



# **Nephrologievertrag nach § 140a SGB V**

## **Abrechnungsschulung**

- 1. Teilnahme der Versicherten**
- 2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 4. Abrechnungsprozess**
- 5. Pharmaquoten**
- 6. 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
- Begrenzung der Wartezeit
- Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt
- intensive ambulante Betreuung
- breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln



## ➤ **Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherung bei AOK Baden-Württemberg
- aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

## ➤ **Einschreibung in das gesamte FacharztProgramm** und für alle bestehenden Facharztverträge:

- AOK BW derzeit: Nephrologie, Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, KJ-Psychiatrie, Orthopädie & Rheumatologie, Urologie, Diabetologie und Pneumologie
  - in den o.g. Fachgebieten dürfen nur teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten aufgesucht werden
- teilnehmende Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

**Kardiologie**

**Gastroenterologie**

**Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie**

**Orthopädie / Rheumatologie**

**Urologie**

**Diabetologie**

**Nephrologie**

**Pneumologie**

**Basis: HZV-Vertrag**

# Teilnahmestatusprüfung

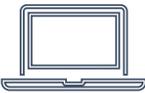
der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. Facharztprogramm wird über eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

*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

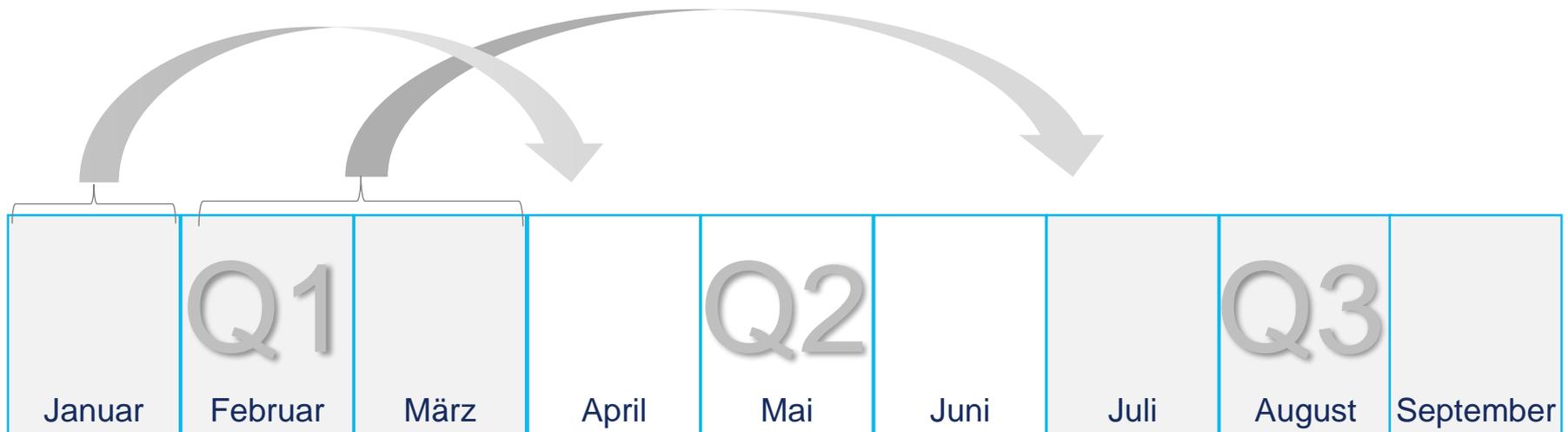
# Online-Versicherteneinschreibung

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

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

# Einschreibefristen

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



# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
5. Pharmaquoten
6. 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)

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

wird Einschreibung nach zwei Quartalen nicht wirksam →  
Reduktion der Vergütung für Q1  
und Q2 um 15% und Ablehnung  
der Abrechnung ab Q3

Online-Teilnahmestatusprüfung

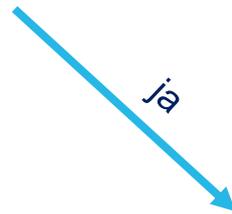
Kein Teilnehmer am Hausarztprogramm

aktiver Teilnehmer am Hausarztprogramm

aktiver Teilnehmer am Facharztprogramm



Patient unterzeichnet Teilnahmeerklärung?



Keine erneute Einschreibung erforderlich



Sofortabrechnung im Facharztvertrag

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



Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

# 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
- 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)

# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Pharmaquoten
6. Internetauftritt

# Dokumente für die Abrechnung

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

 Diese Dokumente finden Sie unter:  
**[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)**

# Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

- 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 (bspw. Speziallabor und LDL-Apherese)

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
13591W		01.01.2014	Ziffer ergänzt	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13592	GP III Nephrologie			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13592H		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13592R		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13592W		01.01.2014	Ziffer ergänzt	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13594	Zuschlag zu den GOPs 13590 bis 13592 für die nephrologisch-internistische Grundversorgung	01.01.2015	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13596	Zuschlag zu der GOP 13594	01.01.2015	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13597	Zuschlag zu den GOPs 13590 bis 13592	01.01.2017	neue Ziffer zum 01.10.2016	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13600	Kontinuierliche Betreuung eines chronisch niereninsuffizienten Patienten			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13600I		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13601	Behandlung eines Nieren-Transplantatträgers			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13601I		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
13602	Kontinuierliche Betreuung eines dialysepflichtigen Patienten			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
13602I		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
13610	Ärztliche Betreuung bei Hämodialyse, Peritonealdialyse und Sonderverfahren			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
13610I		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
13611	Ärztliche Betreuung bei Peritonealdialyse			§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
13611I		01.01.2012	neue Ziffer	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht 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

**Tipp:** Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten!

## Hinweis zum Wirtschaftlichkeitsbonus

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

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

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

# ICD-Liste (Auszug)

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

# Honoraranlage (Auszug)

Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

## Anlage 12

Vertrag vom 01.04.2020 Versorgungsinhalte  
AOK-Facharztprogramm Nephrologie

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



## Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche 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

1x pro Quartal



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

# Grundpauschale

<b>P1</b> Grundpauschale	1/Q	 	32,00 €
+ <b>P1UE</b> Überweisung vom HZV-Hausarzt	1/Q	 	10,00 €

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

oder:

<b>V1</b> Vertreterpauschale*	1/Q	 	16,00 €
-------------------------------	-----	---	---------

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

Fernbehandlung  
möglich sofern  
Erstkontakt  
persönlich erfolgt ist

# Pauschalen

<b>P1A</b>	Betreuung sonstige nephrologische Erkrankung	1/Q	! 🏠 ⓧ	22,00 €
<b>P2A</b>	Betreuung chronische Nierenerkrankung (St. 3-5)	1/Q	! 🏠 ⓧ	25,00 €
<b>P2B</b>	Betreuung während Zentrumsdialyse	1/Q	! 🏠 ⓧ	50,00 €
<b>P2C</b>	Betreuung während Heim-/Peritonealdialyse	1/Q	! 🏠 ⓧ	50,00 €
<b>P2D</b>	Betreuung nach Transplantation	1/Q	! 🏠 ⓧ	25,00 €
<b>P2E</b>	Betreuung nach Lebendnierenspende	1/Q	! 🏠 ⓧ	25,00 €
<b>P2F</b>	Diagnostikzuschlag	1/8Q		20,00 €
<b>P2G</b>	Betreuung Hypertoniker auf Überweisung HA	1/Q	! 🏠 ⓧ	23,00 €

*Spenderbetreuung*

*ohne gesicherte Diagnose  
abrechenbar!*

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

# Beratungspauschalen

<b>P2ABP1</b>	Beratungspauschale Progressionsverzögerung bei chronischer Nierenerkrankung	2x im Krankheitsfall (2/4Q)	 	30,00 €
<b>P2ABP2</b>	GEF* zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens bei erstmaliger Nierenersatztherapie	1x pro Arzt-Patienten-Beziehung	 	23,00 €
<b>P2ABP3</b>	GEF* zur Auswahl des Nierenersatzverfahrens bei Therapiewechsel nach Organversagen	1x pro Arzt-Patienten-Beziehung	  	23,00 €

*einmalige Leistung*

*einmalige Leistung bei ICD T86.19*

\*GEF = Gemeinsame Entscheidungsfindung

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

# Einzelleistungen

<b>E1</b>	ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Zentrumsdialyse (inkl. LC-Dialyse)	abrechenbar je Dialyse 	18,00 €
<b>E2</b>	ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Heimdialyse (Hämodialyse)	abrechenbar je Dialyse   	18,00 €
<b>E3</b>	ärztliche Betreuung von Dialysepatienten mit Peritonealdialyse	täglich abrechenbar   	9,00 €



Die Abrechnung der IPD erfolgt über die Einzelleistung E1

# Zuschläge

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

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

# Qualitätszuschläge

<b>Q1</b>	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (auf P1)		4,00 €
<b>Q2*</b>	Qualitätszuschlag EFA <sup>®</sup> (auf P2A,C,D,E,G)	 	5,00 €
<b>Q3</b>	Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie (auf P1)	 	4,00 €

\* Der Qualitätszuschlag Q2 befindet sich noch in der Entwicklung.

# Abrechnung von Dialysesachkosten

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

## Abrechnungsbeispiel 1: Erstvorstellung Patient mit chron. Niereninsuffizienz Stadium 3, Diagnose: N18.3G

Grundpauschale	<b>P1</b>	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1UE</b>	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung chronische Nierenerkrankung	<b>P2A</b>	25,00 €
Beratungspauschale Progressionsverzögerung	<b>P2ABP1</b>	30,00 €
	Summe:	101,00 €

## Abrechnungsbeispiel 2: Zentrumsdialyse-Patient, Diagnose: Z49.1G, Quartalsbetreuung

Grundpauschale	<b>P1</b>	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1UE</b>	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung während Zentrumsdialyse	<b>P2B</b>	50,00 €
Ärztliche Betreuung je Dialyse (39x/Quartal)	<b>E1 (x39)</b>	702,00 €
Vergütung je Quartal:	Summe:	<b>798,00 €</b>

## Abrechnungsbeispiel 3: PD-Patient, Diagnose: Z49.2G, Quartalsbetreuung

Grundpauschale	<b>P1</b>	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1UE</b>	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung während Heimdialyse/Peritonealdialyse	<b>P2C</b>	50,00 €
Ärztliche Betreuung je Dialyse (91x/Quartal)	<b>E3 (x91)</b>	819,00 €
Vergütung je Quartal:	Summe:	<b>915,00 €</b>

## Abrechnungsbeispiel 4: Patient nach Transplantation in der Sprechstunde, Diagnose: Z94.0G

Grundpauschale	<b>P1</b>	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1UE</b>	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Betreuung nach Transplantation	<b>P2D</b>	25,00 €
	Summe:	<b>71,00 €</b>

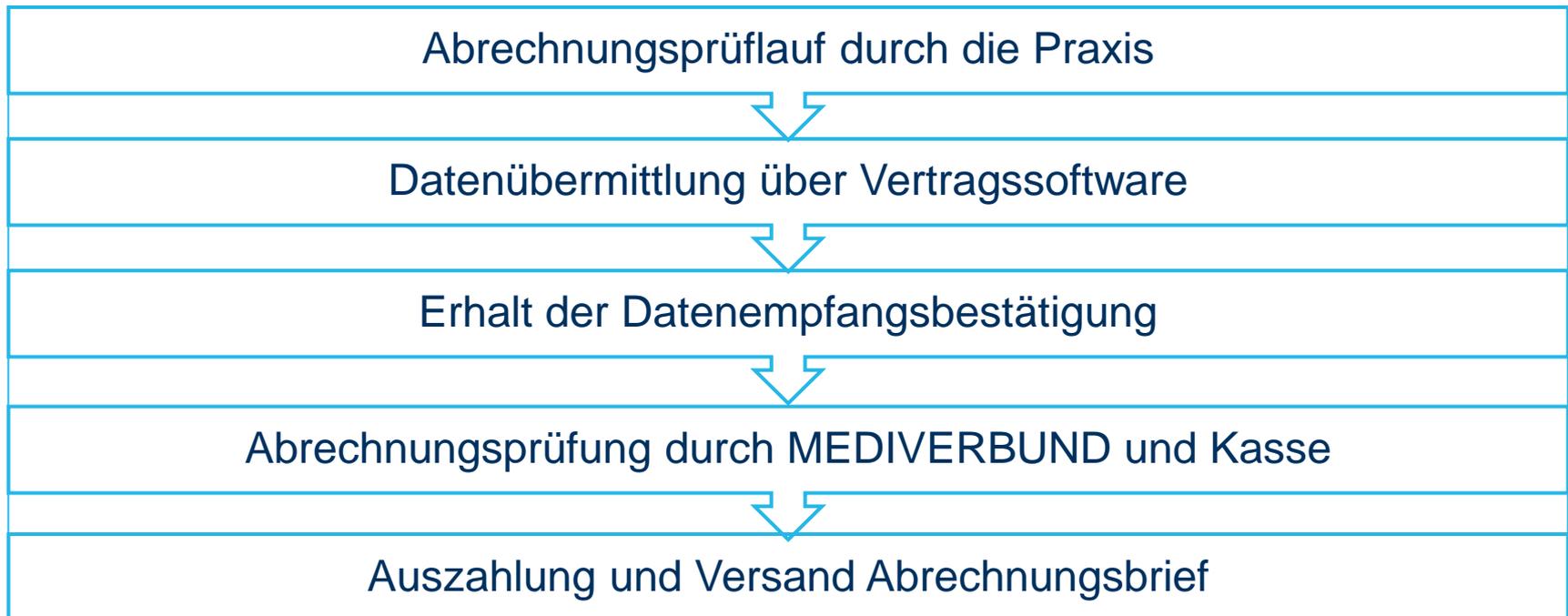
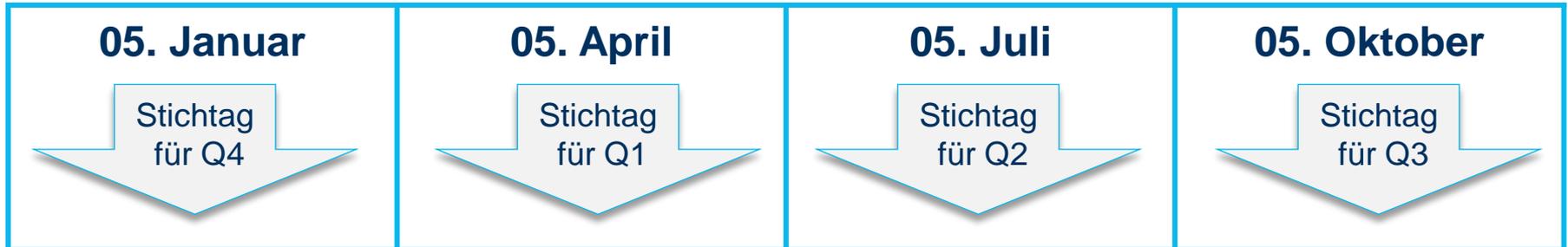
## Abrechnungsbeispiel 5: Patient mit Glomerulonephritis, immunsupprimiert, normale GFR, Diagnose: N00.3G

Grundpauschale	<b>P1</b>	32,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1UE</b>	10,00 €
Qualitätszuschlag Duplex-Sonographie	---Q3---	4,00 €
Sonstige nephrologische Erkrankung	<b>P1A</b>	22,00 €
Zuschlag Immunsuppression	<b>ZIS</b>	20,00 €
	Summe:	<b>88,00 €</b>

# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Pharmaquoten
6. Internetauftritt

# Abrechnungsprozess



# Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

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

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

Sehr geehrter [REDACTED]

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

## 2. Quartal 2020

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

Sie haben uns **17 Verordnungen** geschickt.

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

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

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

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

<b>Zwischensumme gesamt</b>		<b>11.057,52 €</b>
-----------------------------	--	--------------------

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

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

## ➤ Buchungsübersicht

### Konto Buchungsübersicht

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

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen!

## ➤ Übersicht Behandlungsfälle

### Übersicht Behandlungsfälle

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

# Inhalt des Abrechnungsbriefs

## ➤ Einzelnachweise

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

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe		Summe:	Summe Leistungen
		Verwaltungskosten (Faktor in %):	Verwaltungskosten
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum
1	P1		
2	P2ABP2		
3	P2A		
4	P1UE		
5	P2ABP1	14.04.2020	30,00 €
6	---Q3---	14.04.2020	4,00 €
		Summe:	119,00 €
		Verwaltungskosten (3,570 %)	4,25 €

# Beispiel Abrechnungsprüfung: ICD-Einschluss

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

Übermittelte Daten:

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

nach Prüfung:

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



# Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungshäufigkeit

Übermittelte Daten:

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

nach Prüfung:

1	P1	1. Termin	32,00 €
2	P1UE	1. Termin	10,00 €
3	P2A	2. Termin	25,00 €
4	---Q3---	1. Termin	4,00 €
6	Summe:		71,00 €
Änderung:	P2A darf nur einmal im Quartal abgerechnet werden.	3. Termin	



# Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungsausschluss

Übermittelte Daten:

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

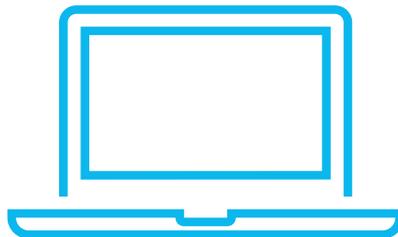
nach Prüfung:

1	E1	1. Termin	18,00 €
2	E1	2. Termin	18,00 €
3	E1	3. Termin	18,00 €
4	Summe:		54,00 €
5	Verwaltungskosten (3,57 %):		1,93 €
Änderung:	E2 kann am selben Tag nicht neben E1 abgerechnet werden.	3. Termin	



# Elektronisches Korrekturverfahren

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



# Regelwerksprüfung der KV

- Es gibt bei allen 73c/140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie die Leistungen innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

# Auszahlungsprozess

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
  - **Abschlagszahlungen** und
  - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **43,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

# Kalender mit wichtigen Abrechnungsterminen

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

2023

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

Diesen Kalender 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.
Stornierung von Abschlagszahlungen	Fristende der Einreichung von Abschlagsstornierungen. (Formular siehe 2te Seite des Abschlagszahlungsinformationsbriefes)
Abschlagszahlungsinformation	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.
Versand des Abrechnungsbriefes	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
Schlusszahlung	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen werden.

# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. **Pharmaquoten**
6. Internetauftritt

# 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 = 2,50€)**



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

**(Bei Quote  $\geq 70\%$  → Vergütungszuschlag = 1,00€)**



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

**(Bei Quote  $\leq 3\%$  → Vergütungszuschlag = 0,50€)**



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

# Quotenerreichung am Beispiel Grünquote

Wenn in mindestens 90% der Fälle, in denen aus der Arzneimitteldatenbank ein grünes Präparat vorgeschlagen wird – also eine „grüne Verordnung theoretisch möglich wäre“, letztendlich auch ein grün markiertes Präparat verordnet wird, dann ist die Grün-Quote ( $\geq 90\%$ ) in diesem Quartal erreicht

In diesem Fall erhält der Vertragsteilnehmer automatisch eine Vergütung auf jede in diesem Quartal abgerechnete Grundpauschale.

Zur Berechnung der Pharma-Quoten werden nur die Verordnungsdaten der Praxis berücksichtigt. Auch wenn das Präparat z.B. in der Apotheke substituiert wird, erfolgt die Berechnung der Pharma-Quoten auf Basis der ursprünglich in der Praxis ausgestellten Verordnungen.

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen

1	P1	24.06.2020	32,00 €
2	---ABSCHLAG NPH---	24.06.2020	0,00 €
3	---Q1 BLAU---	24.06.2020	1,00 €
4	---Q1 ROT---	24.06.2020	0,50 €
5	---Q3---	24.06.2020	4,00 €
6	P2A	24.06.2020	25,00 €
7	P2ABP1	24.06.2020	30,00 €
Summe:			92,50 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,30 €

# 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	108,99 €	-	10,89 €		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 Filmtabl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtabl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
<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

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.

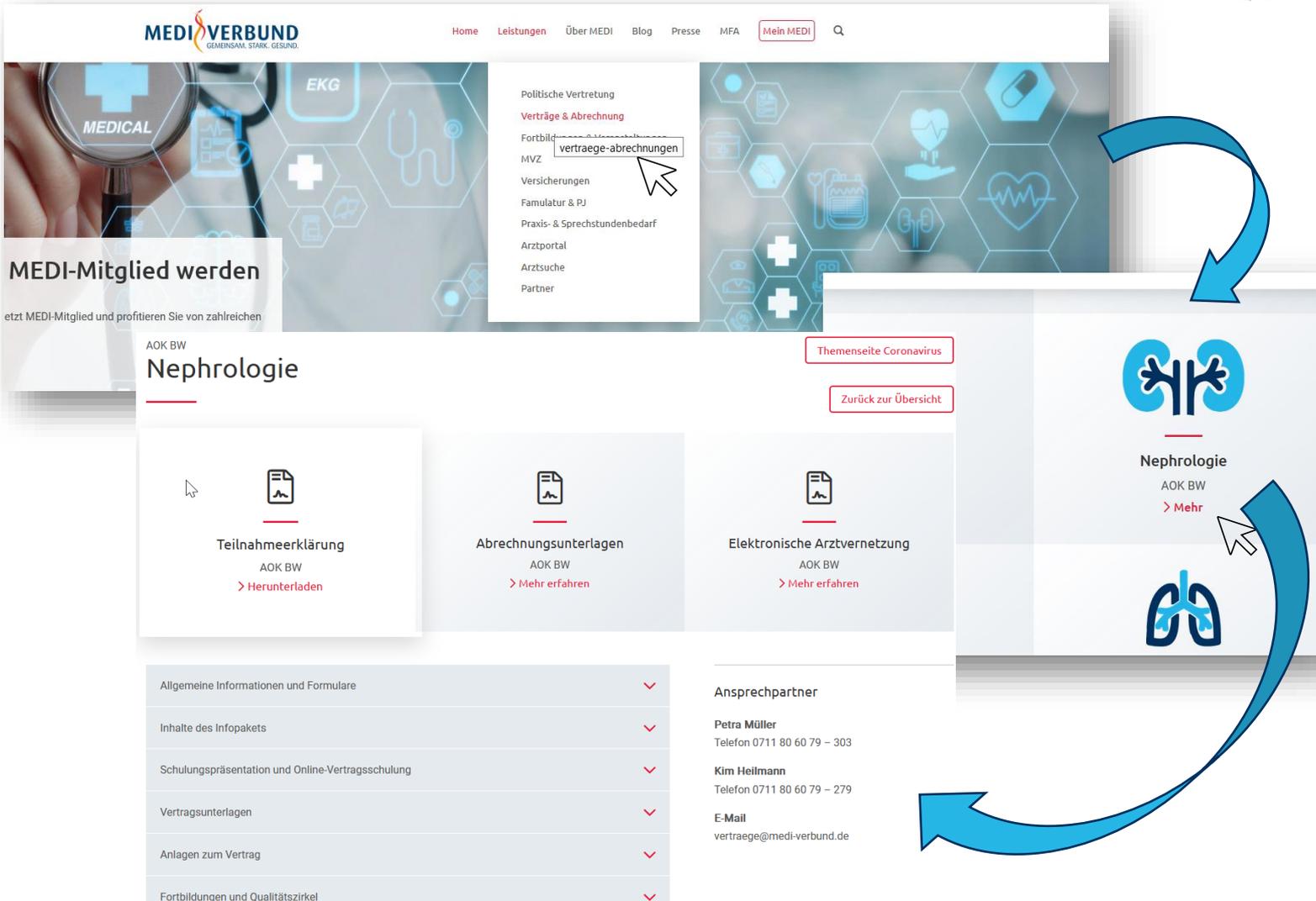
## Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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 %

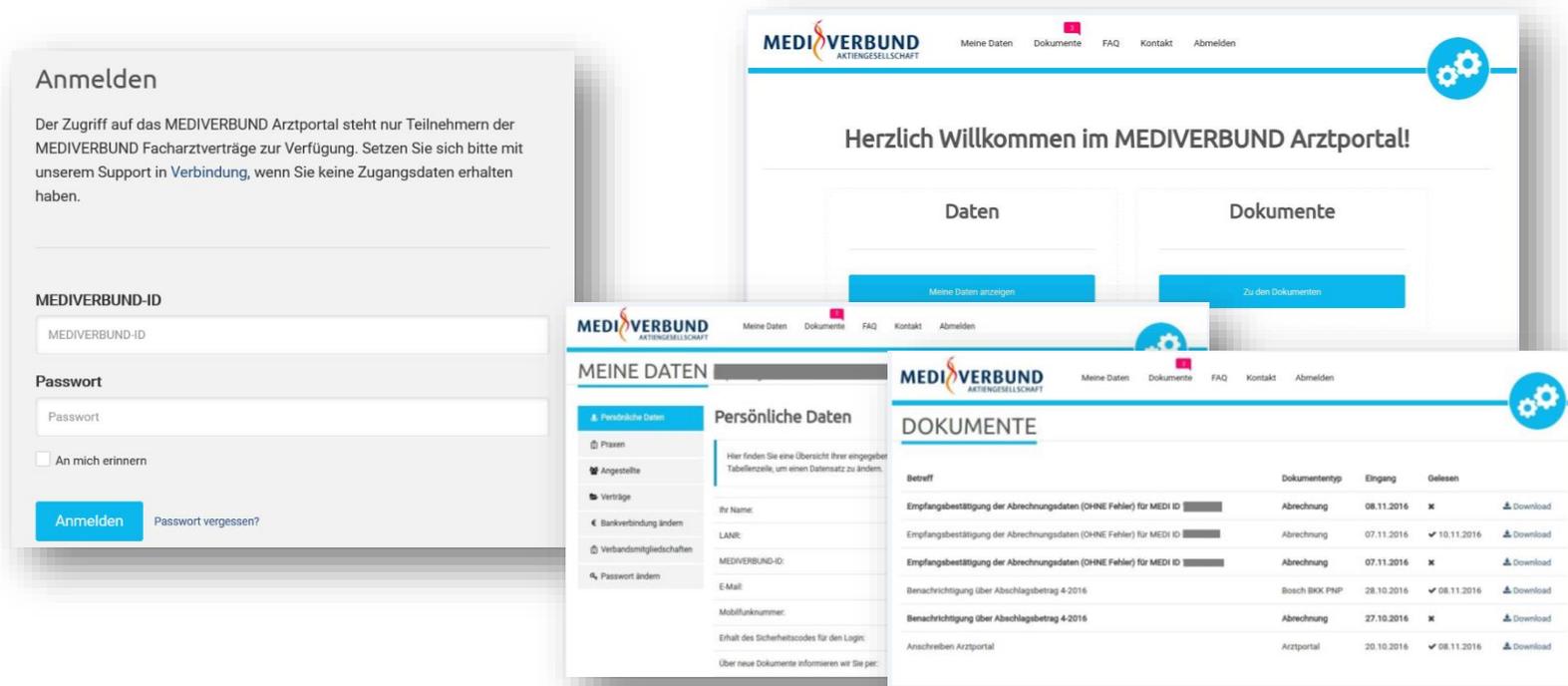
# Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess
5. Pharmaquoten
6. Internetauftritt



The screenshot shows the website interface. 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. Below the navigation is a large banner area with a medical-themed background. On the left, there is a call to action: "MEDI-Mitglied werden" with the text "Jetzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen...". In the center, a dropdown menu is open, listing various services: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung, Fortbildung, MVZ, verträge-abrechnungen (highlighted with a mouse cursor), Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner. On the right, there is a "Themenseite Coronavirus" button and a "Zurück zur Übersicht" button. Below this, a section for "Nephrologie" is shown, featuring a kidney icon and the text "Nephrologie AOK BW > Mehr". A mouse cursor is pointing at the "> Mehr" link. Below the Nephrologie section, there are three cards: "Teilnahmeerklärung AOK BW > Herunterladen", "Abrechnungsunterlagen AOK BW > Mehr erfahren", and "Elektronische Arztvernetzung AOK BW > Mehr erfahren". At the bottom, there is a list of "Allgemeine Informationen und Formulare" with expandable sections: Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen, Anlagen zum Vertrag, and Fortbildungen und Qualitätszirkel. To the right of this list is the "Ansprechpartner" section, listing Petra Müller (Telefon 0711 80 60 79 - 303), Kim Heilmann (Telefon 0711 80 60 79 - 279), and E-Mail (vertraege@medi-verbund.de). Two large blue curved arrows highlight the flow from the dropdown menu to the Nephrologie page and then to the contact information.

- 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 BKK 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



## 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
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

### Hausärzte

Bitte wählen Sie eine am Hausarztvertrag teilnehmende Krankenkasse aus.

## 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 Psychotherapeuten finden.

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

### HAUSÄRZTE

**Betriebsstätten im Selektivvertrag**  
**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. **300** Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)  5 km

- AOK Baden-Württemberg
  - Hausarztvertrag
  - Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

### FACHÄRZTE

**Betriebsstätten im Selektivvertrag**  
**AOK Baden-Württemberg - Nephrologie**

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

Leistungen

Radius (km)  5 km

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

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



## 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://facebook.com/mediverbund)



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



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**