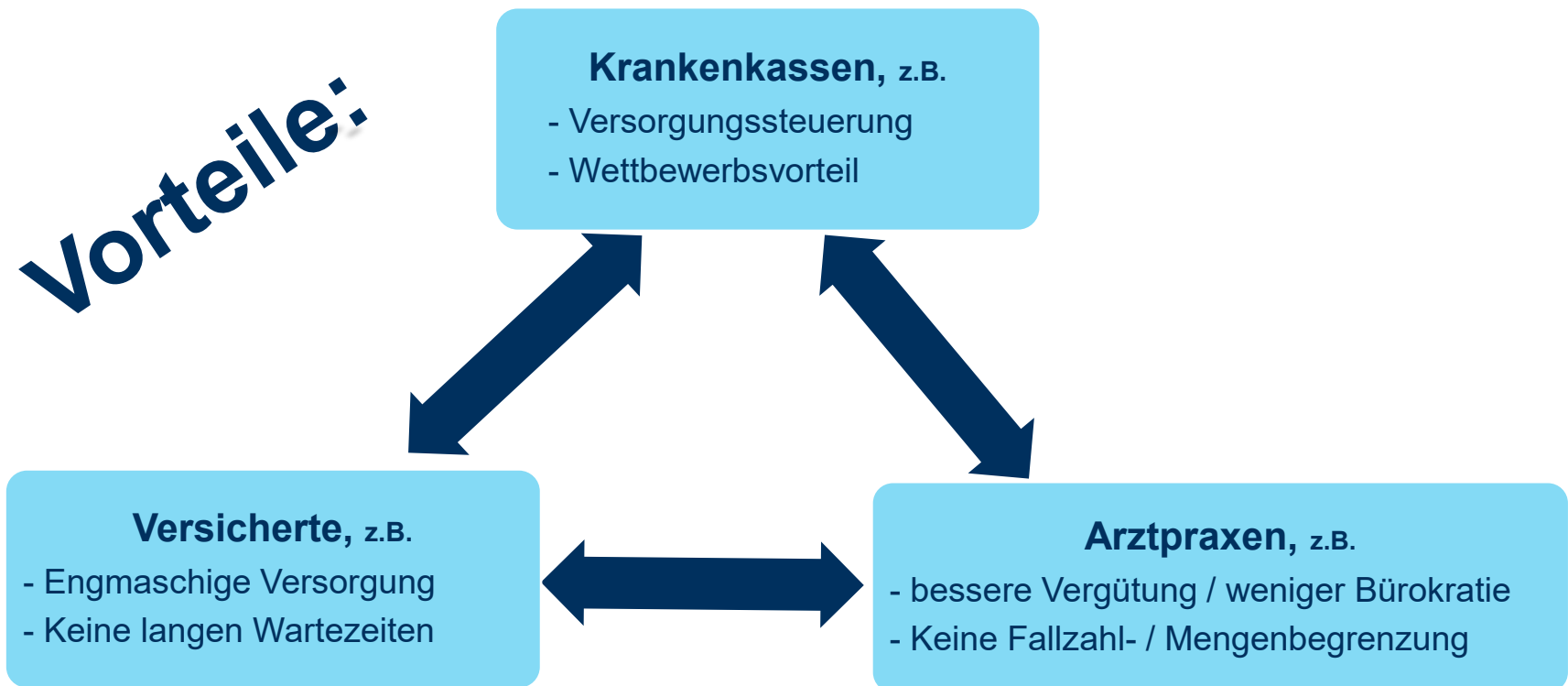


Pneumologievertrag nach § 140a SGB V Vertragsschulung

- 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.)



Ziele des Vertrags

- 👍 optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- 👍 Stärkung der ambulanten Versorgung
- 👍 Weniger Bürokratie und mehr Zeit für Beratungsgespräche
- 👍 bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten
- 👍 Reduktion von stationären Aufenthalten
- 👍 Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten

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
- 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)**

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
 - 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)

Praxisbezogene Teilnahmevoraussetzungen

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung
(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)
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)*	<p><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.</p>
Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B)	<p><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.</p>
Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie (BG3A) Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B)	<p><u>Nachweis: Zertifikat über eine der folgenden 3 Qualifizierungen</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Qualifikation zur Tabakentwöhnung der BAEK (https://www.bundesaerztekammer.de) • Mein Nichtraucherprogramm (BDP www.pneumologenverband.de) • Rauchfrei Programm IFT München (www.rauchfrei-programm.de)

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

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
- 👍 Behandlungskoordinierung 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

L +TE-ID+ J

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 Notfaltdiensten. 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 versicherungsformales Verhalten 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 meine 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. Ja, 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, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, bzw. meiner Konsultationserteile.

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 erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.
- Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im 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-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube 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 erhalten 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.
- 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 stimme zu, dass mein Ende Quartal bei einem si Wochen rigabe von B. Wegzug

den Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung wissenschaftlichen Begleitung und Versichererbeitragung einverstanden. Ich bin darüber beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, erteile.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

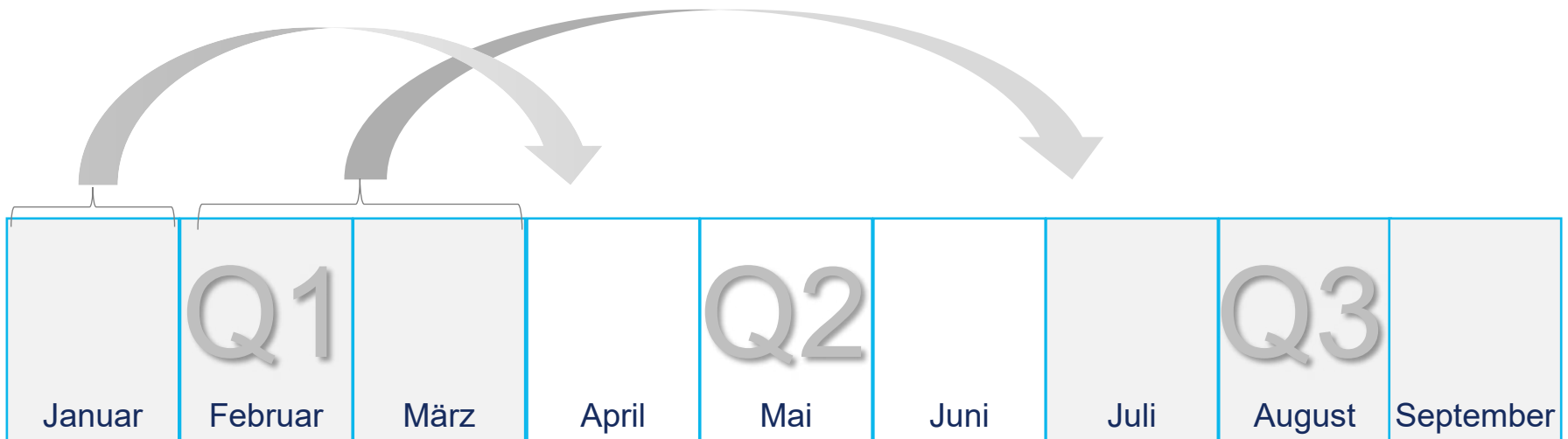
Online-Versicherteneinschreibung

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 

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



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)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV), sobald die Online-Einschreibung** erfolgt ist.

Bedingungen:

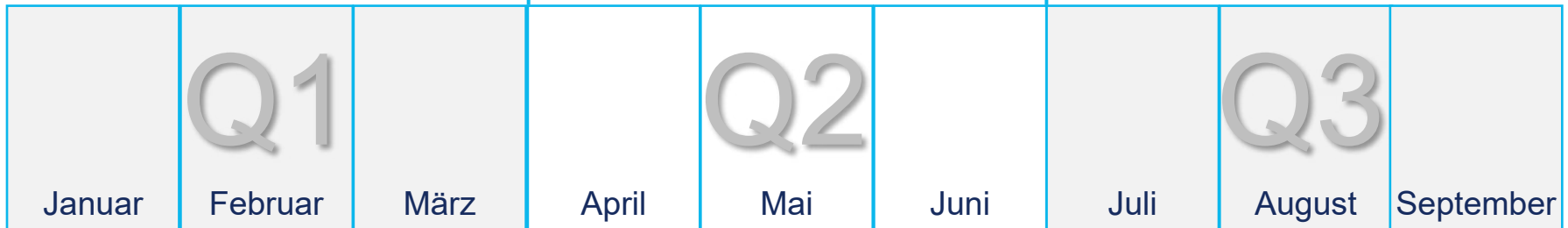
- der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- Der Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder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

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

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

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

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

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

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**) 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)

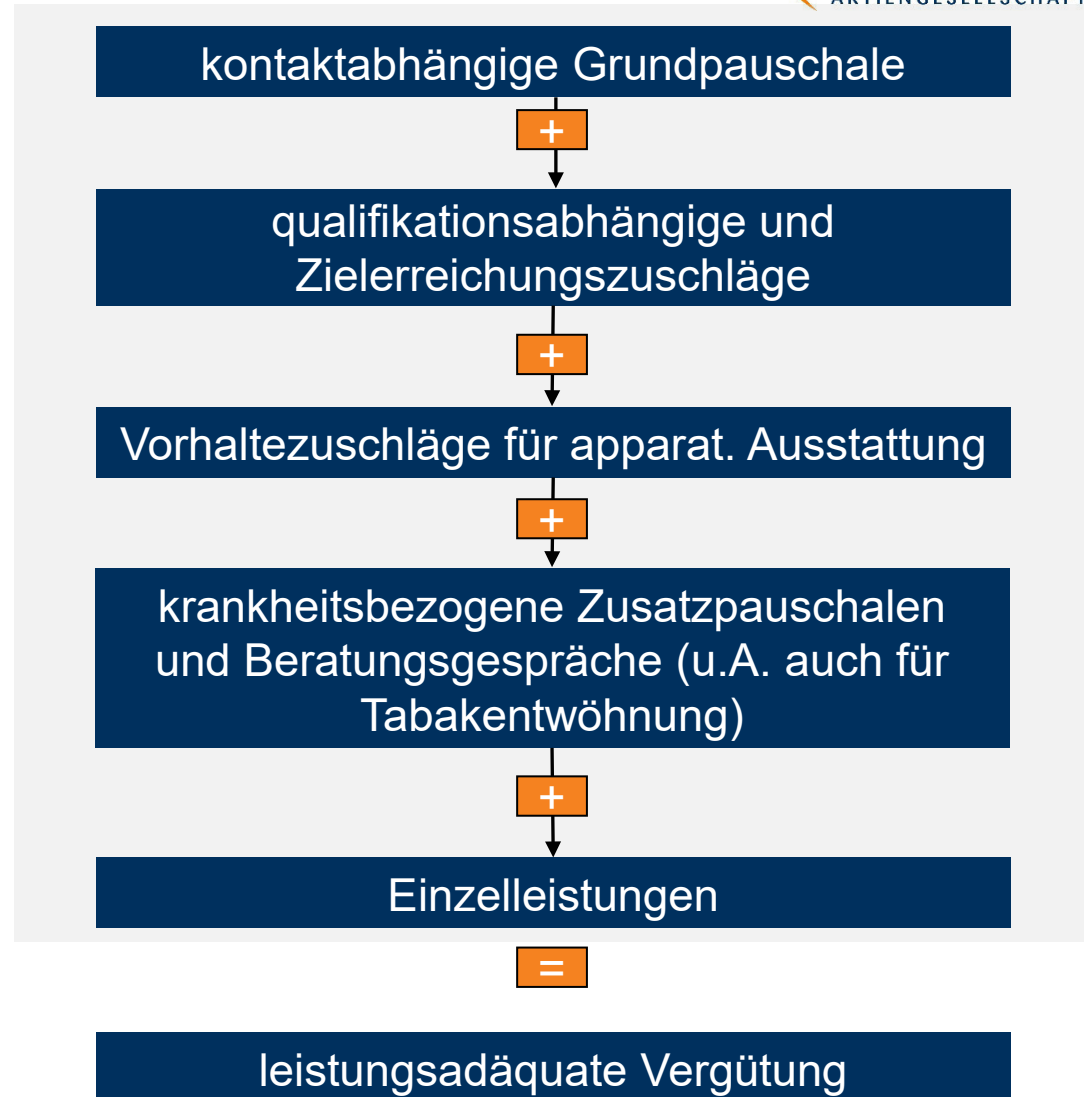
Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

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.dki.de Themenhefte und Gesundheitsbericht: Hausen Pneumologie für die Praxis, Urban & Schwarzenberg 2008). 	<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



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 €

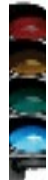
*Bosch BKK 5,00€

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.

Akute Erkrankungen

Zusatzpauschale:

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

Diagnostik:

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






Regeln:

- 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€

Regel:
➤ Tagesausschluss zur P2!

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 €

- 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 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---	10.01.2024	3,00 €
Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	BG1	10.01.2024	20,00 €
Diagnostikpauschale (chronisch)	P4	10.01.2024	20,00 €
Versorgungsplanung nach positivem Allergietest	BG5	10.01.2024	10,00 €
Infoziffer zur Dokumentation des Asthmakontrolltests	ACT		
Summe:			100,00 €

*Bosch BKK 5,00€

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

Abrechnungsbeispiel: Behandlung eines 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: Neupatient Long-/Post-Covid (U09.9!) mit 1 Behandlungstermin im Quartal

Grundpauschale	P1	01.02.2024	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	P1UE*	01.02.2024	10,00 €
Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (rot-blau-grün)	---Q1---	01.02.2024	4,00 €
Strukturzuschlag EFA®	---Q2---	01.02.2024	10,00 €
Sonographie	---Q6---	01.02.2024	1,00 €
Strukturzuschlag FeNO-Messung	---Q8---	01.02.2024	3,00 €
Akute Erkrankung	P2	01.02.2024	13,00 €
Erst- und Akutdiagnostikpauschale	P3	01.02.2024	35,00 €
Beratungsgespräch Long-/Post-Covid	BG6	01.02.2024	20,00 €
		Summe:	121,00 €

*Bosch BKK 5,00€

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)

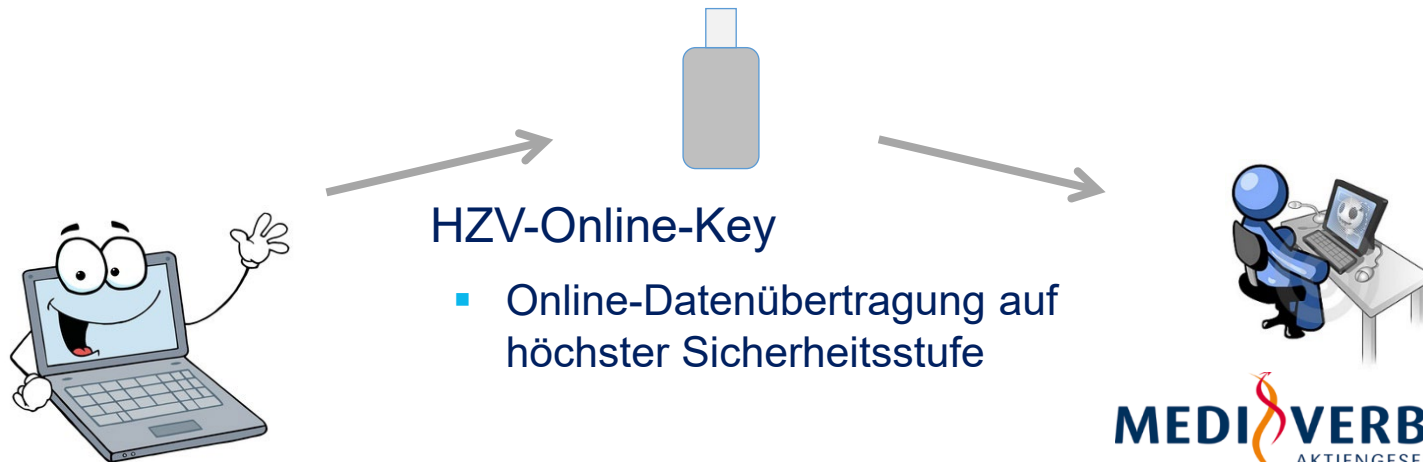
1. Anteil der Asthmatiker, bei denen mindestens einmal jährlich der Grad der Asthmakontrolle bestimmt wird.
2. Anteil der rauchenden Asthmatiker mit regelmäßiger Beratung zur Tabakentwöhnung
3. Anteil der Asthmatiker mit Inanspruchnahme des ambulanten notärztlichen Systems
4. Anteil der rauchenden COPD-Patienten 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**:
 - Indikator 1 (Asthmakontrolle): Jede Asthmakontrolle muss mittels der Ziffer „**ACT**“ dokumentiert werden
 - Indikator 5 (Influenza-Impf**E**mpfehlung): 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

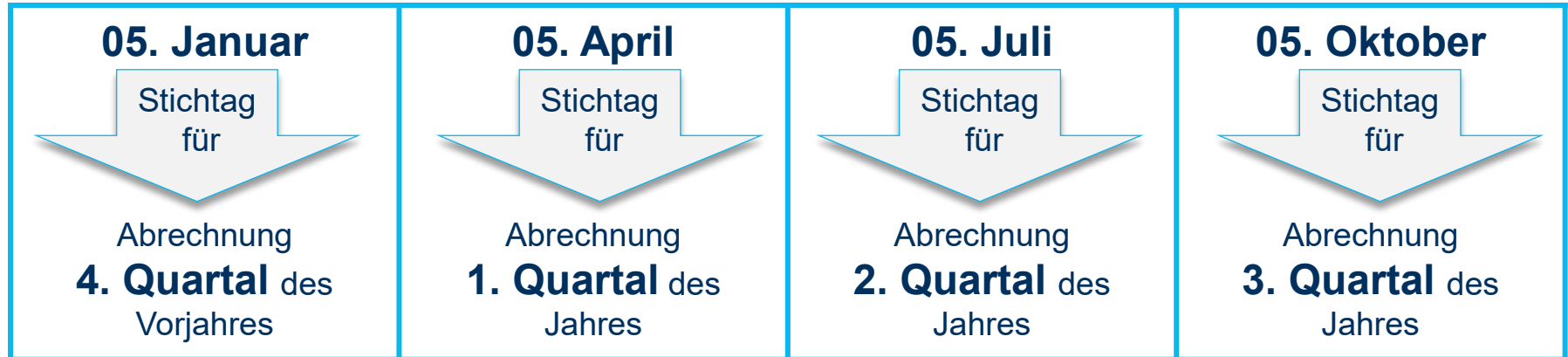
- Verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

Vertragssoftware und HZV-Online-Key

- aktuelle Liste der Vertragssoftwarehersteller sowie Stand der Zertifizierung immer aktuell auf [medi-verbund.de](https://www.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 → 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.



- 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 → Verträge / Abrechnung → Pneumologie Bosch BKK → Inhalt des Infopakets → Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss



Das Bild zeigt ein Faxformular für die Beantragung eines Zuschusses von der Bosch BKK. Das Formular enthält das Logo der Bosch BKK und das Logo der MediVerbund Aktiengesellschaft. Ein roter Kasten enthält die Anweisung: 'Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK'. Die Beschriftung des Formulars lautet: 'Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Facharztverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK'. Ein Textblock erklärt die Vereinbarung über die Vergütung für den Aufbau organisatorischer Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK. Es folgen die Kontaktdaten der Bosch BKK (Bosch BKK, 55607 Schöndorf, 70609 Stuttgart) und die Faxnummer 0891955-2504. Die Formularelemente umfassen: 'Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Facharztverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK', 'Dieses Dokument ist die Vergütung für den Aufbau organisatorischer Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK (Fiz. 500.001 € pro Jahr) zwischen dem Facharztverband und dem Facharztverband pneumologie, Vertragspartner Medivertum', 'Facharztverband' mit den Auswahlmöglichkeiten 'Gastroenterologie', 'HNO', 'Herz-Kreisläufige', 'Pneumologie', 'Otorhinolaryngologie' und 'Sonstige', 'BKK' mit den Auswahlmöglichkeiten 'Krankenkasse' und 'Lohnsteuer', 'Kontostichwort', 'BIC', 'Bank', und 'Datum, Platzstempel und Unterschrift' mit einem leeren Kasten für die 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

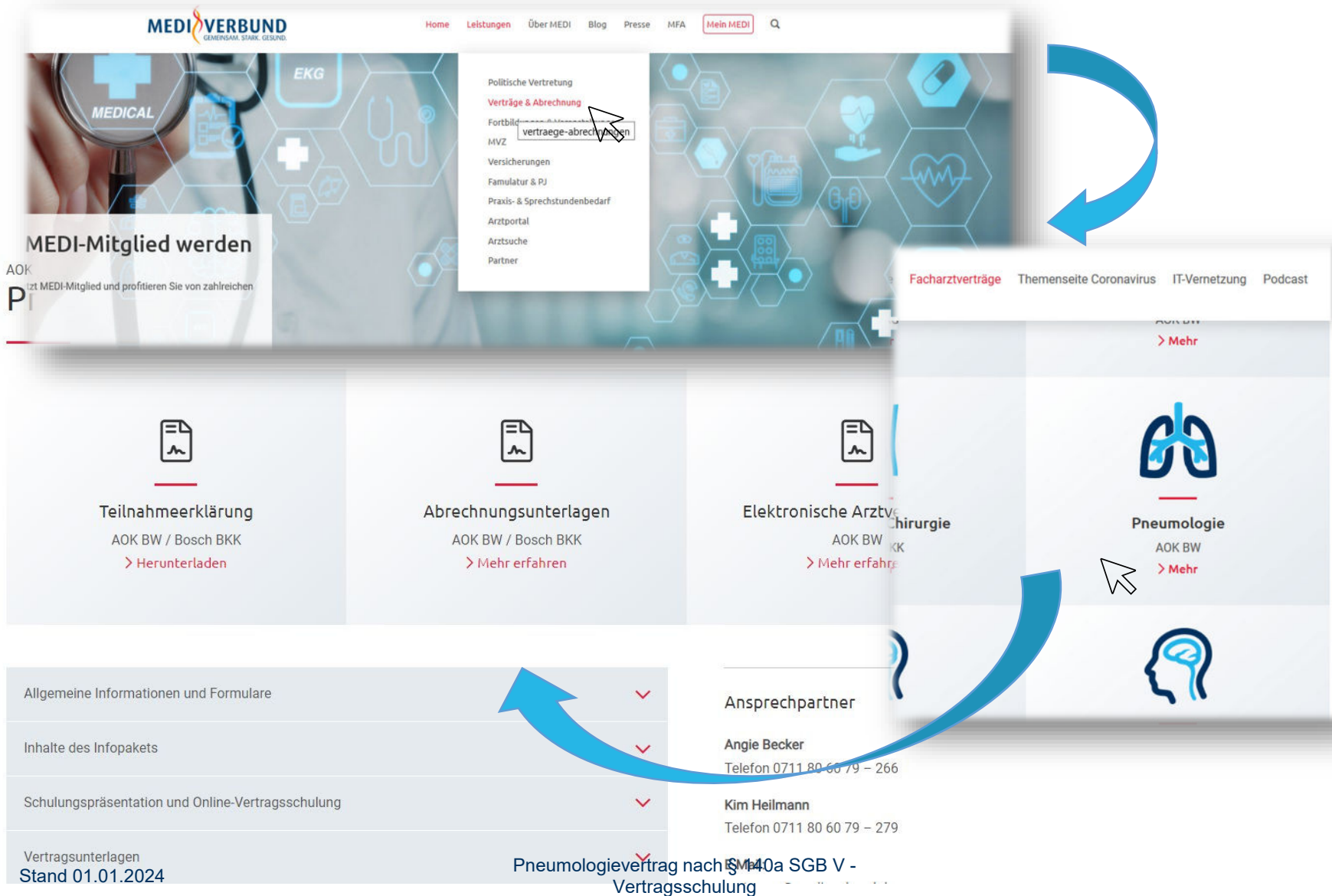
1.	Leistungsanforderung anerkannt		
2.	Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt		
2.1	Leistungsanforderung außerhalb RLV		
2.2	Leistungsanforderung außerhalb MGW		
3.	RLV und QZV Gesamtvolumen laut Bescheid 1/2017		
3.1	RLV und QZV Gesamtvolumen		
4.	RLV und QZV Gesamtvolumen infolge Teilnahme Selektivverträge	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.	Über-/Unterschreitung RLV und QZV Gesamtvolumen		
5.1	RLV-relevante Leistungsanforderung (1. - 2.)		
5.2	Unterschreitung		
5.3	Überschreitung		
6.	Zusammenfassung		
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



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

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

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
IMVZ
versicherungen
Famulatur & PJ
Praxis- & Sprechstundenbedarf
Arztportal
Arztsuche
Partner

Facharztverträge Themenseite Coronavirus IT-Vernetzung Podcast

MEDI-Mitglied werden
AOK
P
ist MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Elektronische Arztverträge
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Chirurgie
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Pneumologie
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Allgemeine Informationen und Formulare ✓
Inhalte des Infopakets ✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓
Vertragsunterlagen ✓
Stand 01.01.2024

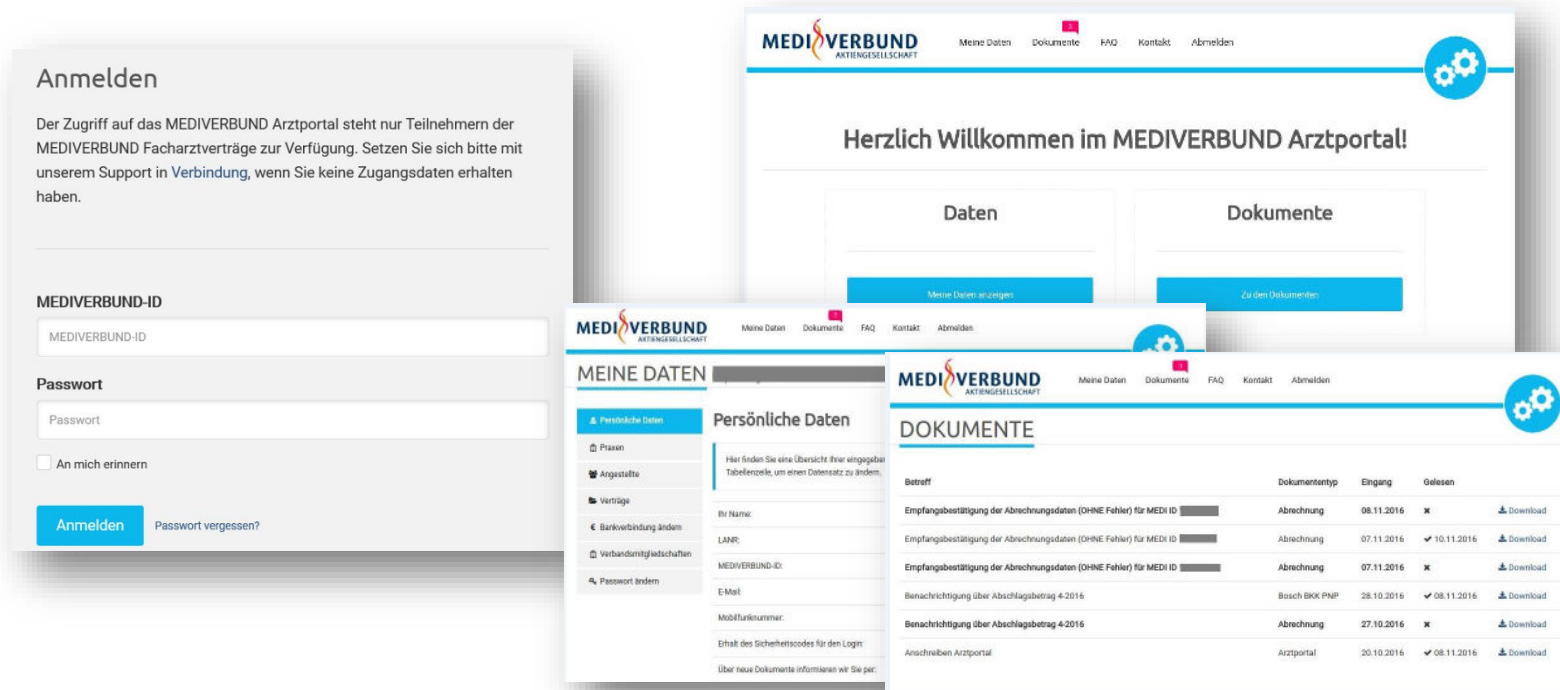
Ansprechpartner

Angie Becker
Telefon 0711 80 60 79 - 266


Kim Heilmann
Telefon 0711 80 60 79 - 279

Pneumologievertrag nach S 40a SGB V - Vertragsschulung

- 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
-----------	-----------

Zur Suchseite

- 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

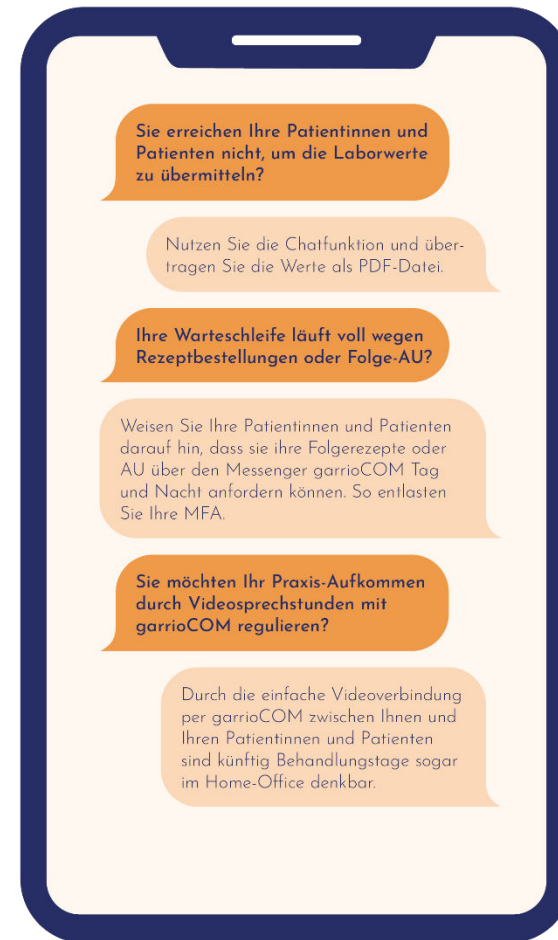
Leistungen

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:

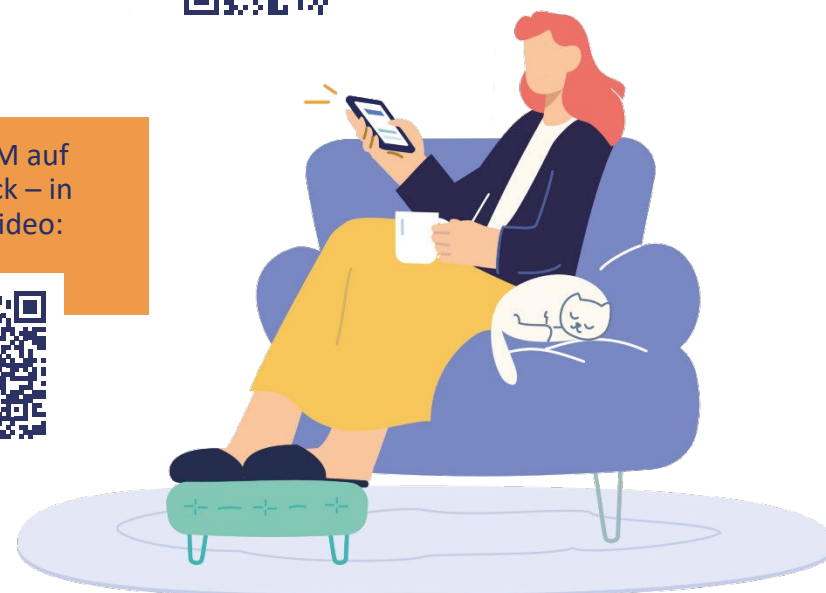
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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

i

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)



Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

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

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



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**