

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

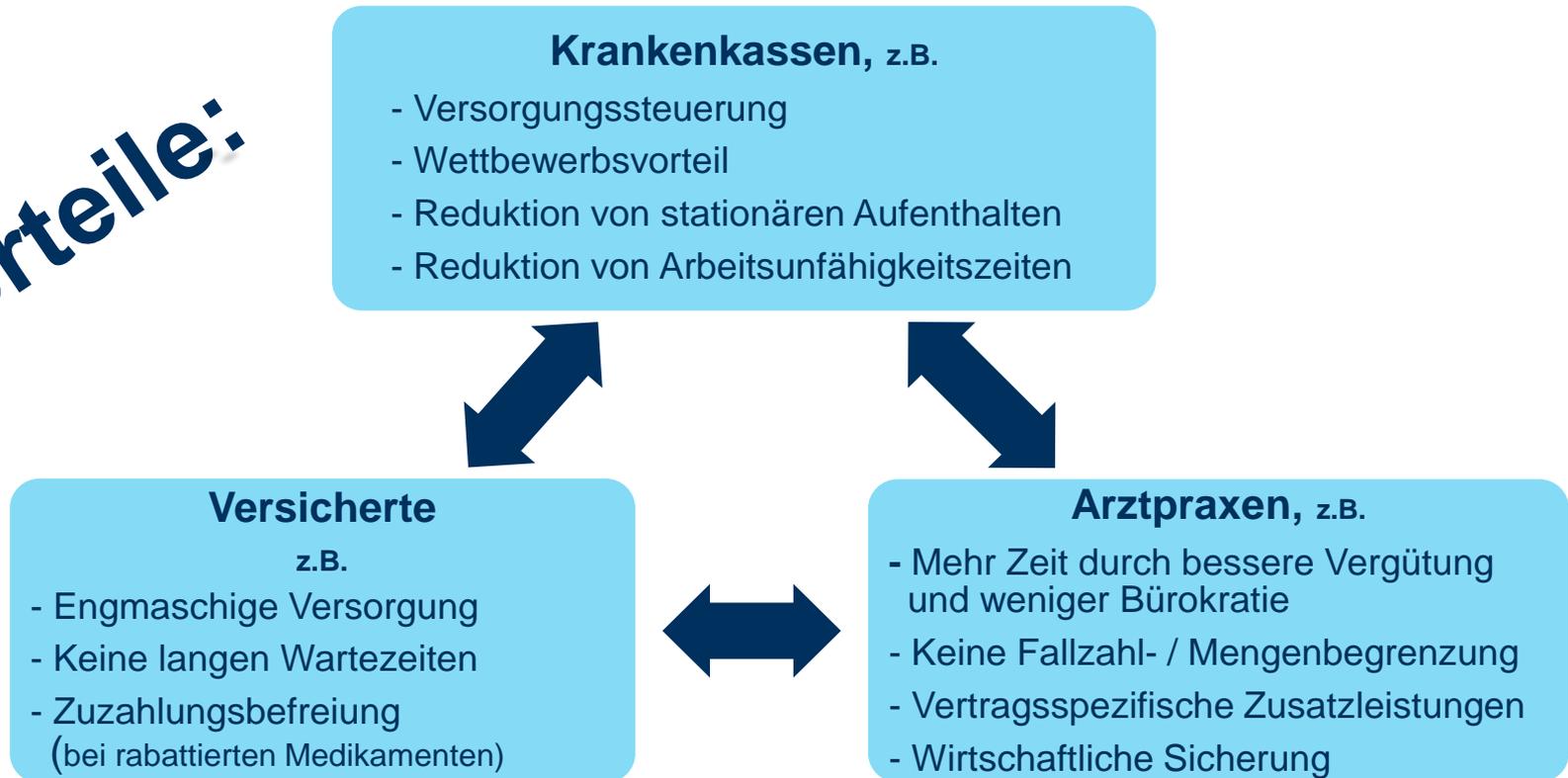
## **Vertragsschulung**

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 6. Qualitätsindikatoren**
- 7. Abrechnungsprozess**
- 8. Häufige Fragen**
- 9. Internetauftritt**

# Warum Selektivverträge?

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

**Vorteile:**



- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- bis 22.07.2015 Möglichkeit des Abschlusses ergänzender Facharztverträge nach §73c SGB V
- ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V; bestehende §73c-Verträge gelten fort
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b und c sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

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

# Systematik des Vertrags

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- enge und aktive **Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt** sowie anderen Fachärzten/Psychotherapeuten durch **strukturierte Schnittstellen** (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)
- Zusammenarbeit mit dem **Sozialen Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK**, Gesundheitsprogramme der Krankenkassen
- spezielle Honorarsystematik
- Online-Abrechnungsprozess über die MEDIVERBUND AG mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen

# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. Internetauftritt

# Vorteile für teilnehmende Ärzte

- **Vergütung höher** als bei der KV
- **mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, z.B. durch Vergütung von Gesprächsleistungen
- **Abbildung von Multimorbidität**
- **Innovative Leistungen**
- **keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung**
- **wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
  - unbefristete Verträge (§140a-Pneumologie erstmals 2024 seitens der Krankenkassen kündbar)
  - feste Vergütung

## Kreis Teilnahmeberechtigter

### ➤ **Vertragsärzte (zugelassen)**

Fachärzte für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Pneumologie bzw. Teilgebiet Lungen- und Bronchialheilkunde oder Lungenärzte

### ➤ **Persönlich ermächtigte Ärzte o.g. Fachgebiete**

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

### ➤ **MVZ**

Sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, die die Teilnahmebedingungen erfüllen. Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ.

**Bitte beachten Sie:** Angestellte Ärzte können nicht selbst am Vertrag teilnehmen. Sie rechnen ihre Leistungen über den Vertragsteilnehmer in der Praxis ab.

## Teilnahmevoraussetzungen

**Persönliche Voraussetzungen**  
vom Arzt selbst zu erfüllen  
z.B. Vertragsschulung

+

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

+

**Abrechnungsvoraussetzungen**  
(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

# Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg  
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)  
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V  
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Erfüllung ggf. zusätzlicher Fortbildungspflichten zu den spezifischen Krankheitsbildern  
(Nachweis: Selbstauskunft – Abfrage der Nachweise durch MEDIVERBUND AG)

# Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxisverwaltungssystem)  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Vertragssoftware  
(Nachweis: [Bestätigungsformular Vertragssoftware](#))
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung  
(Nachweis: [Bestätigungsformular HZV-Online-Key](#))

# Abrechnungsvoraussetzungen I

Zum Erhalt der **Qualitätszuschläge** sind Nachweise erforderlich:

Qualitätszuschlag	Nachweis
Röntgen	KV-Genehmigung Röntgen oder KV-Abrechnung Ziffer [34240 oder 34241]
Sonografie	KV-Genehmigung Abdomen- oder Thoraxsonografie oder KV-Abrechnung Ziffer [33040 oder 33042]
Duplex-Sonografie	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [33070, 33071, 33072, 33073 oder 33074]
FeNO-Messung	Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag)
Teilnahme eAV	Zuschlag für die Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung
EFA® -Zuschlag	Qualifikationsnachweis über den Besuch einer entsprechenden Fortbildung der MFA

# Abrechnungsvoraussetzungen II

Zur **Abrechnung bestimmter Leistungen** sind Nachweise erforderlich:

Leistung	Nachweis
Polygrafie	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [30900]
Polysomnografie	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [30901]
Beratungsgespräch Schlafmedizin (BG4B)	Zusatzbezeichnung „Schlafmedizin“ und KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [30901]

## Qualifikationsvoraussetzungen Tabakentwöhnung:

Leistung	Nachweis
Intensivierte Einzelberatung zum Rauchstopp (BG2A1 und BG2A2)*	<u>Nachweis Selbstauskunft:</u> Kenntnis von Techniken der Minimalintervention zur Tabakentwöhnung (z. B. ABC, 5A, 5R) und zu Grundlagen der Motivierenden Gesprächsführung durch entweder Selbstliteratur z. B. von „DMP Curaplan 4-Stufen-Konzept“ (AOK), „Frei von Tabak“ (BAEK) bzw. Anhang 1/1a zu Anlage 17 des Selektivvertrages oder durch entsprechend inhaltlich ausgerichtete Fortbildungen.
Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B)	<u>Nachweis Zertifikat der Unterweisung:</u> Unterweisung in die Inhalte der Gruppenschulung (analog zu den Inhalten der Gruppenschulung im Curriculum IFT) z. B. mittels Fortbildung, Webinar oder CME-Fortbildung.
Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie (BG3A)  Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B)	<u>Nachweis: Zertifikat über eine der folgenden 3 Qualifizierungen</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualifikation zur Tabakentwöhnung der BAEK (<a href="https://www.bundesaerztekammer.de">https://www.bundesaerztekammer.de</a>)</li> <li>• Mein Nichtraucherprogramm (BDP <a href="http://www.pneumologenverband.de">www.pneumologenverband.de</a>)</li> <li>• Rauchfrei Programm IFT München (<a href="http://www.rauchfrei-programm.de">www.rauchfrei-programm.de</a>)</li> </ul>

\*Vorhandene Qualifizierungen gemäß BG2B bzw. BG3A/B werden als höherwertig eingestuft und beinhalten die Qualifikation für BG2A1/2

# Teilnahmeerklärung Arzt

## Teilnahmeerklärung AOK

## Teilnahmeerklärung Bosch BKK

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V**

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Angabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

**Stammdaten**

Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  MVZ  ermächtigtger Arzt/Psychotherapeut

LÄNR (3-stellig) HBSNR Ggf. NBSNR Ggf. weitere NBSNR

Tel. Nachname, Vorname

Ggf. Name MVZ Telefon

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) Fax

PLZ und Ort E-Mail-Adresse

**Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)**

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich) BIC (zwingend erforderlich)

**Kontostab**

**Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten**

Die Vertragskosten gemäß Vertrag betragen 3,87 % der Vertragsvergütung (Inkl. d. Sachkosten). Für Nichtmitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V. oder des BfP BVV e.V. werden zusätzliche Vertragskosten von weiteren 0,55% zu erheben. Die einseitige Vertragsänderung zur Vertragsannahme beträgt 3,87 % (max. 714 € je HBSNR).

**Vertragsannahme des Vertragsarztes/MVZ**

Hiermit bestätige ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
- die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 11 V.m. Anlage 8);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV/BW mit der AOK einen sog. Besonierungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
  - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten beider o.g. Bedingungen umgehend informiert;
  - meine Vertragsannahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsannahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
  - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsannahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
  - ich selbst meine Vertragsannahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDI/VERBUND kündigen kann; sich gemäß § 10 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abrechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen auszahlen muss. Die mögliche Einziehung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
  - die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK gelistete Honorar vorteilhaft, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
  - ich dem MEDI/VERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen;
  - mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsannahme erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDI/VERBUND und des MEDI BVV e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars;
  - ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt  
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

**ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.**

Seite 2 von 3

Seite 3 von 3



Es ist mir bekannt, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

MVZ betreffend

hware, Version

ist mir bekannt, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

MVZ die Abrech-

in bei einer Auflichtbe-

in-Württemberg gemäß

vereinbarung geregelt

schrieben sind

rital durchgeführt werden

gieren in das Facharzt-

g folgt: keine wirksame

in der Sofortabrechnung

tempel der Praxis/MVZ

voraussetzungen

### Teilnahmeerklärung Bosch BKK

Ich möchte die Versicherten der Bosch BKK nach demselben Facharztprogramm wie die AOK behandeln und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschaltet lassen.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Vorgaben, die sich für mich bereits durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung mit der AOK Baden-Württemberg ergeben haben. Für den Fall, dass sich meine Teilnahmevoraussetzungen ändern, reiche ich Ihnen umgehend nach Bekanntwerden das Stammdatenänderungsformular ein.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich erst dann wirksam am Vertrag mit der Bosch BKK teilnehmen kann, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbesondere können sich Versicherte der Bosch BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen nur dann abrechnen, wenn ich das Bosch BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschaltet habe.

Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge:  
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gastroenterologie
- Kardiologie
- PNP
- Orthopädie/ Rheumatologie
- Urologie
- Pneumologie

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die erfolgreiche Installation einer gültigen Vertragssoftware für den Vertrag nach § 73c bzw. § 140a mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die ein Modul für die Abrechnung von Bosch BKK Versicherten beinhaltet. Ich verwerde für die Abrechnung des Selektivvertrages folgende Vertragssoftware:

Datum Unterschrift Name in Druckbuchstaben

Straße PLZ Ort

**Wichtige Hinweise!!!**

- Die Vertragssoftware ist **nicht** automatisch gleichzusetzen mit Ihrem verwendeten Arzt-Informationssystem (Praxissoftware). In der Regel müssen Sie für die Abrechnung zusätzliche Module bei Ihrem AIS-Anbieter bestellen, freischalten oder installieren.
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft zugelassen ist. Die derzeit gültige Vertragssoftware ist auf der Internetseite [www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) aufgelistet.
- Ohne eine zugelassene Vertragssoftware können Sie
  - keine Abrechnung für den jeweiligen Selektivvertrag gegenüber der Managementgesellschaft durchführen;
  - ggfs. eine Fehl-/Doppelabrechnung gegenüber der KV durchführen.
- Wir können Sie erst nach Erhalt dieser Bestätigung zum Vertrag zulassen und Abrechnungen annehmen.

Bitte per Fax an 0711 - 80 60 79 566 oder per Post an die MEDI/VERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

## 10 Schritte zur Vertragsteilnahme

1. Vertragsunterlagen erhalten / anfordern
2. Vertragsschulung besuchen oder Online-Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben
6. Nachweise beilegen (siehe Checkliste)
7. Teilnahmeerklärung und Nachweise an MEDIVERBUND schicken (per Post / Fax / E-Mail)
8. Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
9. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND abwarten
10. Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen

## 1. Sprechstundenangebot und Terminvergabe:

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

## 2. Praxisprozesse:

- **Befundübermittlung** an den Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen
- **Vertreterregelung:** Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt
- **strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**

## 3. Fortbildungen

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

# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. Internetauftritt

## Vorteile für teilnehmende Versicherte

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



## ➤ **Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherung bei AOK Baden-Württemberg / Bosch BKK
- Aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

## ➤ **Einschreibung für alle bestehenden Facharztverträge (Facharztprogramm):**

AOK BW derzeit: Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie

Bosch BKK derzeit: analog AOK BW – ohne: KJPY, Diabetologie, Nephrologie

- 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

# 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-Facharzt-Programm.
- Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in jeweiligen 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-Facharzt-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 Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet 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 Verschleifenabtragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Konsultation erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	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-Facharzt-Programm.
- Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in jeweiligen 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-Facharzt-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 Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet 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 Verschleifenabtragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner Konsultation erteile.

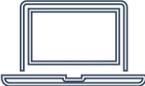
Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J	J	J

**<TE-Code>**

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

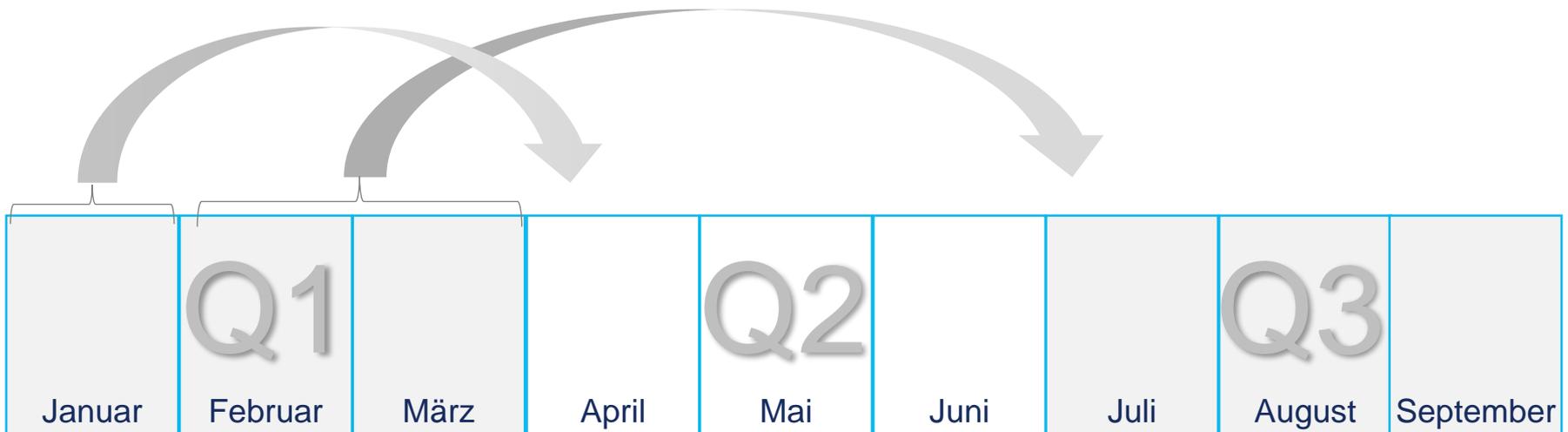
# Online-Versicherteneinschreibung

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

**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. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. Internetauftritt

# Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

**SANE =**

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

Voraussetzungen zur SANE:

- der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- die Praxis muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)

# Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

**alle Leistungen des gesamten Quartals** können über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

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

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

→ **aktive Teilnahme in Q3**

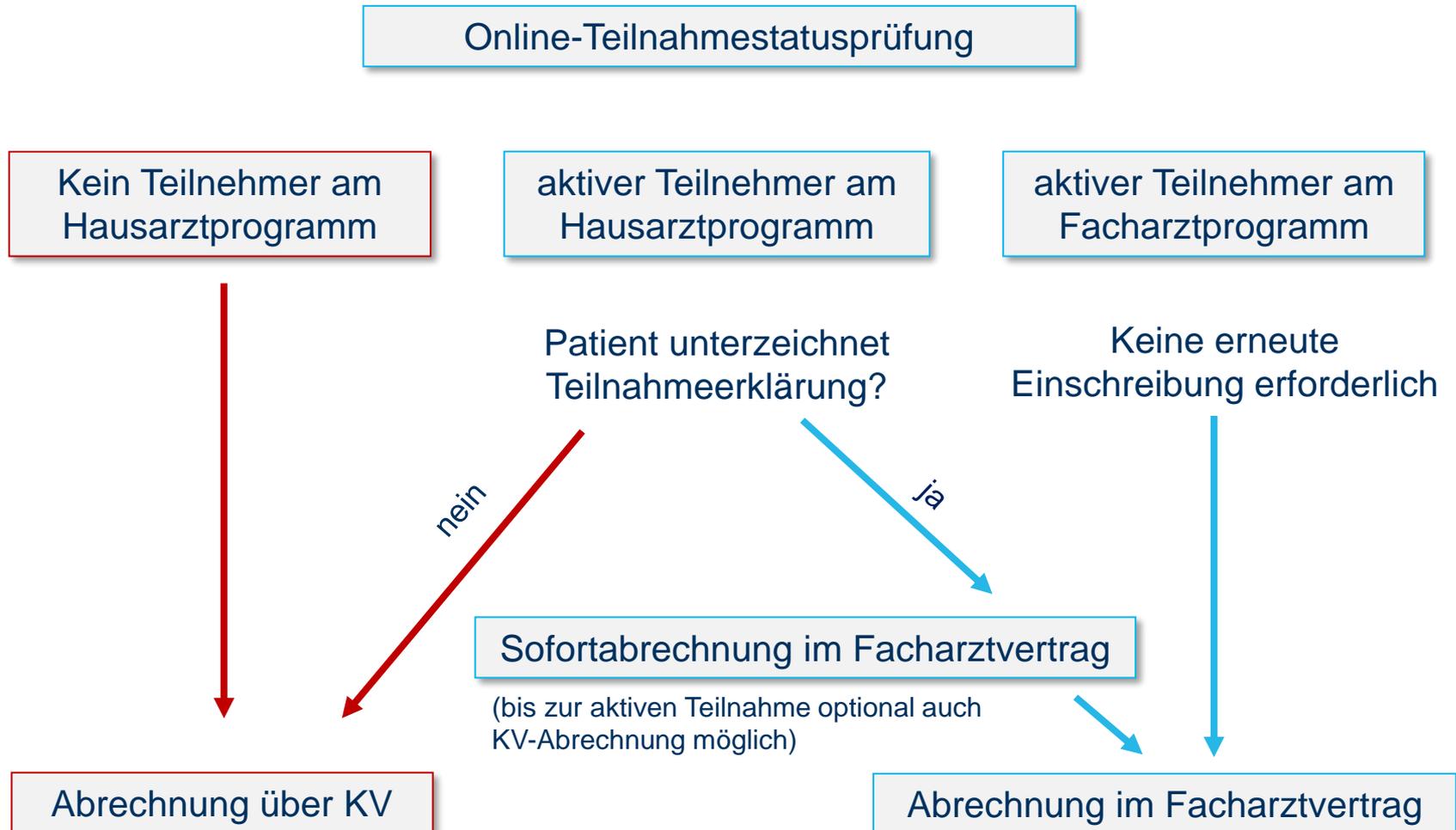


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

## Wichtige Informationen zur SANE

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



# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. 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

	EBM-Grunddaten	HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
GOP	Beschreibung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
3640	GP I Pneumologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3641	GP II Pneumologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3642	GP III Pneumologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3644	Zuschlag zu den GOPs 13640 bis 13642 für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3646	Zuschlag zu der GOP 13644	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3647	Zuschlag zu den GOPs 13640 bis 13642	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3650	Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3651	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3652	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 13650 für eine Erstverordnung der Sauerstofflangzeittherapie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3660	Ergospirometrie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3661	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3662	Bronchoskopie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3663	Zuschlag Intervention, perbronchiale Biopsie, BAL, Broncho-alveoläre Lavage	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3675	Zusatzpauschale Onkologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3677	Zusatzpauschale Lungen- oder Herz-Lungen-Transplantat	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch
3678	FeNO-Messung zur Indikationsstellung einer Therapie mit Dupilumab	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch
3691	GP II Rheumatologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung
3692	GP III Rheumatologie	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten oder als Einzelleistung abrechenbar (**32097, 32150, 32212** →s. F.36) 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

**DMP-Ziffern** sind im GZK enthalten, trotzdem gilt:

- AOK BW: DMP-Asthma/COPD-Leistungen sind wahlweise im Vertrag oder über die KV BW abrechenbar. Ausnahme: DMP-Schulungen sind nur über KV abrechenbar
- Bosch BKK: alle DMP-Asthma/COPD-Leistungen werden über die KV BW abgerechnet

## Sachkosten und GZK

- Sachkosten auf Schein (Produktgruppe 205) sowie weitere Produktgruppen können für eingeschriebene Versicherte nicht mit der KV abgerechnet werden.
- Die Abrechnung über Sprechstundenbedarf bleibt unberührt.

# ICD-Liste (Auszug)

ICD- Punkt	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-TeGt	P2: Akute Erkrankungen	BG1: Chroniker- Vorsorgung:	BG2A1	BG2A2 / BG2B/ BG3A/ BG3B: Wachstopp BG4A:	Schlafassoziierte Respirationsstörun	BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörun	BG5: Allergologie
J45.0	J450	Vorwiegend allergisches Asthma bronchiale		G	G*				G
J45.1	J451	Nichtallergisches Asthma bronchiale		G	G*				
J45.8	J458	Mischformen des Asthma bronchiale		G	G*				G
J45.9	J459	Asthma bronchiale, nicht näher bezeichnet							
J47	J47	Bronchiektasen		G					
J60	J60	Kohlenbergerarbeiter-Pneumokoniose		G					
J61	J61	Pneumokoniose durch Asbest und sonstige anorganische Fasern		G					
J62.0	J620	Pneumokoniose durch Talkum-Staub		G					
J62.8	J628	Pneumokoniose durch sonstigen Quarzstaub		G					
J63.0	J630	Aluminose (Lunge)		G					
J63.1	J631	BauGifitfibrose (Lunge)		G					
J63.2	J632	Berylliose		G					
J63.3	J633	Graphitfibrose (Lunge)		G					
J63.4	J634	Siderose		G					

# Honoraranlage (Auszug)

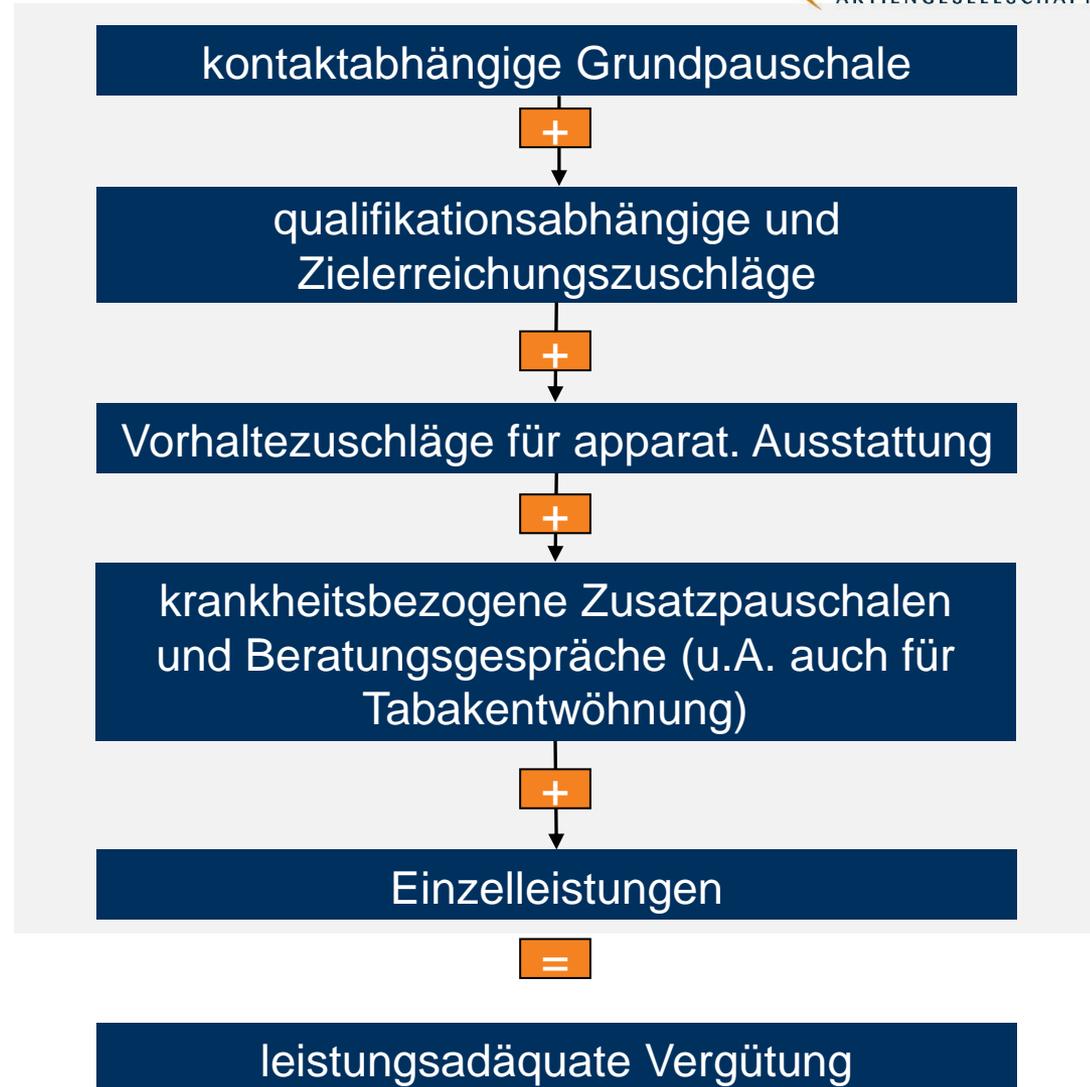
Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

Pneumologie			
Vergütungsposition	Versorgungsinhalte zur Pneumologie im Überblick	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
Soweit in dieser Anlage 12 Verlinkungen auf Websites erfolgen, dienen deren Inhalte lediglich der Informationsbeschaffung zu den Versorgungs- und Leistungsinhalten nach diesem Vertrag.			
<p align="center"><b>1. Grundpauschalen</b></p> <p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz 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 align="center">Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar</p>			
Grundpauschale P1	<p><b>Grundlagen einer evidenzbasierten, biopsychosozialen Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung</b></p> <p>Wandel im Krankheitsspektrum der Bevölkerung auch zur Pneumologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Seit etwa Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt es zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit nicht übertragbarer chronischer Krankheiten.</li> <li>• Ursache dieser Entwicklung ist wesentlich auch das Zusammenspiel des sog. tödlichen Quartetts Fehlernährung, Bewegungsmangel, Tabak- und Alkoholkonsum in einer Gesellschaft des längeren Lebens, letzteres von Geburt an in den Industrienationen (<a href="http://www.svr-gesundheit.de">www.svr-gesundheit.de</a> „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009“).</li> <li>• Nikotinabusus beginnt häufig bereits im Jugendalter – aktuell zunehmend junge Frauen – und führt etwa 20 Jahre später u.v.a. häufig zur chronischen Bronchitis, ab etwa Mitte 40 zur COPD oder/und zum Lungenkarzinom wie auch zum Lungenemphysem und begünstigt Asthma bronchiale, ggf. auch Pneumothorax, akute Infekte usw. (<a href="http://www.dki.de">www.dki.de</a> Themenhefte und Gesundheitsbericht: Hausen Pneumologie für die Praxis, Urban &amp; Schwarzenberg 2008).</li> </ul>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</p> <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/ FACHARZTES vorliegt.</p> <p>Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar.</p>	25,00 €

→ Bestimmte Ziffern können nur abgerechnet werden, wenn uns der Nachweis über das Gerät oder die Qualifikation vorliegt

## *Pneumologievertrag*

- Vollversorgungsvertrag mit eigener Vergütungsstruktur
- Vergütungsinhalte sind krankheitsbezogen und ein sinnvoller Mix aus Pauschalen- und Einzelleistungsvergütung
- Für die umfassende Behandlung schwerer Krankheitsbilder werden Anreize gesetzt



## 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)

$x / T$  = x mal pro Behandlungstag

# 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

# Grundpauschalen + deren Zuschläge

<b>P1</b>	Grundpauschale	1 / Q	 	25,00 €
+ <b>P1UE</b>	Überweisung vom HZV-Hausarzt	1 / Q	 	5,00 €
+ <b>Q1</b>	Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			Max. 4,00 €
+ <b>Q3*</b>	Zuschlag elektron. Arztvernetzung (AOK)		 	5,00 €
+ <b>Q4*</b>	Erfolgsbonus elektron. Arztvernetzung (AOK)		 	2,00 €
+ <b>Q5</b>	Zuschlag Röntgen		 	1,00 €
+ <b>Q6</b>	Zuschlag Sonografie		 	1,00 €
+ <b>Q7</b>	Zuschlag Duplex-Sonografie		 	3,00 €
+ <b>Q8</b>	Zuschlag FeNO-Messung		 	3,00 €
<u>oder</u> <b>V1</b>	Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1 / Q	  12,50 €



**Grün** hinterlegt sind: ( $\geq 90$  %, Zuschlag = 1,00€)

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



**Rot** hinterlegt sind: ( $\leq 3$  %, Zuschlag = 2,50€)

Me-Too-Arzneimittel, die durch die Software vorgeschlagene wirtschaftliche Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden können.



**Blau** hinterlegt sind: ( $\geq 70$  %, Zuschlag = 0,50€)

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



**Orange** hinterlegt sind:

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

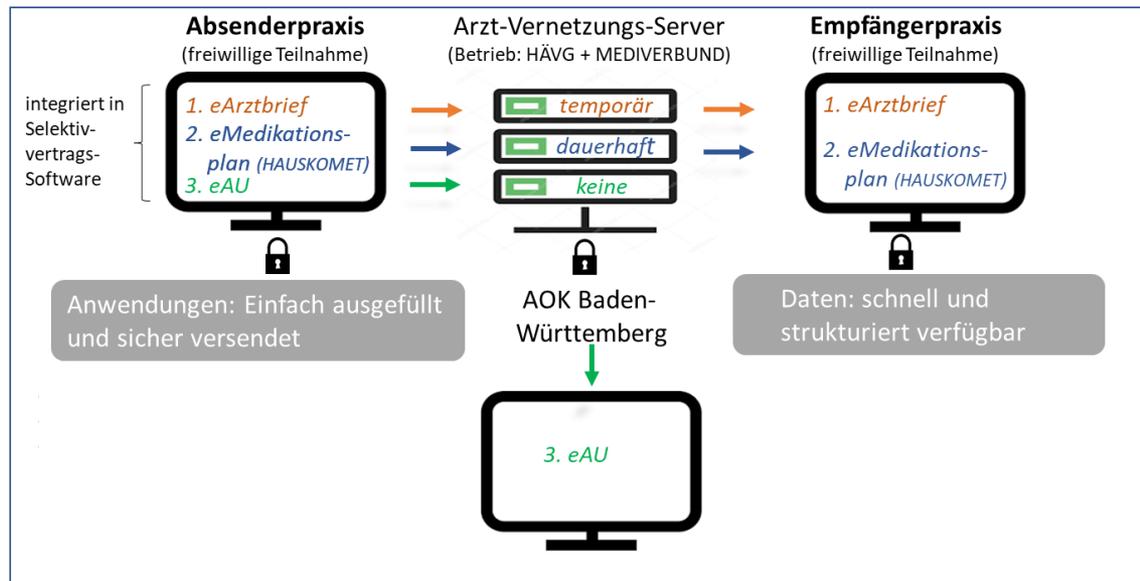
# Vereinbarung zur Rotquote

Für die ersten beiden Quartale der Vertragslaufzeit gilt:

- Verordnungen der Wirkstoffkombinationen Fluticason/Vilanterol (Relvar®) und Fluticason/Formoterol (Flutiform®) sowie Indacaterol/Mometason (Ateectura®) (alle rot gefärbt) werden in der Berechnung nicht berücksichtigt.
- Die Vergütung der Rotquote wird ausgesetzt.
- Die errechnete Rotquotenerreichung wird den teilnehmenden Fachärzten zur Verfügung gestellt.
- Ziel: Wo möglich und vertretbar, soll eine Umsteuerung auf rabattierte Wirkstoffe stattfinden.

# Elektronische Arztvernetzung

- Digitaler Austausch eines elektronischen Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt (**eArztbrief**)
- Elektronische Weiterleitung des Musters 1a an die Krankenkasse (**eAU**)
- Bereitstellung und Pflege elektronischer Medikationsinformationen von Patienten (**HAUSKOMET**)



 weitere Infos unter:  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) →  
Leistungen →  
Verträge/Abrechnung →  
IT-Vernetzung

**ZITV\*** Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale  
elektronische Arztvernetzung  
(einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ)

 2.500,00 €  
einmalig

# Akute und chronische Erkrankungen

## Zusatzpauschale:

<b>P2</b>	Akute Erkrankungen	1 / Q 2 / 4Q	   13,00 €
-----------	--------------------	-----------------	---

## Beratungsgespräch:

1 Einheit entspricht 10 Minuten Gesprächszeit

<b>BG1</b>	Chronische Erkrankungen	1 / T 8 / 4Q	   18,00 €
<b>Q2</b>	Strukturzuschlag EFA®	1 / Q	  5,00 €

- EFA® = Entlastungsassistentin in der **Facharzt-Praxis**
- Die Fortbildung wird angeboten durch das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V. (IFFM) – in enger Abstimmung mit dem BdP BW und den Krankenkassen
- Die Fortbildung umfasst 80 Unterrichtseinheiten.
- Die Weiterbildung zur Pneumologischen Assistentin wird angerechnet.

Details des EFA-Fortbildungskonzepts und Termine derzeit in Abstimmung

# Tabakentwöhnung

1 Einheit entspricht **5 Min.** Gesprächszeit

<b>BG2A1*</b>	Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp bei Asthma/COPD	1 / T 3 / 4Q	   	10,00 €
<b>BG2A2*</b>	Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp bei sonstigen Erkrankungen	1 / 4Q	   	10,00 €

\* Nicht im gleichen Krankheitsfall neben 92020 (DMP) abrechenbar

1 Einheit entspricht **90 Min.** Schulung

<b>BG2B</b>	Psychoedukative Gruppenschulung - Gruppengröße 5-20 Teilnehmer	1 / 3 Jahre	   	25,00 €
-------------	---	-------------	---	---------

1 Einheit entspricht **45 Min.** Therapie

<b>BG3A</b>	Raucherberatung als Einzeltherapie	10 / 3 Jahre	   	80,00 €
<b>BG3B</b>	Raucherberatung als Gruppentherapie - Gruppengröße 4-14 Teilnehmer	12 / 3 Jahre	   	25,00 €

BG3A und BG3B sind kombiniert abrechenbar innerhalb eines gemeinsamen Kontingents von max. 15 Einheiten innerhalb von 3 Jahren.

# Beratungsgespräche Schlaf / Allergie

1 Einheit entspricht  
5 Minuten  
Gesprächszeit

<b>BG4A</b>	Schlafassoziierte Respirationsstörungen	2 / 4Q	  	10,00 €
<b>BG4B</b>	Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin	4 / 4Q	   	10,00 €

BG4A und B können im gleichen Krankheitsfall nicht kombiniert werden.

1 Einheit entspricht  
5 Minuten  
Gesprächszeit

<b>BG5</b>	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest bzw. Adhärenzgespräch bei Immuntherapie	4 / 4Q	  	10,00 €
------------	--	--------	---	---------

# Einzelleistungen I

<b>E1</b>	Spiroergometrie		44,00 €
<b>E2</b>	Bronchoskopie		128,00 €
<b>E3</b>	Polygrafie		71,50 €
<b>E4</b>	Polysomnografie		353,00 €

## Diagnostikkomplexe

Ausnahme bei E5A/E5B: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum möglich bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose. Dafür Verdachtsdiagnose und Leistungsziffer „DAE“ dokumentieren

<b>E5A</b>	<b>Diagnostikkomplex I</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unspezifischer bronchialen Provokationstests <u>oder</u></li> <li>• Druckmessung der Lunge <u>oder</u></li> <li>• Bestimmung der Lungendehnbarkeit</li> </ul>	1 / 4Q	40,00 €
<b>E5B</b>	<b>Diagnostikkomplex II</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Komplexe Blutgasdiagnostik</li> </ul>	1 / 4Q	30,00 €
<b>E5C</b>	<b>Diagnostikkomplex III</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prick- und/oder Scratch- und/oder Reib- und/oder Skarifikations- und/oder Intrakutan-Testung und/oder</li> <li>• Konjunktivaler und/oder nasaler Provokationstest</li> </ul>	1 / 4Q	25,00 €

Ausnahme bei E5C: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum möglich bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose (DAE) oder bei besonderen Allergenen vor der spezifischen Immuntherapie (TIN). Dafür ggf. Verdachtsdiagnose und Leistungsziffer „DAE“/„TIN“ dokumentieren

## Einzelleistungen II

<b>E6</b>	<b>Hyposensibilisierungsbehandlung</b> Bei sublingualer Therapie nur abrechenbar bei Neueinstellung des Patienten		10,00 €
<b>E7</b>	<b>Aufwändige subkutane Therapie bei schwerem Asthma</b> Nur bei Neueinstellung- bzw. Umstellung des Patienten abrechenbar		20,00 €
<b>E8</b>	<b>Intensivierte Betreuung bei aufwändiger Infusionstherapie</b>	1 / Q	40,00 €

### Labor

<b>32097</b>	<b>BNP</b>		19,40 €
<b>32150</b>	<b>Troponin</b>		11,25 €
<b>32212</b>	<b>Fibrin (D-Dimere)</b>		17,80 €

Weitere Laborwerte zunächst auf GZK-Relevanz prüfen. Sind die Ziffern im GZK nicht aufgeführt (i.d.R. bei OIII-Labor) erfolgt die Abrechnung über EBM. Zu Labor und GZK siehe auch entsprechende Folie.

# DMP

<b>92001</b>	DMP Asthma/COPD Einschreibepauschale eDMP	Abrechenbar gemäß DMP- Verträge AOK
<b>92003</b>	DMP Asthma/COPD Folgedokumentation eDMP	
<b>92005</b>	DMP Asthma/COPD Dokumentationspauschale Arztwechsel bei eDMP	
<b>92006</b>	DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale	
<b>92008</b>	DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale pneumologisch qualifizierter Arzt	
<b>92009</b>	DMP Asthma/COPD Erstellung eines Behandlungsplans	
<b>92010</b>	DMP Asthma/COPD Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	
<b>92012</b>	DMP Asthma/COPD Erneute Einschreibung nach Ausschreibung durch die Krankenkasse bei eDMP	

**AOK BW:** Abrechnung entweder über den Vertrag oder über die KV; Schulungen können nur über die KV abgerechnet werden

**Bosch BKK:** Abrechnung über die KV

# Auftragsleistungen

-  Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar
-  Die Abrechnung von Auftragsleistungen erfordert eine „Überweisung Zielauftrag“

<b>A0</b>	Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
<b>A1</b>	Spiroergometrie (siehe Einzelleistung)		44,00 €
<b>A2</b>	Bronchoskopie (siehe Einzelleistung)		128,00 €
<b>A3</b>	Polygrafie (siehe Einzelleistung)		71,50 €
<b>A4</b>	Polysomnografie (siehe Einzelleistung)		353,00 €
<b>A5A</b>	Diagnostikkomplex I (siehe Einzelleistung)		40,00 €
<b>A5B</b>	Diagnostikkomplex II (siehe Einzelleistung)		30,00 €
<b>A5C</b>	Diagnostikkomplex III (siehe Einzelleistung)		25,00 €
<b>A6</b>	Hyposensibilisierungsbehandlung		10,00 €
<b>A7</b>	Aufwändige subkutane Therapie bei schwerem Asthma (siehe Einzelleistung)		20,00 €
<b>A8</b>	Intensivierte Betreuung bei aufwändiger Infusionstherapie (siehe Einzelleistung)		40,00 €
<b>A9</b>	Röntgen		12,50 €
<b>A10</b>	Sonografie		16,50 €
<b>A11</b>	Duplex-Sonografie		20,00 €
<b>A12</b>	FeNO-Messung		17,00 €

# Anschubfinanzierung

## **Z1** Investitionskostenzuschlag

Zuschlag wird auf die P1 aufgeschlagen; gültig im Zeitraum Q 3/2021 bis Q 1/2022

 25,00 €

# Dokumentationsziffern Qualitätsindikatoren

<b>ACT</b>	Indikator 1 (Asthmakontrolle)
	Jede Asthmakontrolle muss mittels der Ziffer „ <b>ACT</b> “ dokumentiert werden
<b>IIE</b>	Indikator 5 (Influenza-ImpfEmpfehlung)
	Jede Empfehlung muss mittels der Ziffer „ <b>IIE</b> “ dokumentiert werden

# Abrechnungsbeispiel Kontrollpatient Asthma

Behandlung einer Patientin mit 1 Behandlungstermin im Quartal Gut kontrolliertes Pollenasthma		
P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
P1UE	5,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
Q-Zuschläge (P1)	11,50 €	*
BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: Asthma)
Q2	5,00 €	EFA®-Zuschlag
BG5	10,00 €	5 Min. Adhärenzgespräch
ACT	-	Infoziffer zur Dokumentation des Asthmakontrolltests
<b>Quartalshonorar</b>	<b>74,50 €</b>	

* Rationale Pharmakotherapie	1,50 €
Zuschlag eAV	5,00 €
Röntgen	1,00 €
Sonografie	1,00 €
FeNO-Messung	3,00 €

# Abrechnungsbeispiel COPD

Behandlung eines Patienten mit 2 Behandlungsterminen im Quartal COPD – Rez. Exacerbationen – chron. Nikotinkonsum			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1UE	5,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge (P1)	11,50 €	<i>siehe Annahmen</i>
	BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: COPD)
	EFA®-Zuschlag	5,00 €	Entlastungsassistentin Facharztpraxis
	BG2A1	10,00 €	5 Min. Gespräch zu Rauchstopp
2. Termin	E5B	30,00 €	Komplexe Blutgasdiagnostik
	BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: COPD)
	BG2A1	10,00 €	5 Min. Gespräch zu Rauchstopp
	Quartalshonorar	<b>132,50 €</b>	

* Rationale Pharmakotherapie	1,50 €
Zuschlag eAV	5,00 €
Röntgen	1,00 €
Sonografie	1,00 €
FeNO-Messung	3,00 €

# Abrechnungsbeispiel Neupatient

Behandlung einer Patientin mit 2 Behandlungsterminen im ersten Behandlungsquartal Unklare Dyspnoe – Allergieabklärung – Rauchstopp			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1UE	5,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge (P1)	11,50 €	<i>siehe Annahmen</i>
	E5A	40,00 €	Unspezifischer bronchialer Provokationstest
	E5C	25,00 €	Pricktest
	BG2A1	10,00 €	5 Min. Gespräch zu Rauchstopp
2. Termin	BG1	18,00 €	10 Min. Gesprächszeit (hier: zu Asthma)
	BG5	10,00 €	5 Min. Gesprächszeit Versorgungsplanung Allergie
	Q2	5,00 €	EFA®-Zuschlag
	Quartalshonorar	<b>149,50 €</b>	

* Rationale Pharmakotherapie	1,50 €
Zuschlag eAV	5,00 €
Röntgen	1,00 €
Sonografie	1,00 €
FeNO-Messung	3,00 €

# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. Internetauftritt

# Grundlage

- Zur Betrachtung der Versorgungseffekte durch den Vertrag
- Auf Basis des Qualitätsindikatorensystems für die ambulante Versorgung (QISA)
- Angepasst auf Leistungsinhalte des Pneumologievertrags
- Ergebnismessung in regelmäßigen Abständen
- Grundlage zur Fortsetzung des Vertrags nach 3 Jahren Vertragslaufzeit
- Definiert und vereinbart sind 8 Indikatoren

## Indikatoren (Basis: QISA Band C1)

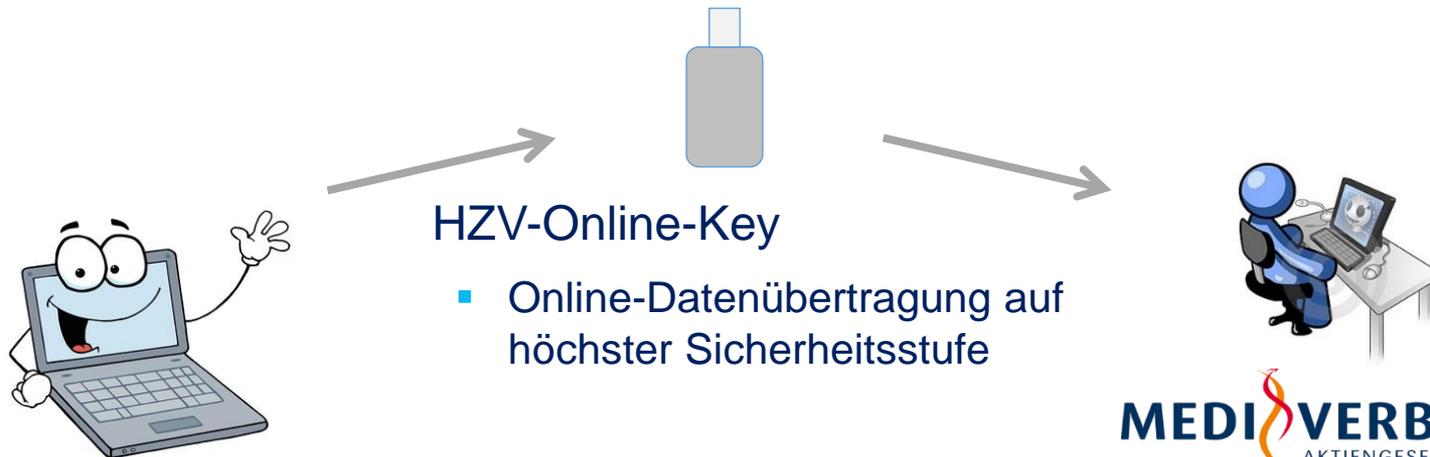
1. Anteil der Asthmatiker, bei denen mindestens einmal jährlich der Grad der Asthmakontrolle bestimmt wird.
2. Anteil der rauchenden Asthmatiker mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung
3. Anteil der Asthmatiker mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems
4. Anteil der rauchenden COPD-Patienten mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung
5. Anteil der COPD-Patienten für die dem HA eine Influenza-Impfung empfohlen wurde
6. Hospitalisierungsrate der COPD-Patienten
7. Anteil der COPD-Patienten mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems
8. Anteil der Arztpraxen mit (zur EFA®) geschulten Medizinischen Fachangestellten

- Die Berechnung erfolgt über das Kollektiv der Vertragsteilnehmer – nicht praxisbezogen
- Zur Berechnung werden die Abrechnungsdaten des Vertrags verwendet.
- Bei folgenden Indikatoren ist für eine Berechnung **zwingend eine Zusatzdokumentation erforderlich**: (→ F. 52)
  - Indikator 1 (Asthmakontrolle): Jede Asthmakontrolle muss mittels der Ziffer „**ACT**“ dokumentiert werden
  - Indikator 5 (Influenza-ImpfEmpfehlung): Jede Empfehlung muss mittels der Ziffer „**IIE**“ dokumentiert werden
- Die Zielerreichung wird entweder über den Vergleich mit Routinedaten oder über Quoten innerhalb des Vertrags ermittelt. Beispiele:
  - Indikator 1: Erreichung einer hohen Quote im Basisjahr + Beibehalt oder Steigerung in den Folgejahren
  - Indikator 6: Niedrigere Hospitalisierungsrate bei eingeschriebenen Versicherten im Vgl. zur Routineversorgung

# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. Internetauftritt

# Datenübermittlung



## HZV-Online-Key

- Online-Datenübertragung auf höchster Sicherheitsstufe

## Vertragssoftware (Modul)

- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

## Rechenzentrum

- Verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

## Vertragssoftware und HZV-Online-Key

- aktuelle Liste der Vertragssoftwarehersteller sowie Stand der Zertifizierung immer aktuell auf [medi-verbund.de](http://medi-verbund.de)
- Vertragssoftware kann bei den dort genannten Anbietern zu den jeweils geltenden Konditionen bestellt werden
- HZV-Online-Key kann bei der HÄVG Rechenzentrum GmbH beantragt werden

### **Weitere Informationen finden Sie auf unserer Internetseite:**

[www.mediverbund-ag.de](http://www.mediverbund-ag.de) → Verträge / Abrechnung → Pneumologie AOK BW → Informationen zur Vertragssoftware und HZV-Online-Key



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware

Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key

Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG

Prüfung durch MEDIVERBUND AG - Gegenprüfung durch Kasse

Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG  
(Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni )

# Elektronisches Korrekturverfahren

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



# 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 den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

# Auszahlungsprozess

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
  - **Abschlagszahlungen** und
  - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

- **Einschreibepauschale:**
  - einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
  - Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums
  
- **Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar**
  - **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BdP BW e.V.
  - **4,165 %** für Nichtmitglieder
  
- **Kosten IT:**
  - Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

# IT-Anschubfinanzierung der Bosch BKK

- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- **300,00 €** erhalten Sie nach Beantragung von der Bosch BKK
  - Zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
  - Nach Zulassung zum Vertrag mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK zu beantragen:

[www.mediverbund-ag.de](http://www.mediverbund-ag.de) → Verträge / Abrechnung → Pneumologie Bosch BKK → Inhalt des Infopakets → Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss



Das Bild zeigt ein Faxformular für die Beantragung des Bosch BKK-Zuschusses. Oben links sind die Logos von Bosch BKK und MediVerbund AG zu sehen. Rechts oben befindet sich ein roter Kasten mit der Aufschrift: 'Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragsannahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK'. Darunter steht die Faxnummer 089 5193 2264. Der Text des Formulars lautet: 'Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Facharztverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK. Bitte übersenden Sie die Vorlage für den Aufbau der organisatorischen Strukturen der Bosch BKK und lassen Sie das Faxformular geschlossenen Versand bei uns ankommen.' Es folgen die Angaben für Facharztverband, BKK, Fortschreiber, Dr. und die Angabe des Datums, des Poststempels und der Unterschrift.

# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 6. Qualitätsindikatoren**
- 7. Abrechnungsprozess**
- 8. Häufige Fragen**
- 9. Internetauftritt**

# Abrechnung von IGeL

- Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen nicht zusätzlich privat liquidiert werden (z.B. FeNo-Messung).
- darüber hinausgehende Leistungen müssen im Rahmen eines IGEL-Vertrages individuell mit dem Patienten vereinbart werden.
- eine möglichst evidenzbasierte Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken solcher Verfahren ist bei teilnehmenden Patienten vorzunehmen.

## ➤ Grundlage:

- gesetzliche Vorgaben und Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KBV und GKV-SV)

## ➤ Grundsätze:

- Keine Bereinigung von „extrabudgetären Leistungen“
  - Keine Bereinigung von nicht im Ziffernkranz des Selektivvertrages genannten Ziffern
  - Keine Bereinigung von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Patienten (Fällen)
  - Ermittlung Bereinigungsfallwert je Fachgruppe durch KV
  - Ermittlung Bereinigungsfallzahl je Fachgruppe und Praxis
- Nachweis im KV-Honorarbescheid „**3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen**“

## 3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen

Alles Gute.

**KVBV**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Betriebsstättennummer  
Quartal

Seite

1.	<b>Leistungsanforderung anerkannt</b>		
2.	<b>Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt</b>		
2.1	Leistungsanforderung außerhalb RLV		
2.2	Leistungsanforderung außerhalb MGW		
3.	<b>RLV und QZV Gesamtvolumen laut Bescheid 1/2017</b>		
3.1	RLV und QZV Gesamtvolumen		
4.	<b>RLV und QZV Gesamtvolumen infolge Teilnahme Selektivverträge</b>	Fallzahl	Fallwert
4.1	Besondere Versorgung § 73c SGB V		
4.3	Bereinigungsvolumen (4.1 + 4.2)		
4.4	RLV und QZV Gesamtvolumen bereinigt (3. - 4.3)		
5.	<b>Über-/Unterschreitung RLV und QZV Gesamtvolumen</b>		
5.1	RLV-relevante Leistungsanforderung (1. - 2.)		
5.2	Unterschreitung		
5.3	Überschreitung		
6.	<b>Zusammenfassung</b>		
6.1	RLV und QZV anerkannt		
6.2	RLV und QZV überschritten		

## Praxisebene:

- **Feststellung Bereinigungsfallzahl der Praxis im VJQ**
  - (= RLV-relevante Fälle der im Abrechnungsquartal eingeschriebenen Versicherten bei der teilnehmenden Praxis, unabhängig von einer Behandlung/Abrechnung im Abrechnungsquartal)
- **Ermittlung Bereinigungsvolumen der Praxis**
  - (= Bereinigungsfallwert der Fachgruppe X  
Bereinigungsfallzahl Praxis)

# Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 6. Qualitätsindikatoren**
- 7. Abrechnungsprozess**
- 8. Häufige Fragen**
- 9. Internetauftritt**

The screenshot shows the Medi-Verbund website interface. At the top, there is a navigation bar with links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search icon is also present. Below the navigation bar, there is a main content area with a grid of icons and text. A mouse cursor is pointing at a link labeled 'vertraege-abrechnung'. To the right, there is a large blue curved arrow pointing downwards. Below this, there is a section for 'Pneumologie' with a sub-header 'Themenseite Coronavirus' and a link 'Zurück zur Übersicht'. The main content of the 'Pneumologie' section includes three cards: 'Teilnahmeerklärung' (AOK BW, Herunterladen), 'Abrechnungsunterlagen' (AOK BW, Mehr erfahren), and 'Elektronische Arztvernetzung' (AOK BW, Mehr erfahren). Below these cards is a table with a list of items and a column of red checkmarks. To the right, there is a section for 'Pneumologie' with a sub-header 'AOK BW' and a link '> Mehr'. A mouse cursor is pointing at this link. A large blue curved arrow points from the 'Pneumologie' section towards the bottom right.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA Mein MEDI

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

Themenseite Coronavirus

Zurück zur Übersicht

Teilnahmeerklärung  
AOK BW  
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen  
AOK BW  
> Mehr erfahren

Elektronische Arztvernetzung  
AOK BW  
> Mehr erfahren

Allgemeine Informationen und Formulare	✓
Inhalte des Infopakets	✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	✓
Vertragsunterlagen (aktueller Stand - unter Vorbehalt)	✓
Anlagen zum Vertrag (aktueller Stand - unter Vorbehalt)	✓
Fortbildungen und Qualitätszirkel	✓
Ansprechpartner bei der Krankenkasse	✓

Ansprechpartner

Jasmin Ritter  
Telefon 0711 80 60 79 - 265

Gabriele Raff  
Telefon 0711 80 60 79 -274

Chirurgie  
AOK BW  
> Mehr

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

### Anmelden

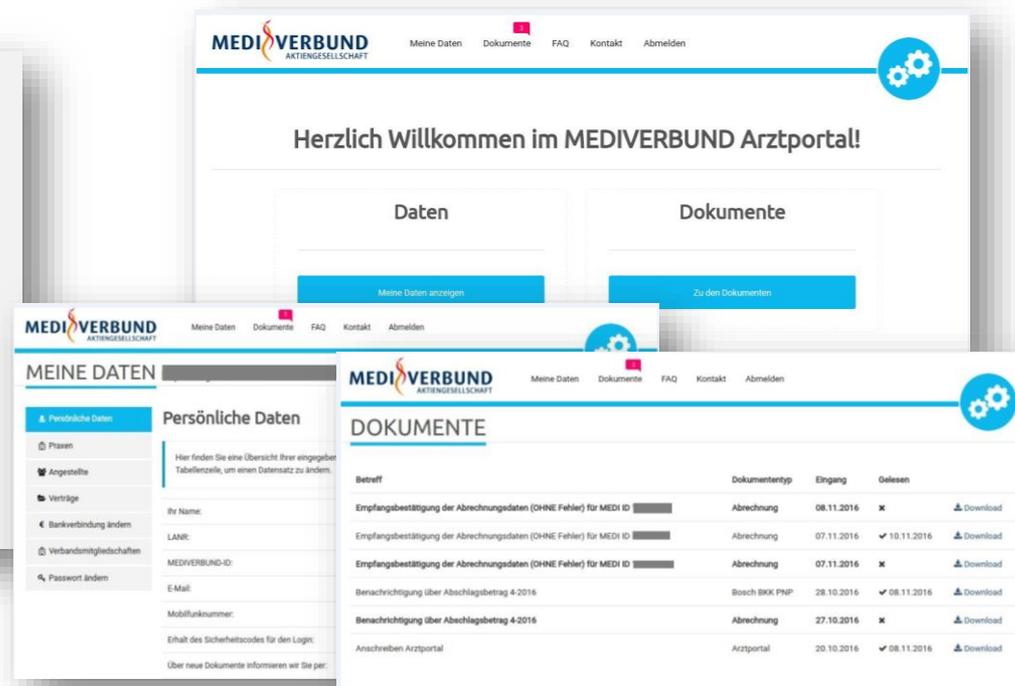
Der Zugriff auf das MEDIVERBUND Arztportal steht nur Teilnehmern der MEDIVERBUND Facharztverträge zur Verfügung. Setzen Sie sich bitte mit unserem Support in Verbindung, wenn Sie keine Zugangsdaten erhalten haben.

MEDIVERBUND-ID

Passwort

An mich erinnern

**Anmelden** [Passwort vergessen?](#)



**Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!**

**Daten** **Dokumente**

**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: \_\_\_\_\_

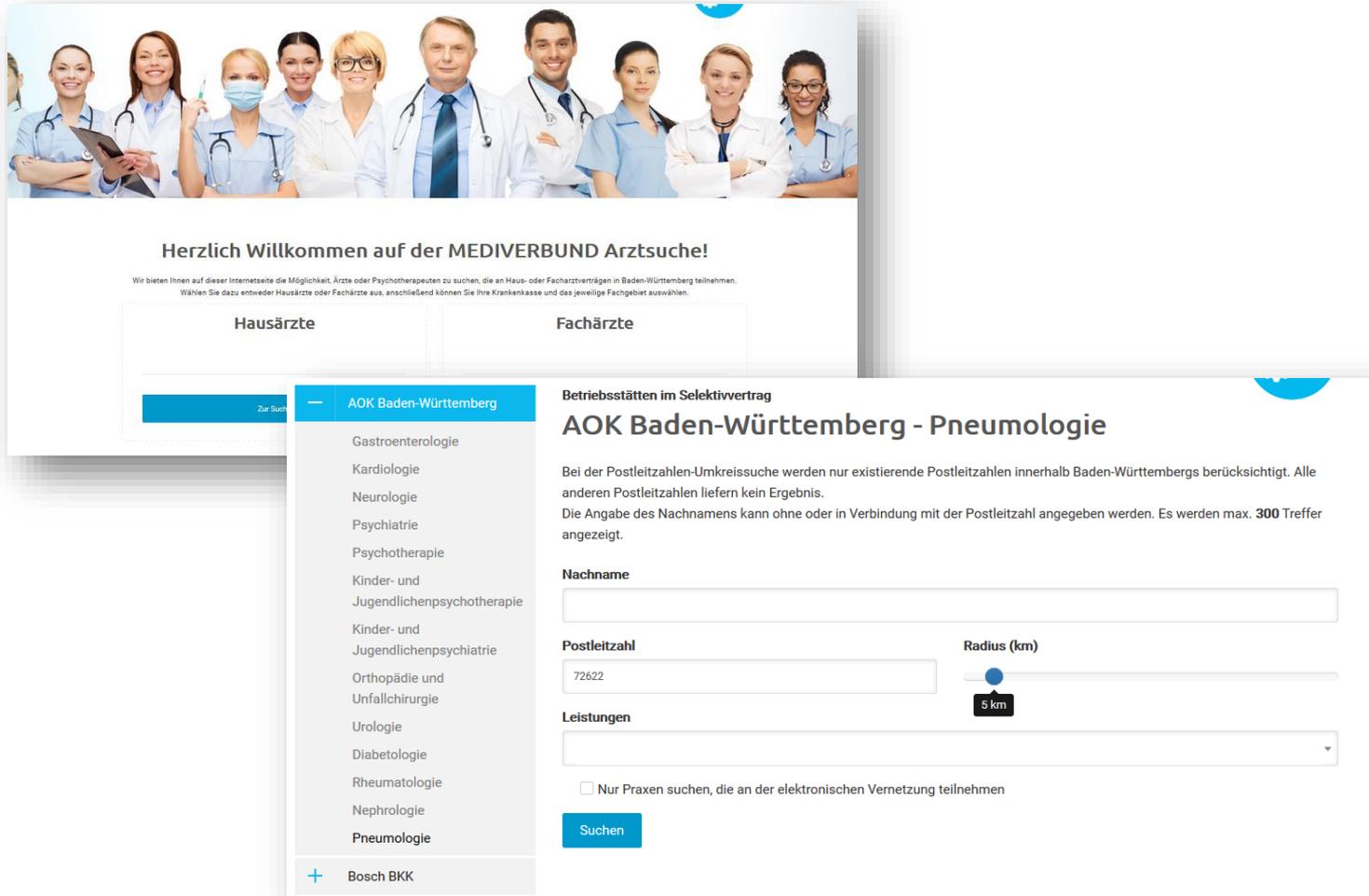
Erhält des Sicherheitszodes für den Login: \_\_\_\_\_

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

**DOKUMENTE**

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	08.11.2016	✗	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	Abrechnung	07.11.2016	✓ 10.11.2016	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID _____	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



**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** | **Fachärzte**

Zurück

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

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

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)**  **5 km**

**Leistungen**

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

**Suchen**

Registrieren, anmelden,  
Fortbildungen besuchen



MEDIVERBUND DOCHECK EFA

**MEDIVERBUND**

Medi-ID\*

LANR\*  EFN\*

Vorname\*  Nachname\*

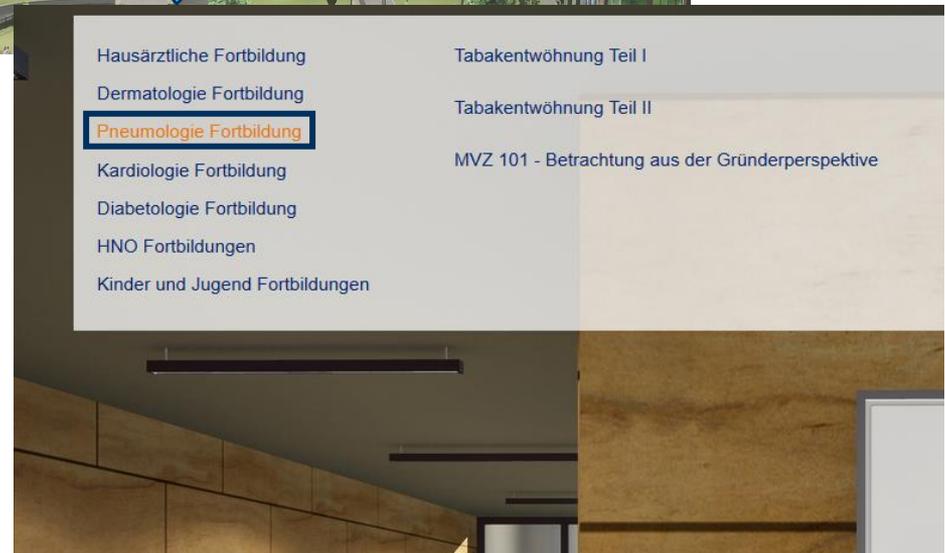
Strasse\*

PLZ\*  Ort\*

**CAMPUS**

Email\*

Passwort\*  wiederholen\*





## **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](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!**