

Pneumologievertrag nach § 140a SGB V

ABRECHNUNGSSCHULUNG

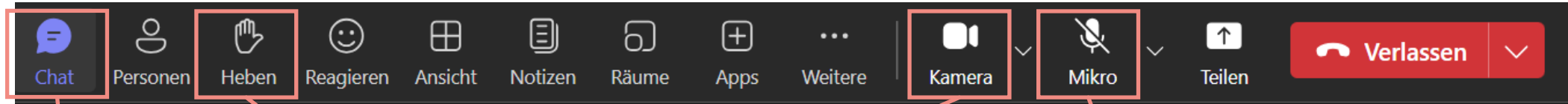


Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Präsentation das generische Maskulinum verwendet.
Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

HERZLICH WILLKOMMEN ZUR ABRECHNUNGSSCHULUNG!

Die Veranstaltung beginnt in Kürze

Die Funktionsleiste finden Sie am oberen oder unteren Bildschirmrand:



Fragen können auch im Chat gestellt werden

Die Hand heben, um eine Frage zu stellen

Die Kamera darf gerne angeschaltet werden!

Bitte das Mikrofon während des Vortrages ausschalten
Falls Sie eine Frage stellen möchten, gerne das Mikrofon anschalten



medi-verbund.de/facharztvertraege/aok-bw-bosch-bkk-pneumologie/



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

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



VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

- 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



FACHARZTPROGRAMM AOK BW UND BOSCH BKK

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie/Chirurgie/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.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!



ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

TE-ID:

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 und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- 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 jeweils 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 Absprache mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme 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 Versicherungstatus 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 vertragsgemäßes 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 Ansprechen 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 im Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

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 Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die besondere Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

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 § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

Ich bestätige, dass

- Ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 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 mitgeleitet 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-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile 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 erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a 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 enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

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-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile 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 erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a 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 enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

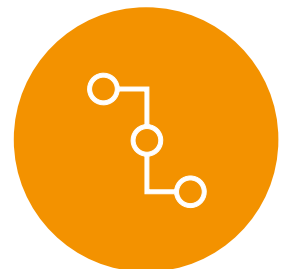


ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

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



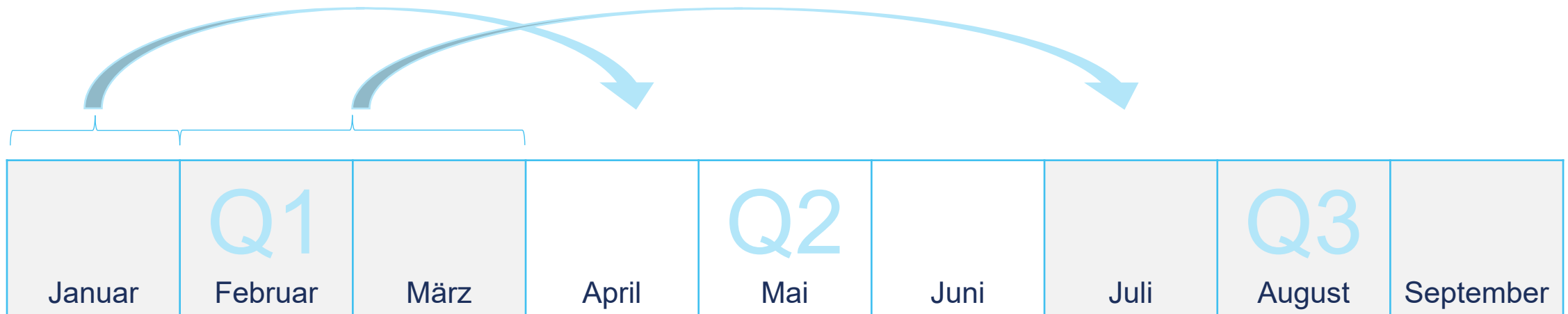
Tipp: Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an



ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

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



ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

ERFOLGREICHE ÜBERMITTLUNG?

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)

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

→ **Alle Leistungen in Q1** können über den FAV abgerechnet werden

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

→ **Aktive Teilnahme ab Q3**

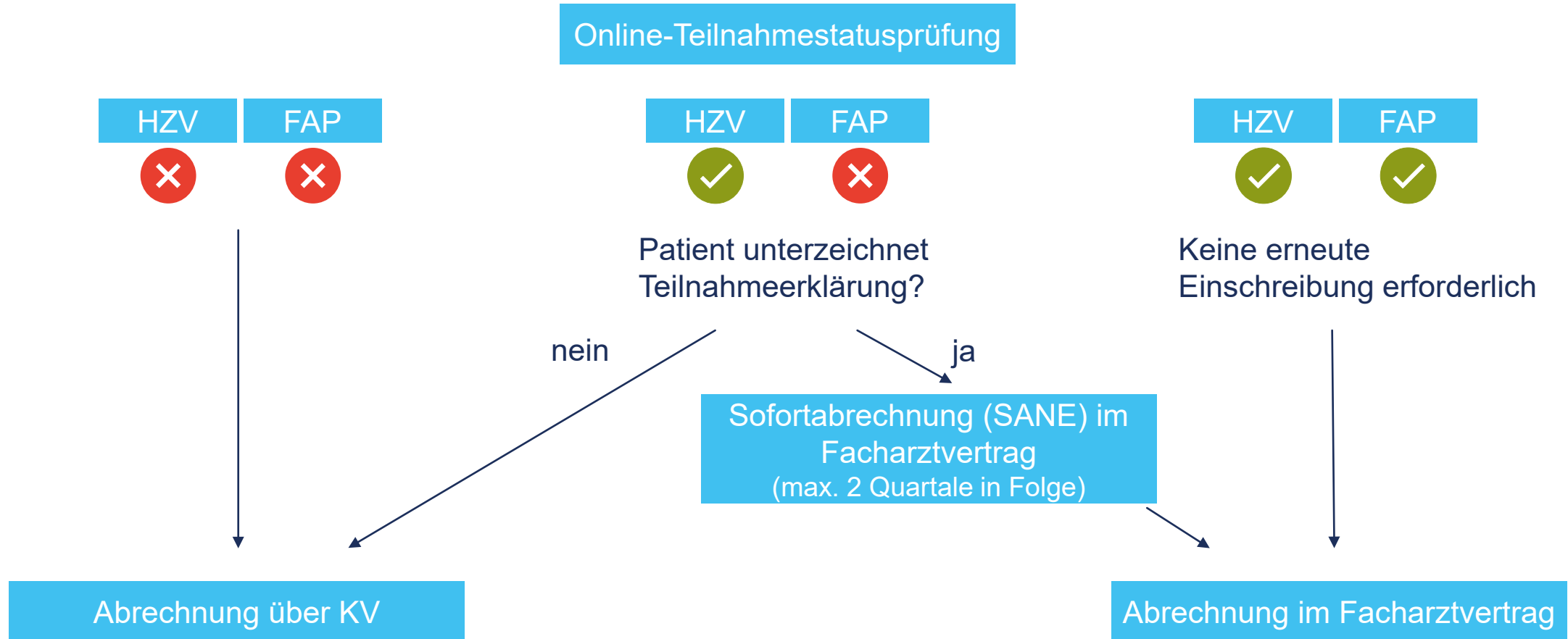
	Q1			Q2			Q3	
Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September

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



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):

Pos.	Leistungs- quartal	Versicherten- nummer	Patient	Begründung
1	Q2/2025			Eine Sofortabrechnung darf nur zwei Quartale in Folge durchgeführt werden.

- keine HZV-Teilnahme:

eGK	Name	Geburtsdatum	Quartal	Hinweis
			Q2/2025	Keine HzV Teilnahme

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

WICHTIGE DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG



Gesamtziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1):
Legt den Leistungsumfang des Vertrages 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 → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Pneumologie
→ Anlagen zum Vertrag



GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK) (AUSZUG)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 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	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
13640	GP I Pneumologie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13641	GP II Pneumologie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13642	GP III Pneumologie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13645	Hygienezuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 13640 bis 13642	01.01.2022	neue Ziffer	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13644	Zuschlag zu den GOPs 13640 bis 13642 für die pneumologisch-internistische Grundversorgung	01.10.2023	Änderung: Anmerkung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13646	Zuschlag zu der GOP 13644	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13647	Zuschlag zu den GOPs 13640 bis 13642	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13648	Zusatzpauschale für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gem. Allgemeiner Bestimmungen 4.3.10.1 oder 4.3.10.2	01.01.2022	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13650	Zusatzpauschale Pneumologisch-Diagnostischer Komplex	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13651	Zuschlag unspezifischer Provokationstest	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13652	Zuschlag im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 13650	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13660	Ergospirometrie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
13661	Bestimmung des Säurebasenhaushalts und Blutgasanalyse	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
13662	Bronchoskopie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

LEGENDE

obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte vom jeweiligen FACHARZT **als Teil der Abrechnungsziffern** erbracht werden.

nicht obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte **als Teil der Abrechnungsziffern** erbracht werden, sofern **Qualifikation** und **Ausstattung** vorhanden.

FAV-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 UND GZK

- Umgang mit Laborleistungen, die im **Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind:
 - In den Pauschalen enthalten
 - Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren (anstatt mittels Laborüberweisung Muster 10/10A)
 - Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Umgang mit Laborleistungen, die im Vertrag als **Einzelleistung** abgebildet sind:
 - Als Einzelleistung im Vertrag abrechenbar (32097 BNP, 32150 Troponin, 32212 Fibrinmonomere)
 - Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren (anstatt mittels Laborüberweisung Muster 10/10A)
 - Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Umgang mit Speziallaborleistungen, die **nicht im GZK** abgebildet sind:
 - Werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

Tipps: Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten.
Bei Unsicherheit, prüfen Sie den GZK auf die jeweilige Laborziffer.



HINWEISE 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



GZK: DMP UND SACHKOSTEN

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

- 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 (ZiWB Schlagmedizin)	BG5: Allergologie	BG6: Long-/ Post-COVID
J44.03	J4403	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes		G	G*					
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 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes		G	G*					
J44.12	J4412	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes		G	G*					
J44.13	J4413	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter EGazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 $\geq$ 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 $\geq$ 35 % und $<$ 50 % des Sollwertes		G	G*					
J44.82	J4482	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 50 % und $<$ 70 % des Sollwertes		G	G*					
J44.83	J4483	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 $\geq$ 70 % des Sollwertes		G	G*					

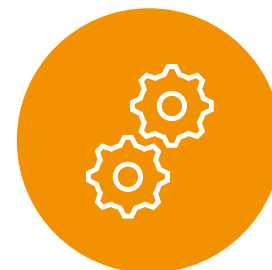
HONORARANLAGE (AUSZUG)

Anlage 12

Vertrag vom 26.02.2021, i.d.F. vom 01.11.2024
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Pneumologie

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.			
1. Grundpauschalen 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. Im gleichen Quartal nicht neben Auftragsleistungen abrechenbar			
Grundpauschale P1	Grundlagen einer evidenzbasierten, biopsychosozialen Medizin mit dem Ziel bestmöglicher Patientenversorgung Wandel im Krankheitsspektrum der Bevölkerung auch zur Pneumologie: - 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“).	Einmal pro Abrechnungsquartal abrechenbar, sofern mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und ist nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt. Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar.	25,00 €

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



ABRECHNUNGSSYSTEMATIK



oder



DEFINITION ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

APK=

- 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 erbracht, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit.



Bitte beachten: Falls in einem Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden, bitte den Fall mit der Ziffer **FBE** (Fernbehandlung) kennzeichnen.

VERGÜTUNGSLOGIK

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 (siehe Abrechnungsvoraussetzungen)

Abrechnungshäufigkeit

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

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

x / T x mal pro Behandlungstag

VERGÜTUNGSLOGIK

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

*Bosch BKK 5,00 €

VERGÜTUNGSLOGIK

ZUSCHLAG RATIONALE PHARMAKOTHERAPIE

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.

PHARMAQUOTENERREICHUNG

INFORMATIONSSSEITE IM ABRECHNUNGSBRIEF

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
Q2/2025	blau	73 %	$\geq 70 \%$
Q2/2025	grün	100 %	$\geq 90 \%$
Q2/2025	rot	3 %	$\leq 3 \%$

VERGÜTUNGSLOGIK

AKUTE ERKRANKUNGEN

Zusatzpauschale:

P2	Akute Erkrankungen	Tagesausschluss zur BG1	1 / T 2 / Q 4 / 4Q	  	13,00 €
-----------	--------------------	-------------------------	--------------------------	---	---------

Diagnostikpauschale:

P3	Erst- und Akutdiagnostik	Tagesausschluss zur P4 Quartalsausschluss zur BG1 Nur additiv zur P2 Keine BG1 in den vergangenen 8 Quartalen	1 / 4Q	 	35,00 €
-----------	--------------------------	---	--------	---	---------

VERGÜTUNGSLOGIK

CHRONISCHE ERKRANKUNGEN

Beratungsgespräch:

BG1	Chronische Erkrankungen 1 Einheit = 10 min Gesprächszeit	1 / T 8 / 4Q					20,00 €
+ ZBG1	Zuschlag zur BG1: Stärkung der Gesundheitskompetenz, Prävention und Teilhabe bei COPD, Asthma und erhöhtem Exazerbationsrisiko	1 / T 4 / 4Q					13,00 €
+ Q2	Strukturzuschlag EFA®	1 / Q					10,00 €* *Bosch BKK 5,00 €

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

*Bosch BKK 5,00 €

Diagnostik:

P4	Diagnostikpauschale (chronisch)	Nur additiv zur BG1 Tagesausschluss zur P3	1 / 4Q			20,00 €
-----------	---------------------------------	---	--------	---	---	---------

VERGÜTUNGSLOGIK

TABAKENTWÖHNUNG

BG2A1	Intensivierte Einzelberatung zum Rauchstopp bei Asthma/COPD 1 Einheit = 5 min Gesprächszeit Nicht im gleichen Krankheitsfall neben 92020 (DMP) abrechenbar	1 / T 3 / 4Q					10,00 €
BG2A2	Intensivierte Einzelberatung zum Rauchstopp bei sonstigen Erkrankungen 1 Einheit = 5 min Gesprächszeit Nicht im gleichen Krankheitsfall neben 92020 (DMP) abrechenbar	1 / 4Q					10,00 €
BG2B	Psychoedukative Gruppenschulung (5-20 Teilnehmer) 1 Einheit = 90 min Schulung	1 / 3 Jahre					25,00 €
BG3A	Raucherberatung als Einzeltherapie 1 Einheit = 45 min Therapie	Kombiniertes Kontingent max. 15 / 3 Jahre { 10 / 3 Jahre 12 / 3 Jahre					80,00 €
BG3B	Raucherberatung als Gruppentherapie (4-14 Teilnehmer)						25,00 €

VERGÜTUNGSLOGIK

BERATUNGSGESPRÄCHE SCHLAF / ALLERGIE

BG4A	Schlafassoziierte Respirationsstörungen 1 Einheit = 5 min Gesprächszeit	Nicht kombinierbar im gleichen Krankheitsfall	2 / 4Q				10,00 €
BG4B	Schlafassoziierte Respirationsstörungen 1 Einheit = 5 min Gesprächszeit		4 / 4Q				
BG5	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest bzw. Adhärenzgespräch (bei bereits nachgewiesener Allergie) 1 Einheit = 5 min Gesprächszeit		4 / 4Q				10,00 €

VERGÜTUNGSLOGIK

EINZELLEISTUNGEN I

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

Diagnostikkomplexe:

E5A	Diagnostikkomplex I ▪ Unspezifischer bronchialen Provokationstests oder ▪ Druckmessung der Lunge oder ▪ Bestimmung der Lungendehnbarkeit	jew. 1 / 4Q Ausnahme: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum mögl. bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose. Dafür Verdachtsdiagnose und Infoziffer DAE dokumentieren	40,00 €
E5B	Diagnostikkomplex II ▪ Komplexe Blutgasdiagnostik		30,00 €
E5C	Diagnostikkomplex III ▪ Prick- und/oder Scratch- und/oder Reib- und/oder Skarifikations- und/oder Intrakutan-Testung und/oder ▪ Konjunktivaler und/oder nasaler Provokationstest	1 / 4Q Ausnahme: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum mögl. bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose oder bei bes. Allergenen vor der spezif. Immuntherapie. Dafür ggf. Verdachtsdiagnose und Infoziffer DAE / TIN dokumentieren	25,00 €

VERGÜTUNGSLOGIK

EINZELLEISTUNGEN II

E6	Hyposensibilisierungsbehandlung Bei sublingualer Therapie nur abrechenbar bei Neueinstellung des Patienten		10,00 €
E7	Aufwendige 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.](#)

VERGÜTUNGSLOGIK

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

VERGÜTUNGSLOGIK

AUFTRAGSLEISTUNGEN

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 €

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

VERGÜTUNGSLOGIK

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

Infoziffern:

DAE	Diagnoseänderung Siehe Diagnostikkomplexe E5A, E5B, E5C
TIN	Therapieindikation bei besonderen Allergenen vor der spezifischen Immuntherapie Siehe E5C Diagnostikkomplex III
FBE	Fernbehandlung Angaben, wenn in einem Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

ABRECHNUNGSBEISPIELE

BEISPIEL 1

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

1. Termin	P1	Grundpauschale	25,00 €
	P1UE	Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €*
	---Q1---	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (rot-blau-grün)	4,00 €
	---Q8---	Strukturzuschlag FeNO-Messung	3,00 €
	BG1	Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	20,00 €
	---Q2---	Strukturzuschlag EFA®	10,00 €*
	P4	Diagnostikpauschale (chronisch)	20,00 €
	BG5	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest	10,00 €
	ACT	Infoziffer zur Dokumentation des Asthmakontrolltests	
Summe:			102,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

ABRECHNUNGSBEISPIELE

BEISPIEL 2

Behandlung eines COPD-Patienten – Rez. Exacerbationen (FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes) – chron. Nikotinkonsum

1. Termin	P1	Grundpauschale	25,00 €
	P1UE*	Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €*
2. Termin	E1	Spiroergometrie	44,00 €
3. Termin	E5B	Komplexe Blutgasdiagnostik	30,00 €
4. Termin	BG1	Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	20,00 €
	---ZBG1---	Zuschlag auf BG1 zur Stärkung der Gesundheitskompetenz	13,00 €
	---Q2---	Strukturzuschlag EFA®	10,00 €*
	P4	Diagnostikpauschale (chronisch)	20,00 €
5. Termin	BG2A1**	Intensivierte Einzel-Beratung zum Rauchstopp	10,00 €
6. Termin	BG3A	Raucherberatung als Einzeltherapie	80,00 €
7. Termin	BG3A	Raucherberatung als Einzeltherapie	80,00 €
8. Termin	BG3A	Raucherberatung als Einzeltherapie	80,00 €
Summe:			422,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

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

ABRECHNUNGSBEISPIELE

BEISPIEL 3

Patient mit unklarer Dyspnoe, Allergieabklärung, Rauchstopp; 2 Behandlungstermine

1. Termin	P1	Grundpauschale	25,00 €
	P1UE*	Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €*
	---Q5---	Strukturzuschlag Sonografie	1,00 €
	---Q6---	Strukturzuschlag Röntgen	1,00 €
	---Q8---	Strukturzuschlag FeNO-Messung	3,00 €
	E5A	Unspezifischer bronchialer Provokationstest	40,00 €
2. Termin	E5C	Pricktest	25,00 €
	BG1	Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	20,00 €
	---Q2---	Strukturzuschlag EFA®	10,00 €*
	BG5	Versorgungsplanung nach positivem Allergietest	10,00 €
	ACT	Infoziffer Asthmakontrolltest	
Summe:			145,00 €

*Bosch BKK 5,00 €

ABRECHNUNGSBEISPIELE

BEISPIEL 5

Patient mit obstruktiver Schlafapnoe

1. Termin	P1	Grundpauschale	25,00 €
	P1UE*	Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €*
	---Q5---	Strukturzuschlag Röntgen	1,00 €
	---Q6---	Strukturzuschlag Sonografie	1,00 €
	---Q7---	Strukturzuschlag Duplex-Sonografie	3,00 €
	---Q8---	Strukturzuschlag FeNO-Messung	3,00 €
	P2	Akute Erkrankungen	13,00 €
2. Termin	E3	Polygrafie	71,50 €
	E4	Polysomnografie	353,00 €
3. Termin	BG4B	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen (bei Zusatzqualifikation Schlafmedizin)	10,00 €
4. Termin	BG4B	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen	10,00 €
5. Termin	BG4B	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen	10,00 €
6. Termin	BG4B	Beratungsgespräch Schlafassoziierte Respirationsstörungen	10,00 €
Summe:			520,50 €

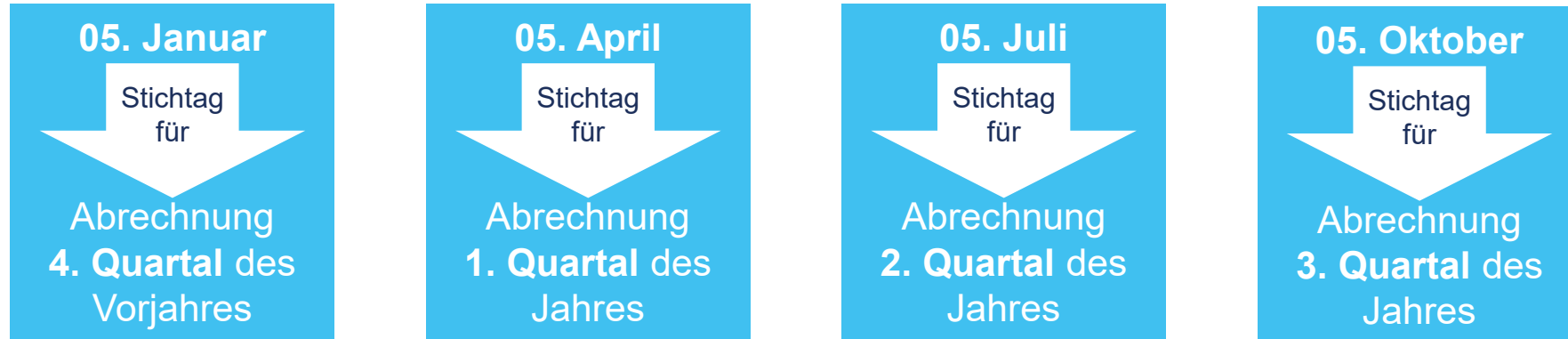
BG4B-Kontingent für
einen Krankheitsfall
ausgeschöpft

*Bosch BKK 5,00 €

AGENDA

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

ABRECHNUNGSPROZESS



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware



Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key



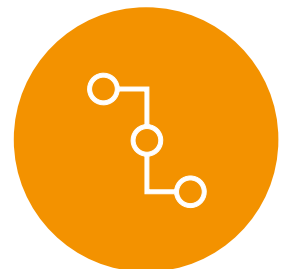
Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG



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)



EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER ABRECHNUNGSDATEN

Nach erfolgreicher Übermittlung der Abrechnungsdaten über die Vertragssoftware erhalten Sie eine **Datenempfangsbestätigung**:

Sehr geehrter Arzt/Sehr geehrte Ärztin,

wir haben von Ihnen am 01.07.2025 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

2. Quartal 2025

	§ 140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	161	2	163
Anzahl Leistungsziffern	665	2	667
Anzahl Diagnosen	895	10	905
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns 186 Verordnungen geschickt.

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



INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFES

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

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 2. Quartal 2025		19.240,25 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	686,84 €	
Zwischensumme Quartal 2/2025		18.553,41 €

Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 1. Quartal 2025		591,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	21,10 €	
Zwischensumme Quartal 1/2025		569,90 €

Zwischensumme gesamt		19.123,31 €
-----------------------------	--	--------------------

Abrechnungssumme	19.123,31 €
Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 2 / 2025	
Abschlag vom 02.05.2025	4.231,50 €
Abschlag vom 02.06.2025	4.231,50 €
Abschlag vom 01.07.2025	4.231,50 €
Endbetrag	6.428,81 €

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFES

Buchungsübersicht:

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
Start Saldo		0,00 €
02.05.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2025-Q2-1	-4.231,50 €
02.06.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2025-Q2-2	-4.231,50 €
01.07.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abschlag 2025-Q2-3	-4.231,50 €
21.07.2025	AOK BW Pneumologie 140a Nachabrechnung für 01/2025 - Abrechnungsergebnis	591,00 €
21.07.2025	AOK BW Pneumologie 140a Nachabrechnung für 01/2025 - Verwaltungskosten	-21,10 €
21.07.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abrechnung für 02/2025 - Abrechnungsergebnis	19.240,25 €
21.07.2025	AOK BW Pneumologie 140a Abrechnung für 02/2025 - Verwaltungskosten	-686,84 €
End Saldo		6.428,81 €

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

Änderungen der Bankverbindung
bitte rechtzeitig über Arztportal
oder Stammdatenänderungsblatt
mitteilen!

Übersicht Behandlungsfälle:

Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q1/2025	227	226	1
Q2/2025	294	294	0



INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFES

EINZELNACHWEISE

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

Legende:

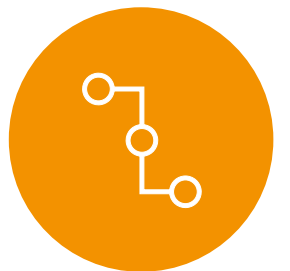
Fallnummer	Name des Patienten	Versicherten-nummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
	Zugeordnete Sachkosten: • Sachkosten 1: 1,00 € • Sachkosten 2: 2,00 €		
	Summe:	Summe Leistungen	
	Verwaltungskosten (Faktor in %):	Verwaltungskosten	
Änderung	Eventuell durchgeführte Korrekturen	Leistungsdatum	

Fallnummer	Name	Vers.nr.	Geb.datum
1	P1	30.04.2025	25,00 €
2	P1UE	30.04.2025	10,00 €
3	BG1	30.04.2025	20,00 €
4	---Q5---	30.04.2025	1,00 €
5	---Q8---	30.04.2025	3,00 €
6	---Q2---	30.04.2025	10,00 €
	Summe:		69,00 €
	Verwaltungskosten (3,570 %)		2,46 €
Änderung:	P4 darf nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.		30.04.2025



ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
 - Beispiel: Leistungsdatum 12.02. → Korrekturübermittlung möglich bis zum 31.03. des Folgejahres
- 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.

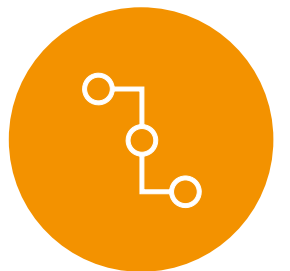


REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen § 140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei 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.

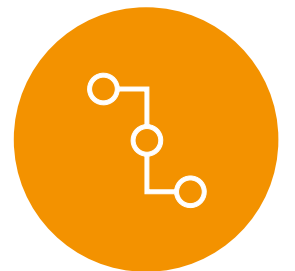


Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten **keine** Leistungen von der KV vergütet wurden.



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



ABRECHNUNGSPRÜFUNG

BEISPIEL AUFTRAGSLEISTUNGEN

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

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
14.07.2025	P1
14.07.2025	P1UE
04.08.2025	A5C



nach Prüfung:

1	P1	14.07.2025	25,00 €
2	P1UE	14.07.2025	10,00 €
3	E5C	04.08.2025	25,00 €
4	Summe:		60,00 €
Änderung:	A5C wurde durch E5C ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	04.08.2025	

Datum	Ziffer
16.07.2025	P1
16.07.2025	P1UE
26.07.2025	A9



1	P1	16.07.2025	25,00 €
2	P1UE	16.07.2025	10,00 €
3	---Q5---	16.07.2025	1,00 €
4	Summe:		36,00 €
Änderung:	A9 wurde gestrichen, da Sie kein Zielbehandler waren.	26.07.2025	



ABRECHNUNGSPRÜFUNG

BEISPIEL ICD-EINSCHLUSS

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

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer	Diagnosen
02.07.2025	P1	
02.07.2025	P1UE	
23.08.2025	BG1	J45.0 V

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2025	25,00 €
2	P1UE	02.07.2025	10,00 €
5	Summe:		35,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von BG1 ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	23.08.2025	



ABRECHNUNGSPRÜFUNG

BEISPIEL TAGESAUSSCHLÜSSE

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
02.07.2025	P1
02.07.2025	P1UE
02.07.2025	P2
02.07.2025	BG1

nach Prüfung:

1	P1	02.07.2025	25,00 €
2	P1UE	02.07.2025	10,00 €
3	BG1	02.07.2025	20,00 €
4	Summe:		55,00 €
Änderung:	P2 kann am selben Tag nicht neben BG1 abgerechnet werden.	02.07.2025	



ZIFFERNERFASSUNG IN DER SOFTWARE

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

falsch:

Datum	Ziffer
01.07.2025	3 BG4B

richtig:

Datum	Ziffer
01.07.2025	BG4B
01.07.2025	BG4B
01.07.2025	BG4B



KALENDER MIT WICHTIGEN ABRECHNUNGSTERMINEN

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

2025



Juli		August		September		Oktober		November		Dezember	
Di	1	Fr	1	Mo	1	Mi	1	Sa	1 Allerheiligen	Mo	1
Mi	2	Sa	2	Di	2	Do	2	So	2	Di	2
Do	3	So	3	Mi	3	Fr	3 Tag der dt. Einheit	Mo	3	Mi	3
Fr	4	Mo	4	Do	4	Sa	4	Di	4	Do	4
Sa	5	Di	5	Fr	5	So	5	Mi	5	Fr	5
So	6	Mi	6	Sa	6	Mo	6	Do	6	Sa	6
Mo	7	Do	7	So	7	Di	7	Fr	7	So	7
Di	8	Fr	8	Mo	8	Mi	8	Sa	8	Mo	8
Mi	9	Sa	9	Di	9	Do	9	So	9	Di	9
Do	10	So	10	Mi	10	Fr	10	Mo	10	Mi	10
Fr	11	Mo	11	Do	11	Sa	11	Di	11	Do	11
Sa	12	Di	12	Fr	12	So	12	Mi	12	Fr	12
So	13	Mi	13	Sa	13	Mo	13	Do	13	Sa	13
Mo	14	Do	14	So	14	Di	14	Fr	14	So	14
Di	15 3. AZ Q2/2025	Fr	15	Mo	15 2. AZ Q3/2025	Mi	15 3. AZ Q3/2025	Sa	15	Mo	15 2. AZ Q4/2025
Mi	16	Sa	16	Di	16	Do	16	So	16	Di	16
Do	17	So	17	Mi	17	Fr	17	Mo	17 1. AZ Q4/2025	Mi	17
Fr	18	Mo	18 1. AZ Q3/2025	Do	18	Sa	18	Di	18	Do	18
Sa	19	Di	19	Fr	19	So	19	Mi	19	Fr	19
So	20	Mi	20	Sa	20	Mo	20	Do	20	Sa	20
Mo	21	Do	21	So	21	Di	21	Fr	21	So	21
Di	22	Fr	22	Mo	22	Mi	22	Sa	22	Mo	22
Mi	23	Sa	23	Di	23	Do	23	So	23	Di	23
Do	24	So	24	Mi	24	Fr	24	Mo	24	Mi	24 Heiligabend
Fr	25	Mo	25	Do	25	Sa	25	Di	25	Do	25 1. Weihnachtstag
Sa	26	Di	26	Fr	26	So	26	Mi	26	Fr	26 2. Weihnachtstag
So	27	Mi	27	Sa	27	Mo	27	Do	27	Sa	27
Mo	28	Do	28	So	28	Di	28	Fr	28	So	28
Di	29	Fr	29	Mo	29	Mi	29	Sa	29	Mo	29
Mi	30	Sa	30	Di	30	Do	30	So	30	Di	30
Do	31	So	31			Fr	31			Mi	31 Silvester

Den Kalender finden Sie unter www.medi-verbund.de
→ Leistungen →
Verträge/Abrechnung →
AOK/Bosch BKK
Pneumologie
→ Abrechnungsunterlagen

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungstichtag 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

The screenshot shows the website www.medi-verbund.de. The top navigation bar includes links for Home, Leistungen, Über MEDI, ePA, Bundestagswahl 2025, Blog, Presse, and Mein MEDI. The 'Leistungen' menu is expanded, showing options like Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildungen & Veranstaltungen, MVZ, Versicherungen, Musterverträge, Famulatur & PJ, Shop für Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, Partner, and specialiCED. A banner on the left promotes becoming a MEDI member. The main content area is titled 'Pneumologie' for AOK BW / Bosch BKK, with a 'Zurück zur Übersicht' link. It features three cards: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arztvernetzung'. A sidebar on the right lists 'Allgemeine Informationen und Formulare', 'Inhalte des Infopakets', 'Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung', 'Vertragsunterlagen', and 'Anlagen zum Vertrag'. Contact information for 'Ansprechpartner' Hannah Wehrle and Kim Heilmann is provided.

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home **Leistungen** Über MEDI ePA Bundestagswahl 2025 Blog Presse Mein MEDI

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildungen & Veranstaltungen
MVZ
Versicherungen
Musterverträge
Famulatur & PJ
Shop für Praxis- & Sprechstundenbedarf
Arztportal
Arztsuche
Partner
specialiCED

Jetzt MEDI-Mitglied werden
Werden Sie jetzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen!
[Mehr](#)

Pneumologie
AOK BW / Bosch BKK

[Zurück zur Übersicht](#)

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[> Mehr erfahren](#)

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[> Mehr erfahren](#)

Pneumologie
AOK BW
[> Mehr](#)

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

Ansprechpartner
Hannah Wehrle
Telefon 0711 80 60 79 – 182
Kim Heilmann
Telefon 0711 80 60 79 – 279
E-Mail:
vertraege@medi-verbund.de

www.medi-arztportal.de

- alle Dokumente, den Facharztvertrag betreffend abrufbar (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung)
- 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



Login

MEDI-ID *

Passwort *

Anmelden

zurück zu MEDI Arztportal

Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern.



Meine Daten Dokumente Abrechnung Kontakt Backend Logout

Ihre Daten

Persönliche Daten

Praxen

Angestellte

Verwalten Verträge & Leistungen

Verbandsmitgliedschaften

Audits

Benachrichtigungs-Einstellungen

Notifications

Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten.

Ihr Name: Sophia Nürk ♀ [✎](#)

Geburtsdatum: - keine Angabe - [✎](#)

LANR: 111111111

MEDIVERBUND-ID: 10331135

Kontakt E-Mail-Adresse: Sophia.nuerk@medi-verbund.de [✎](#)
An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails, z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.

Praxis:

- Praxis Nürk

BSNR: 123465789
Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart

Privatschrift: - keine Angabe - [✎](#)

Postanschrift: - keine Angabe - [✎](#)

Dokumente erhalten Sie: Als Download im Arztportal [✎](#)



Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztsuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge.

Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

Infos zu den Haus- und Facharztverträgen und Ihre Vorteile an der Teilnahme finden Sie [hier](#).

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

Hausärzte

AOK Baden-Württemberg
AOK BW HZV
AOK BW HZV Kinderärzte
Bosch BKK
BKK BOSCH BW HZV
BKK LV Süd
BKK LV Süd HZV

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

Fachärzte

AOK Baden-Württemberg
AOK BW Diabetologie 140a
AOK BW Gastro 140a
AOK BW Gestationsdiabetes 140a
AOK BW Kardiologie 140a
AOK BW Nephrologie 140a
AOK BW Orthopädie 140a
▼ AOK BW PNP 140a
Neurologie

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

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

AOK BW Pneumologie 140a

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

AOK BW Pneumologie 140a

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. **100** Treffer angezeigt.

[freie Plätze zur Raucherberatung/Tabakentwöhnung](#)

Nachname

Postleitzahl Im Umkreis von **10** km

Leistung

☐ Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

[Suchen](#)

Formular Meldung freier Plätze zur Raucherberatung/Tabakentwöhnung:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Pneumologie
→ Allgemeine Informationen und Formulare → Freie Gruppenschulungen und -therapieplätze

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.

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

Sie erreichen Ihre Patientinnen und Patienten nicht, um die Laborwerte zu übermitteln?

Nutzen Sie die Chatfunktion und übertragen Sie die Werte als PDF-Datei.

Ihre Warteschleife läuft voll wegen Rezeptbestellungen oder Folge-AU?

Weisen Sie Ihre Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie ihre Folgerezepte oder AU über den Messenger garrioCOM Tag und Nacht anfordern können. So entlasten Sie Ihre MFA.

Sie möchten Ihr Praxis-Aufkommen durch Videosprechstunden mit garrioCOM regulieren?

Durch die einfache Videoverbindung per garrioCOM zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten sind künftig Behandlungstage sogar im Home-Office denkbar.

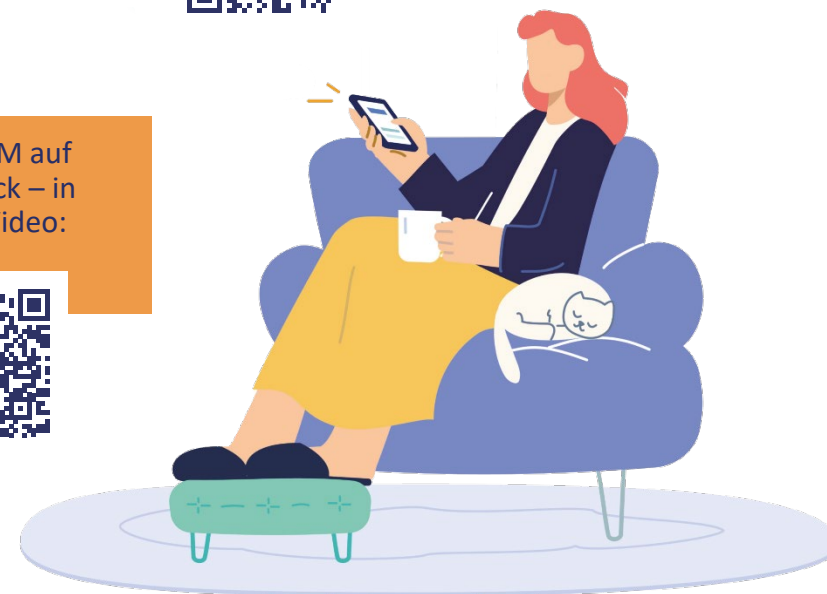


Bestellen Sie garrioCOM unter **www.garrio.de/bestellung**.

Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



FÖRDERUNG VON STIPENDIEN ZUM PHYSICIAN ASSISTANT

- AOK BW

- Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:
 - Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss.
 - Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse reutter@mediverbund-iffm.de.
 - Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
 - Anspruch auf das Stipendium besitzt der/die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“)

→ Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden: reutter@mediverbund-iffm.de



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Frau Wehrle: 0711 80 60 79 182



Abteilung Abrechnung: 0711 806079-0



vertraege@medi-verbund.de

