



Pneumologievertrag nach § 140a SGB V Abrechnungsschulung

Agenda

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

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Pneumologie
→ Allgemeine Informationen und Formulare

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

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie





Basis: HZV-Vertrag

Teilnahmestatusprüfung

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

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-Facharztprogramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologien und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-Facharztprogramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragserformene Varianten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der 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 Versichererbeitragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, bzw. meiner Konsultationserteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

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

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-Facharztprogramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologien und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-Facharztprogramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragserformene Varianten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der 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 Versichererbeitragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, bzw. meiner Konsultationserteile.




Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J	J	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

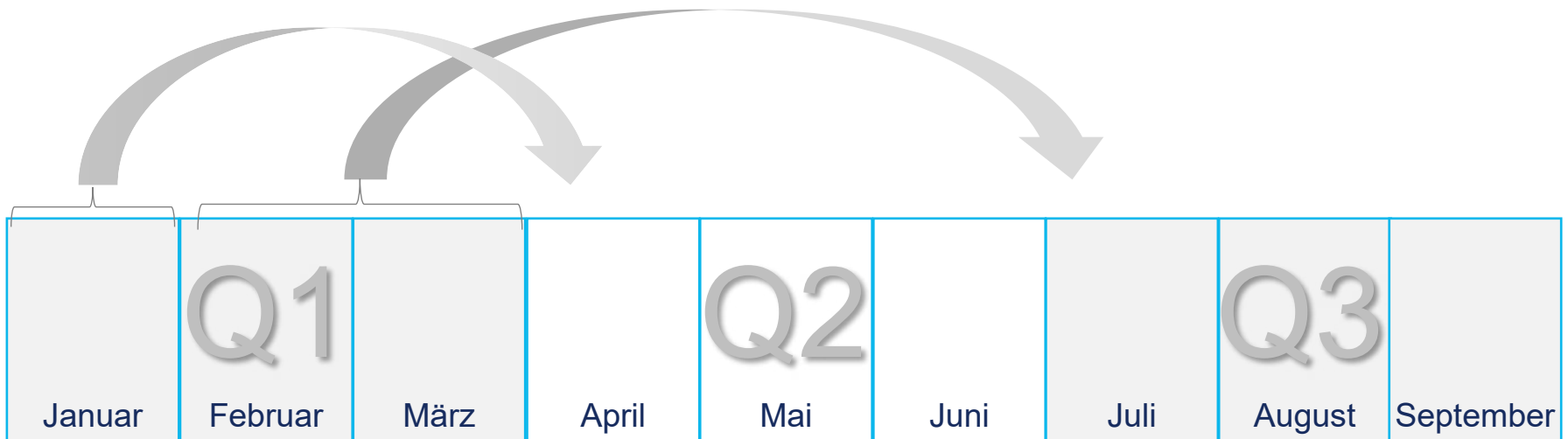
Online-Versicherteneinschreibung

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

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

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



Erfolgreiche Übermittlung der Teilnahmeerklärung?

Den Status einer Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb Ihrer Software auf der Übersicht der Versichertenteilnahmeerklärungen einsehen.

→ Softwarehaus kann Ihnen helfen wo diese Übersicht zu finden ist.

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

- „Erzeugt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde erzeugt.
- „Gedruckt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde gedruckt.
- „Fehlerhaft“: Die Versichertenteilnahmeerklärung konnte nicht übermittelt werden oder wurde durch das Rechenzentrum abgelehnt.
→ *Zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen und bei andauernden Schwierigkeiten an Ihr Softwarehaus wenden.*
- „Erfolgreich“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde online übermittelt und vom Rechenzentrum angenommen.

Die Statusmitteilung ersetzt nicht die Online-Teilnahmeprüfung in Ihrer Vertragssoftware!
Die Online-Teilnahmeprüfung nach wie vor mindestens einmal im Quartal für jeden Patienten durchführen.

Agenda

1. Teilnahme der Versicherten

2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik

4. Abrechnungsprozess

5. 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 nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- Der Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über KV

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Bsp: **Einschreibung 15.01.**
→ **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

Praxisablauf

Online-Teilnahmestatusprüfung



kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP



Patient unterzeichnet
Teilnahmeerklärung?

Keine erneute
Einschreibung erforderlich

nein

ja

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/Bosch BKK
- Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

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

Agenda

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

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

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 oder als Einzelleistung abrechenbar (**32097, 32150, 32212**) 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-Cod	ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-TeGt	P2: Akute Erkrankungen	P3: Erstdiagnostik	BG1: Chroniker-Versorgung	P4: Diagnostikpauschale CV	BG2A1	BG2A2 / BG2B / BG3A / BG3B: Rauchstopp	BG4A: Schlafassoziierte Respirationsstörungen	BG4B: Schlafassoziierte Respirationsstörungen (ZWB Schlagmedizin)	BG5: Allergologie	BG6: Long-/ Post-COVID
J44.09	J4409	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet		G	G*							
J44.10	J4410	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes		G	G*							
J44.11	J4411	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes		G	G*							
J44.12	J4412	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes		G	G*							
J44.13	J4413	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes		G	G*							
J44.19	J4419	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet		G	G*							
J44.80	J4480	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes		G	G*							
J44.81	J4481	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes		G	G*							
J44.82	J4482	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes		G	G*							
J44.83	J4483	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=70 % des Sollwertes		G	G*							
J44.89	J4489	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet										
J44.90	J4490	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes		G	G*							
J44.91	J4491	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes		G	G*							
J44.92	J4492	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes		G	G*							
J44.93	J4493	Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes		G	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">1. Grundpauschalen</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>Grundlagen einer evidenzbasierten, biopsychosozialen Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung</p> <p>Wandel im Krankheitsspektrum der Bevölkerung auch zur Pneumologie:</p> <ul style="list-style-type: none"> Seit etwa Mitte des vergangenen Jahrhunderts kommt es zu einem dramatischen Anstieg der Häufigkeit nicht übertragbarer chronischer Krankheiten. 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 (www.svr-gesundheit.de „Koordination und Integration - Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens 2009“). 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. (www.kli.de Themenhefte und Gesundheitsbericht Hausarzt Pneumologie für die Praxis, Heft 8 	<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








oder

Auftragsleistungen

Legende

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



dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

Grundpauschalen + deren Zuschläge

P1	Grundpauschale	1 / Q	 	25,00 €
+ P1UE	Überweisung vom HZV-Hausarzt	1 / Q	 	10,00 €* €*
+ Q1	Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			Max. 4,00 €
+ Q5	Zuschlag Röntgen		 	1,00 €
+ Q6	Zuschlag Sonografie		 	1,00 €
+ Q7	Zuschlag Duplex-Sonografie		 	3,00 €
+ Q8	Zuschlag FeNO-Messung		 	3,00 €
<u>oder</u> V1	Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1 / Q  	12,50 €

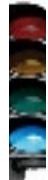
*Bosch BKK 5,00€

Pharmaquoten

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



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.
(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = **1,00€**)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.
(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = **0,50€**)



Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.
(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = **2,50€**)



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

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 %

Akute Erkrankungen

Zusatzpauschale:

P2	Akute Erkrankungen	2 / 4Q	  	13,00 €
-----------	--------------------	--------	---	---------

Diagnostik:

P3	Erst- und Akutdiagnostikpauschale	1 / 4Q	 	35,00 €
-----------	-----------------------------------	--------	---	---------

P2:

- Tagesausschluss zur BG1!






P3:

- Tagesausschluss zur P4!
- Quartalsausschluss zur BG1!
- nur additiv zur P2!
- keine BG1 in den vorangegangenen 8 Quartalen!

Chronische Erkrankungen

1 Einheit entspricht 10
Minuten Gesprächszeit

Beratungsgespräch:

BG1	Chronische Erkrankungen	1 / T 8 / 4Q	  	20,00 €
Q2	Strukturzuschlag EFA®	1 / Q	 	10,00€*

- EFA® = Entlastungsassistentin in der **Facharzt-Praxis**
- Die Fortbildung wird angeboten durch das Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände 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.

Termininformation erfolgt jeweils durch das
IFFM an die Vertragsteilnehmer

Diagnostik:

P4	Diagnostikpauschale (chronisch)	1 / 4Q	 	20,00 €
-----------	---------------------------------	--------	---	---------









*Bosch BKK 5,00€

P4:

- Nur additiv zur BG1!
- Tagesabschluss zur P3!

Tabakentwöhnung

1 Einheit entspricht **5 Min.** Gesprächszeit

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

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







1 Einheit entspricht **45 Min.** Therapie

BG3A	Raucherberatung als Einzeltherapie	10 / 3 Jahre	   	80,00 €
BG3B	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 Min.
Gesprächszeit

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

BG4A und B können im gleichen Krankheitsfall nicht kombiniert werden.

1 Einheit entspricht
5 Min.
Gesprächszeit

BG5	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest bzw. Adhärenzgespräch (bei bereits nachgewiesener Allergie)	4 / 4Q	  	10,00 €
------------	--	--------	---	---------

Beratungsgespräch Long-/Post-Covid



1 Einheit entspricht
10 Min.
Gesprächszeit

BG6 Beratungsgespräch Long-/Post-Covid 2 / 4Q    20,00 €

Regeln:

- Tagesausschluss zu BG1!
- zunächst befristet bis 30.06.2024!

Einzelleistungen I

E1	Spiroergometrie		44,00 €
E2	Bronchoskopie		128,00 €
E3	Polygrafie		71,50 €
E4	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

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

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

Labor

32097	BNP		19,40 €
32150	Troponin		11,25 €
32212	Fibrinmonomere		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






92001	DMP Asthma/COPD Einschreibepauschale eDMP	Abrechenbar gemäß DMP- Verträge AOK
92003	DMP Asthma/COPD Folgedokumentation eDMP	
92005	DMP Asthma/COPD Dokumentationspauschale Arztwechsel bei eDMP	
92006	DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale	
92008	DMP Asthma/COPD Betreuungspauschale pneumologisch qualifizierter Arzt	
92009	DMP Asthma/COPD Erstellung eines Behandlungsplans	
92010	DMP Asthma/COPD Erneutes Ausfüllen einer Erstdoku bei eDMP	
92012	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“

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

Dokumentationsziffern Qualitätsindikatoren

ACT

Indikator 1 (Asthmakontrolle)

Jede Asthmakontrolle muss mittels der Ziffer „**ACT**“ dokumentiert werden

IIE

Indikator 5 (Influenza-ImpfEmpfehlung)

Jede Empfehlung muss mittels der Ziffer „**IIE**“ dokumentiert werden

Abrechnungsbeispiel: Behandlung einer AOK-Patientin mit 1 Behandlungstermin im Quartal - gut kontrolliertes Pollenasthma

Grundpauschale	P1	10.01.2024	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE*	10.01.2024	10,00 €
Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (rot-blau-grün)	---Q1---	10.01.2024	4,00 €
Strukturzuschlag EFA®	---Q2---	10.01.2024	10,00 €
Strukturzuschlag FeNO-Messung	---Q8---	10.01.2023	3,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	10.01.2023	20,00 €
Diagnostikpauschale (chronisch)	P4	10.01.2023	20,00 €
Versorgungsplanung nach positivem Allergietest	BG5	10.01.2023	10,00 €
Infoziffer zur Dokumentation des Asthmakontrolltests	ACT		
Summe:			100,00 €

--- Ziffer--- wird (ggf. bei Vorliegen der Voraussetzungen) automatisch zugesetzt

Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines AOK- COPD- Patienten – Rez. Exacerbationen – chron. Nikotinkonsum

Grundpauschale	P1	11.01.2024	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE*	11.01.2024	10,00 €
Strukturzuschlag EFA®	---Q2---*	11.01.2024	10,00 €
Spiroergometrie	E1	12.01.2024	44,00 €
Komplexe Blutgasdiagnostik	E5B	19.01.2024	30,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	23.01.2024	20,00 €
Diagnostikpauschale (chronisch)	P4	23.01.2024	20,00 €
Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp	BG2A1*	25.01.2024	10,00 €
Raucherberatung als Einzeltherapie	BG3A	08.02.2024	80,00 €
Raucherberatung als Einzeltherapie	BG3A	22.02.2024	80,00 €
Raucherberatung als Einzeltherapie	BG3A	15.03.2024	80,00 €
Summe:			407,00 €

*Bosch BKK 5,00€

*BG2A1 nur bei Kombination F17.1/F17.2 und Asthma oder COPD abrechenbar

Abrechnungsbeispiel: AOK-Patient mit 2 Behandlungsterminen im Quartal – unklare Dyspnoe – Allergieabklärung - Rauchstopp

Grundpauschale	P1	02.02.2024	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE*	02.02.2024	10,00 €
Strukturzuschlag EFA®	---Q2---*	02.02.2024	10,00 €
Sonographie	---Q6---	02.02.2024	1,00 €
Strukturzuschlag FeNO-Messung	---Q8---	02.02.2024	3,00 €
Unspezifischer bronchialer Provokationstest	E5A	02.02.2024	40,00 €
Pricktest	E5C	02.02.2024	25,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	10.02.2024	20,00 €
Versorgungsplanung nach positivem Allergietest	BG5	10.02.2024	10,00 €
Infoziffer zur Dokumentation des Asthmakontrolltests	ACT		
Summe:			142,00 €

*Bosch BKK 5,00€

Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines Patienten mit obstruktiver Schlafapnoe

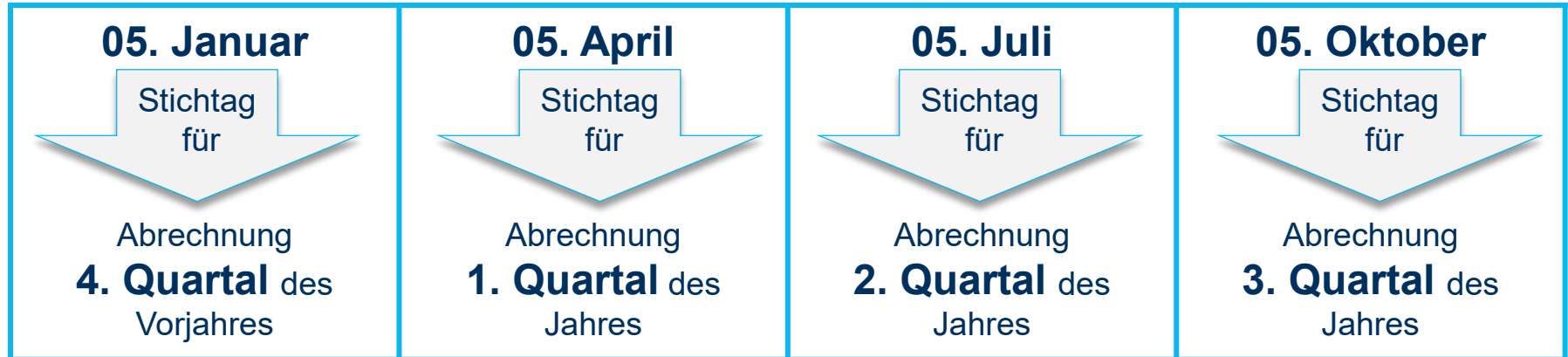
Grundpauschale	P1	01.02.2024	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE*	01.02.2024	10,00 €
Strukturzuschlag Röntgen	---Q5---	01.02.2024	1,00 €
Strukturzuschlag FeNO-Messung	---Q8---	01.02.2024	3,00 €
Zusatzpauschale Akute Erkrankungen	P2	01.02.2024	13,00 €
Polygrafie	E3	01.02.2024	71,50 €
Polysomnografie	E4	22.02.2024	353,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin	BG4B	01.03.2024	10,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin	BG4B	08.03.2024	10,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin	BG4B	15.03.2024	10,00 €
Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin	BG4B	22.03.2024	10,00 €
Summe:			516,50 €

BG4B: Kontingent ausgeschöpft

*Bosch BKK 5,00€

Agenda

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



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware



Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key



Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG → **Datenempfangsbestätigung**



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)

Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

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

Sehr geehrter [REDACTED]

wir haben von Ihnen am 30.12.2018 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

4. Quartal 2018

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	562	58	620
Anzahl Leistungsziffern	1.962	201	2.163
Anzahl Diagnosen	1.498	135	1.633
Anzahl Operationsschlüssel	5	1	6

Sie haben uns **371 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 Vorquartale

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2024		49.385,25 €
3,57% Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	1.762,72 €	
Zwischensumme Quartal 4/2024		47.622,23 €
Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2024		556,89 €
3,57% Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	19,88 €	
Zwischensumme Quartal 3/2024		537,01 €
Zwischensumme gesamt		48.159,54 €
	Abrechnungssumme	48.159,54 €
	Abzüglich Abschlagszahlung für das 4. Quartal 2024	
	Abschlag vom 01.11.2024	14.469,00 €
	Abschlag vom 01.12.2024	14.469,00 €
	Abschlag vom 31.12.2024	14.469,00 €
	Endbetrag	4.752,54 €

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
01.11.2024	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2024-Q4-1	-14.469,00 €
01.12.2024	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2024-Q4-2	-14.469,00 €
31.12.2024	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2024-Q4-3	-14.469,00 €
17.01.2025	AOK BW Pneumologie 140a Nachabrechnung für Q3/2024 - Abrechnungsergebnis	556,89 €
17.01.2025	AOK BW Pneumologie 140a Nachabrechnung für Q3/2024 – Verwaltungskosten	-19,88 €
17.01.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abrechnung für Q4/2024 - Abrechnungsergebnis	49.385,25 €
17.01.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abrechnung für Q4/2024 – Verwaltungskosten	-1.762,72 €
	End Saldo	4.752,54 €

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

**Änderungen der Bankverbindung
bitte rechtzeitig über Arztportal
oder Stammdatenänderungsblatt
mitteilen!**

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q3/2024	743	742	1
Q4/2024	845	845	0

Einzelnachweise über das Arztportal

- 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
- Abrechnungsmittelungen/ Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

Legende:

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
<i>Leist.-Pos.</i>	<i>Leistungsziffer</i>	<i>Leistungsdatum</i>	<i>Abrechnungsbetrag</i>
	Summe:		<i>Summe Leistungen</i>
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		<i>Verwaltungskosten</i>
Änderung	<i>Eventuell durchgeführte Korrekturen</i>		<i>Leistungsdatum</i>

Fallnummer	Max Mustermann	A123456789	01.01.1970
1	P1	01.07.2024	25,00 €
2	P1UE	01.07.2024	10,00 €
3	---Q5---	01.07.2024	1,00 €
4	---Q8---	01.07.2024	3,00 €
5	P2	01.07.2024	13,00 €
6	---NEGSO FAB---	01.07.2024	-7,05 €
	Summe:		44,95 €
	Verwaltungskosten (3,570 %):		1,60 €
Änderung:	P1 kann nur ein Mal im Quartal abgerechnet werden		01.07.2024

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 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. **19,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

Beispiel Abrechnungsprüfung: Auftragsleistungen

Bei Abrechnung der Grund- oder Vertreterpauschale können im gleichen Quartal keine Auftragsleistungen abgerechnet werden.

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
14.07.2024	P1
14.07.2024	P1UE*
04.08.2024	A5C



nach Prüfung:

1	P1	14.07.2024	25,00 €
2	P1UE*	14.07.2024	10,00 €
3	E5C	04.08.2024	25,00 €
4	Summe:		60,00 €
Änderung:	A5C wurde durch E5C ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	04.08.2024	

Datum	Ziffer
16.07.2024	P1
16.07.2024	P1UE*
26.07.2024	A9



1	P1	16.07.2024	25,00 €
2	P1UE*	16.07.2024	10,00 €
3	---Q5---	16.07.2024	1,00 €
4	Summe:		36,00 €
Änderung:	A9 wurde gestrichen, da Sie kein Zielbehandler waren.	26.07.2024	

*Bosch BKK 5,00€

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
02.07.2023	P1	
02.07.2023	P1UE*	
23.08.2023	BG1	J45.0 V

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2023	25,00 €
2	P1UE*	02.07.2023	10,00 €
5	Summe:		35,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von BG1 ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	23.08.2023	



*Bosch BKK 5,00€

Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungsausschluss

Tagesausschlüsse

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
02.07.2024	P1
02.07.2024	P1UE*
02.07.2024	P2
02.07.2024	BG1

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2024	25,00 €
2	P1UE*	02.07.2024	10,00 €
3	BG1	02.07.2024	20,00 €
4	Summe:		53,00 €
Änderung:	P2 kann am selben Tag nicht neben BG1 abgerechnet werden.	02.07.2024	



*Bosch BKK 5,00€

Ziffernerfassung in der Software

Leistungsziffern müssen bei den meisten Vertragssoftwares einzeln eingegeben werden und nicht mit dem Faktorverfahren (z.B. 5x)

falsch:

Datum	Ziffer
01.07.2024	3 BG4B

richtig:

Datum	Ziffer
01.07.2024	BG4B
01.07.2024	BG4B
01.07.2024	BG4B

Kalender mit wichtigen Abrechnungsterminen

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

2024

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



MEDI  **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

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

Facharztverträge Themenseite Coronavirus IT-Netzwerk Podcast

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

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Mehr erfahren

Chirurgie
AOK BW
> Mehr

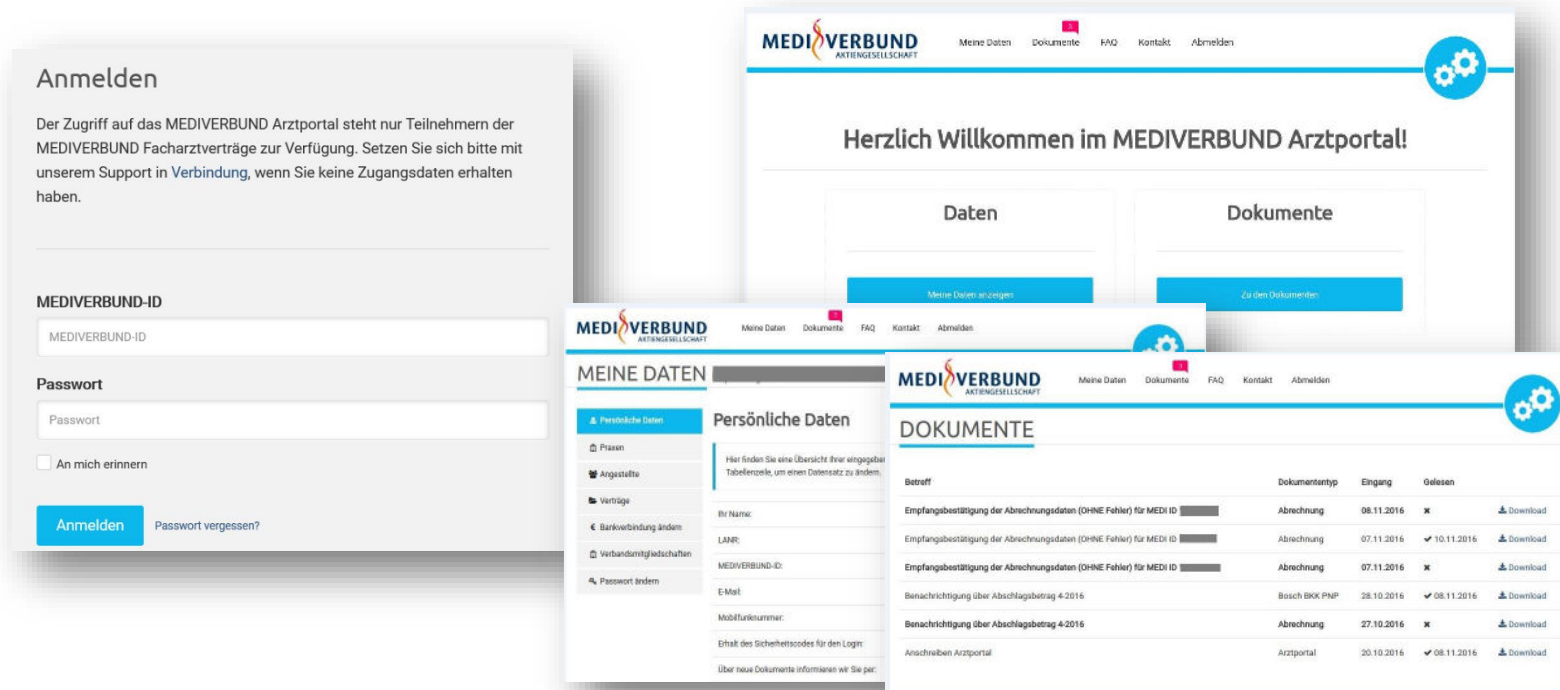
Pneumologie
AOK BW
> Mehr

Anspruchspartner
Angie Becker
Telefon 0711 80 60 79 – 266
Kim Heilmann
Telefon 0711 80 60 79 – 279
E-Mail: vertraege@medi-verbund.de

Allgemeine Informationen und Formulare	✓
Inhalte des Infopakets	✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	✓
Vertragsunterlagen	
Anlagen zum Vertrag	✓

Pneumologie

- 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



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

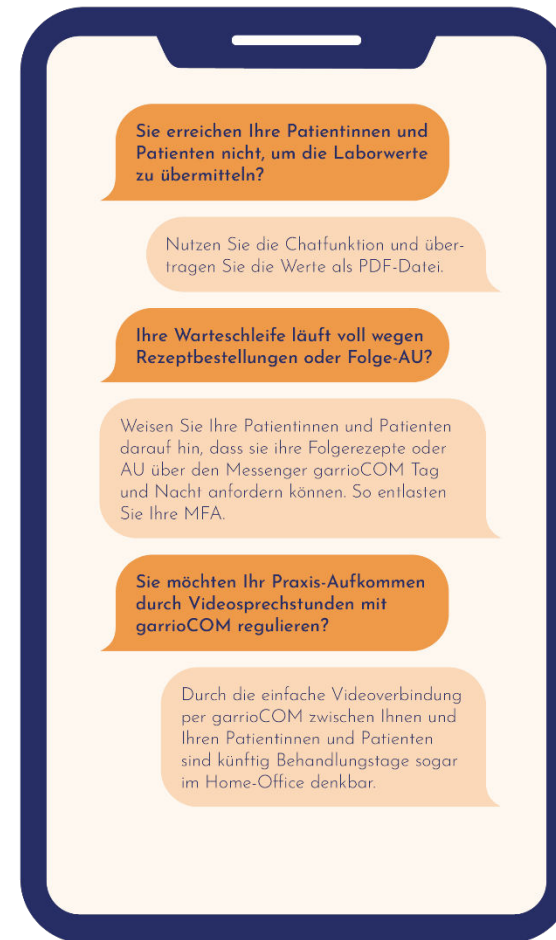
Leistungen

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

Suchen

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

Nutzen Sie die neue App garrioCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.



9 IHRE VORTEILE:

- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteams entwickelt



Bestellen Sie garrioCOM unter www.garrio.de/bestellung.
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





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)



Der 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!**