Mi 6	Do 6
Fr 7	Mo 7	Do 7	Sa 7	Di 7	Fr 7	So 7	Do 7	Di 7	Fr 7	So 7	Di 7
Sa 8	Di 8	Fr 8	So 8	Mi 8	Do 8	Mo 8	Do 8	Di 8	Fr 8	Sa 8	Mo 8
So 9	Mi 9	Sa 9	Mo 9	Do 9	Sa 9	Mo 9	Do 9	Di 9	Fr 9	Sa 9	Mo 9
Mo 10	Do 10	So 10	Di 10	Fr 10	So 10	Di 10	Fr 10	Mo 10	Do 10	So 10	Di 10
Di 11	Fr 11	Mo 11	Mi 11	Sa 11	Do 11	Mo 11	Do 11	Di 11	Fr 11	So 11	Di 11
Mi 12	Sa 12	Di 12	Do 12	Mo 12	Do 12	Mi 12	So 12	Fr 12	So 12	Mo 12	Di 12
Do 13	So 13	Mi 13	Fr 13	Mo 13	Do 13	Di 13	Fr 13	So 13	Mo 13	Mi 13	Do 13
Fr 14	Mo 14	Do 14	Sa 14	Di 14	Fr 14	So 14	Do 14	Di 14	Fr 14	So 14	Di 14
Sa 15	Di 15	Fr 15	So 15	Mi 15	Do 15	Mo 15	Do 15	Di 15	Fr 15	So 15	Di 15
So 16	Mi 16	Sa 16	Mo 16	Do 16	Sa 16	Mo 16	Do 16	Di 16	Fr 16	Sa 16	Mo 16
Mo 17	Do 17	So 17	Di 17	Fr 17	So 17	Di 17	Fr 17	Mo 17	Do 17	So 17	Di 17
Di 18	Fr 18	Mo 18	Mi 18	Sa 18	Do 18	Mo 18	Do 18	Di 18	Fr 18	So 18	Di 18
Mi 19	Sa 19	Di 19	Do 19	Mo 19	Do 19	Mi 19	So 19	Fr 19	So 19	Mo 19	Di 19
Do 20	So 20	Mi 20	Fr 20	Mo 20	Do 20	Di 20	Fr 20	So 20	Mo 20	Mi 20	Do 20
Fr 21	Mo 21	Do 21	Sa 21	Di 21	Fr 21	So 21	Do 21	Di 21	Fr 21	So 21	Di 21
Sa 22	Di 22	Fr 22	So 22	Mi 22	Do 22	Mo 22	Do 22	Di 22	Fr 22	Sa 22	Mo 22
So 23	Mi 23	Sa 23	Mo 23	Do 23	Sa 23	Mo 23	Do 23	Di 23	Fr 23	Sa 23	Mo 23
Mo 24	Do 24	So 24	Di 24	Fr 24	So 24	Di 24	Fr 24	Mo 24	Do 24	So 24	Di 24
Di 25	Fr 25	Mo 25	Mi 25	Sa 25	Do 25	Mo 25	Do 25	Di 25	Fr 25	So 25	Di 25
Mi 26	Sa 26	Di 26	Do 26	Mo 26	Do 26	Mi 26	So 26	Fr 26	So 26	Mo 26	Di 26
Do 27	So 27	Mi 27	Fr 27	Mo 27	Do 27	Di 27	Fr 27	So 27	Mo 27	Mi 27	Do 27
Fr 28	Mo 28	Do 28	Sa 28	Di 28	Fr 28	So 28	Do 28	Di 28	Fr 28	So 28	Di 28
Sa 29	Di 29	Fr 29	So 29	Mi 29	Do 29	Mo 29	Do 29	Di 29	Fr 29	Sa 29	Mo 29
So 30	Mi 30	Sa 30	Mo 30	Do 30	Sa 30	Mo 30	Do 30	Di 30	Fr 30	Sa 30	Mo 30
Mo 31	Do 31	So 31	Di 31	Fr 31	So 31	Di 31	Fr 31	Mo 31	Do 31	So 31	Di 31

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

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsstichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	Je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im Facharztprogramm eingeschrieben. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ)	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie jeweils Mitte des Monats.
Stomierung von Abschlagszahlungen	Fristende der Einreichung von Abschlagsstomierungen. (Formular siehe 2te Seite des Abschlagszahlungsinformationsbriefes)
Abschlagszahlungsinformation	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.



MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

[medi-verbund.de/blog/](https://www.medi-verbund.de/blog/)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

[medi-verbund.de/newsletter/](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



Facebook

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



Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

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

[medi-verbund.de/youtube](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**