

Pneumologievertrag nach § 140a SGB V VERTRAGSSCHULUNG

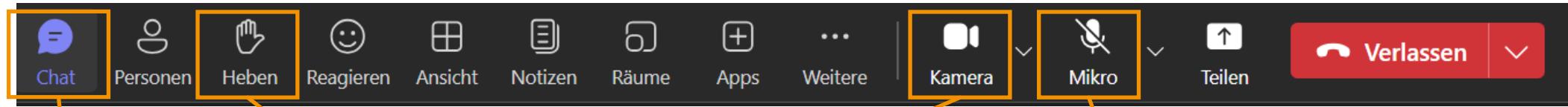


Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Präsentation das generische Maskulinum verwendet.
Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

HERZLICH WILLKOMMEN ZUR VERTRAGSSCHULUNG!

Die Veranstaltung beginnt in Kürze

Die Funktionsleiste finden Sie am oberen oder unteren Bildschirmrand:



Die Hand heben, um eine Frage zu stellen

Fragen können auch im Chat gestellt werden

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/



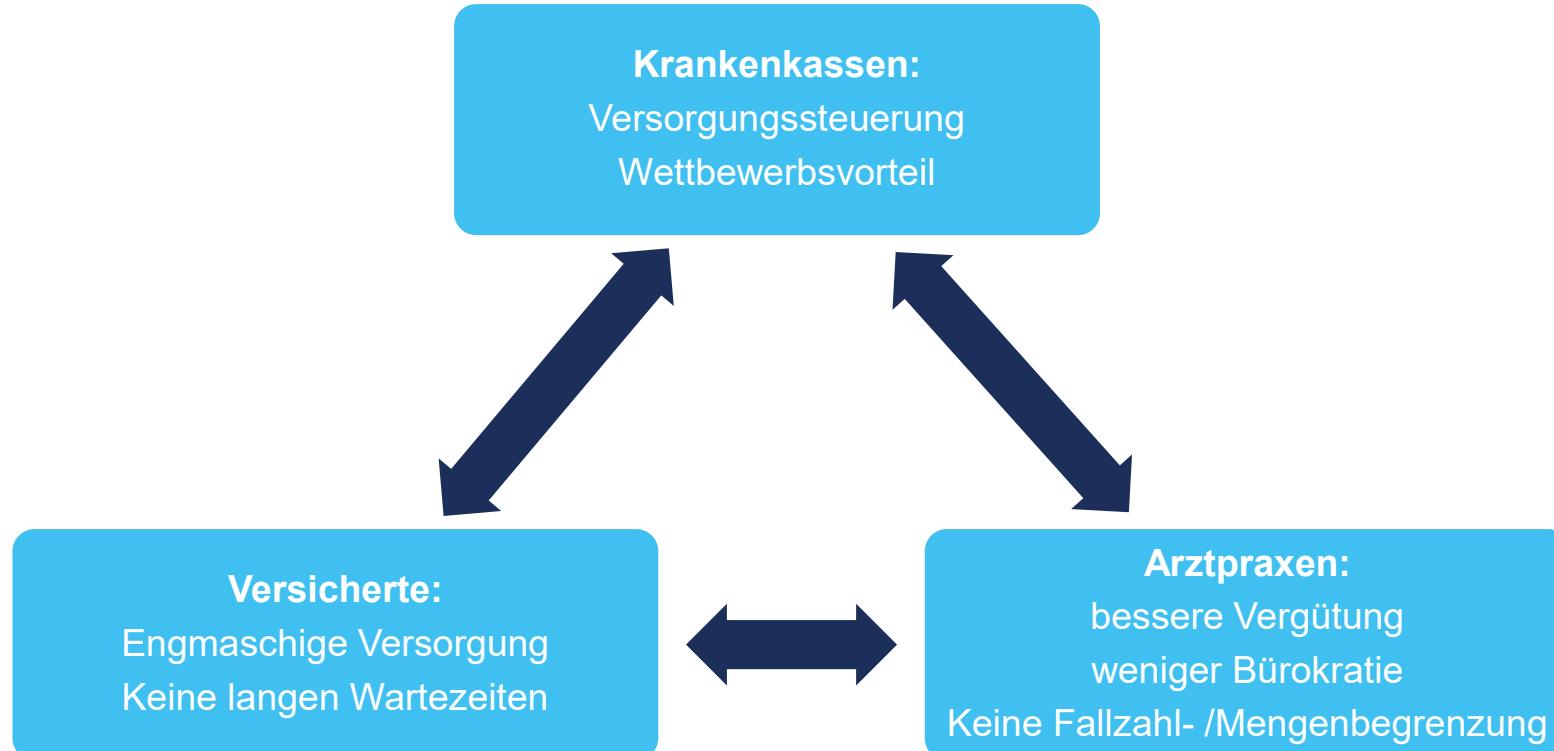
AGENDA

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

WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

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

Vorteile:



ZIELE DES VERTRAGS

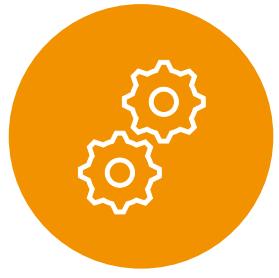
- ✓ optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- ✓ Stärkung der ambulanten Versorgung
- ✓ Weniger Bürokratie und mehr Zeit für Beratungsgespräche
- ✓ bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten
- ✓ Reduktion von stationären Aufenthalten
- ✓ Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten



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



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.

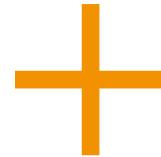


TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

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“ <u>und</u> KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [30901]	
Polygrafie	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [30900]	
Polysomnografie	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung Ziffer [30901]	



ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN III

QUALIFIKATIONSVORAUSSETZUNGEN TABAKENTWÖHNUNG:

Leistung	Nachweis
Intensivierte Einzelberatung zum Rauchstopp (BG2A1 und BG2A2)*	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. (Nachweis: Selbstauskunft) 
Psychoedukative Gruppenschulung (BG2B)	Unterweisung in die Inhalte der Gruppenschulung (analog zu den Inhalten der Gruppenschulung im Curriculum IFT) z. B. mittels Fortbildung, Webinar oder CME-Fortbildung. (Nachweis: Zertifikat) 
Raucherberatung in der Arztpraxis als Einzeltherapie (BG3A)	<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) (Nachweis: mind. 1 Zertifikat) 
Raucherberatung in der Arztpraxis als Gruppentherapie (BG3B)	

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



TEILNAHMEERKLÄRUNG ARZT

Teilnahmeerklärung AOK Baden-Württemberg

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

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

Stammdatei

Beauftragungsgemeinschaft (BAG) MVZ ermächtigter Arzt

LANR (9-stellig) HBSNR Gf. NSNR Ggf. weitere NSNR

Mitglied MEDi BW e.V. Mitglied im BdB BW e.V.

Titel, Nachname, Vorname

Gf. Name MVZ Telefon

Strasse & Hausnummer (Praxisanschrift) Fax

PLZ und Ort E-Mail-Adresse

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut IBAN (zwingend erforderlich) BIC (zwingend erforderlich)

Körperschaft

Hilfe bei den vertraglichen Verwaltungskosten Die Vertragsabrechnung verzahnt 3,67 % der Vertragsvergütung Honorar pro Vertrag. Sachkosten. Für Nicht-Mitglieder des MEDi Baden-Württemberg erhält der Vertragsarzt eine zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,99% erhöht. Die einzige Abrechnungsgebot für Vertragsabrechnung beträgt 3,67 % (inkl. 19 % USt).

Vertragsabrechnung des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Pneumologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a Abs. 1 SGB V. Ich erkläre, dass die Beauftragung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, an mich übertragen und über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass ich die Beauftragung und Übertragung sämtlicher Rechte und Pflichten informiert, insbesondere ist mir bekannt, dass

- die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn eine fachärztliche Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 1 Abs. 11 Vm. Anlage 8);
- die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV/BKK mit der AOK einen sog. Berichtigungsvertrag (§ 2 Abs. 1 Vm. Anlage 8) geschlossen haben;
- die Managementgesellschaft nicht über das Erreichen dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsabschriften über die Vertragsabrechnung beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefon erfolgen;
- ich meine vertraglichen Pflichten hinsichtlich zur Versichererleistungserbringung der zuständigen Schwerpunktpraxis nach der Beauftragung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsabrechnung bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten bestrafen werden kann;
- ich selbst meine Vertragsabrechnung mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDiVERBUND kündigen kann;
- Leistungen gemäß § 19 des Vertrages müssen vertraglich auf Zählung der Vergütung für die von mir vertraglich erbrachten und abgerechneten Leistungen festgestellt werden. Die Höhe der Abrechnung ist unabhängig davon, ob die Leistungen während eines Quartals, d. h. vor oder nach der Sollabrechnung geltend gemacht werden können;
- Leistungen, die aufgrund der Tatsache, dass die Leistungserbringung nicht oder unzureichend dokumentiert wurde, nicht abgerechnet werden können, werden nicht berücksichtigt;
- die Managementgesellschaft das von AOK/BKK/BW eingesetzte Honorar und die Kosten, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Vertragsabrechnungserbringungsergebnisse abnimmt. Die Höhe der Abrechnung ist unabhängig davon, ob die Leistungen während eines Quartals, d. h. vor oder nach der Sollabrechnung geltend gemacht werden können;
- ich dem MEDiVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zusatzzusatzabrechnung), spätestens 3 Monate unverzögert mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangt, ist diese unverzögert zu ändern;
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztschaft erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK des MEDiVERBUNDES und des MEDi BW e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Angaben in den entsprechenden Vertragsabrechnungen weitergegeben und gilt in den entsprechenden Vertragssoftware hiermit;
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung inkl. Folgesetzen und meine hiermit abgelegten Erklärungen und Bestrebungen des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stampel der Praxis/MVZ

Dezernat (TT.MM.JJ.)

meine-/Abrechnungsvoraussetzungen mitzuteilen.

Beilage 1 von 1

Teilnahmeerklärung Bosch BKK

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Teilnahmeerklärung Bosch BKK

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

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

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

Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharzttätigkeiten:

(Zutreffendes bitte ankreuzen)

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

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

Datum Unterschrift Name in Druckbuchstaben

Straße PLZ Ort

Wichtige Hinweise!!

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

Bitte per Fax an 0711 - 80 60 79 566
oder per Post an: MEDI VERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart



10 SCHritte ZUR VERTRAGSTEILNAHME

Vertragsunterlagen erhalten / anfordern

Vertragsschulung absolvieren (Webinar oder Online-Portal)

Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner: Softwarehaus)

HZV Online-Key bestellen

Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben

Nachweise beilegen (siehe Checkliste)

Teilnahmeerklärung + Nachweise an MEDIVERBUND senden

Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)

Zulassungsschreiben („Starterpaket“) abwarten

Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

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**



BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

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



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

Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!



ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENAUFLAUFERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software
erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller
vierstelliger Code
("TE-Code")

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZTPROGRAMM

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 ausgetragen 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, Teilnahme mit einer Frist von 1 Monat auf die Grundlage meines Teilnahmemaßnahmes (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 vor mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm aufzutunzunahmen und einen Arzt, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, nach Abstimmung 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 Notdiensten. Das Weiterleiten ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich erkläre mir, nur Fachärzte zur Überweisung auszuwählen, die am jeweiligen AOK-Facharztprogramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet ein Vertrag gibt. Die einzelnen 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 Nichterfüllung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragkonformes Verhalten meines selbst entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmeginfang 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 mit 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) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beobachtete Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum antragen.

Blankspace for date input.

<TE-Code:>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

E-Mail für den Patienten

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

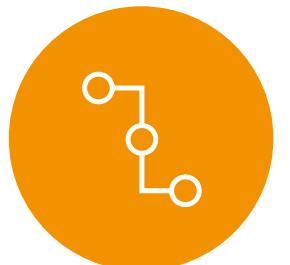
Arztstempel und Unterschrift des Arztes



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 

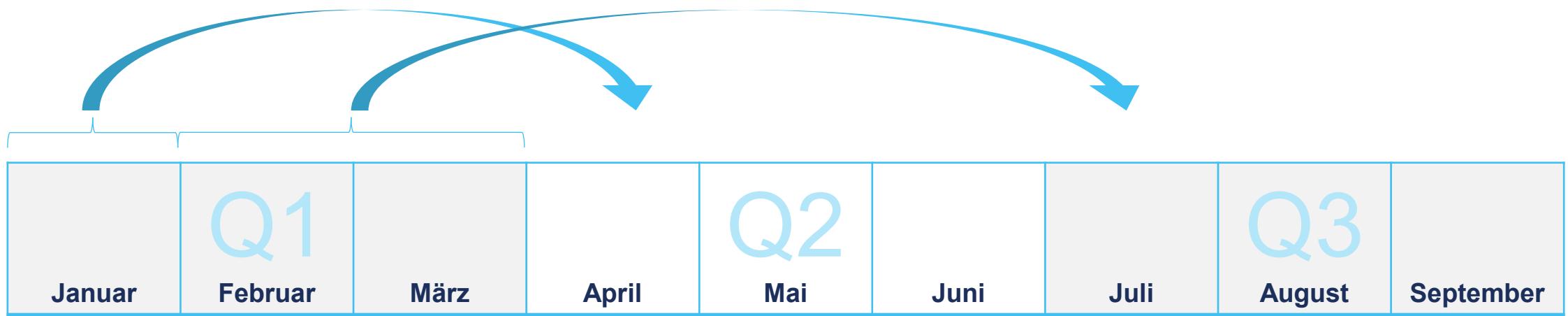
Tipp: Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware:
Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an



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



AGENDA

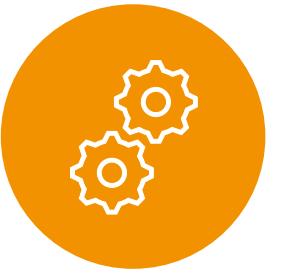
1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Qualitätsindikatoren
7. Abrechnungsprozess
8. Häufige Fragen
9. Internetauftritt

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)

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

→ Alle Leistungen in Q1 können über den FAV abgerechnet werden

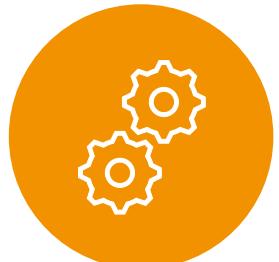
→ Alle Leistungen in Q2 können über den FAV abgerechnet werden

→ Aktive Teilnahme ab Q3

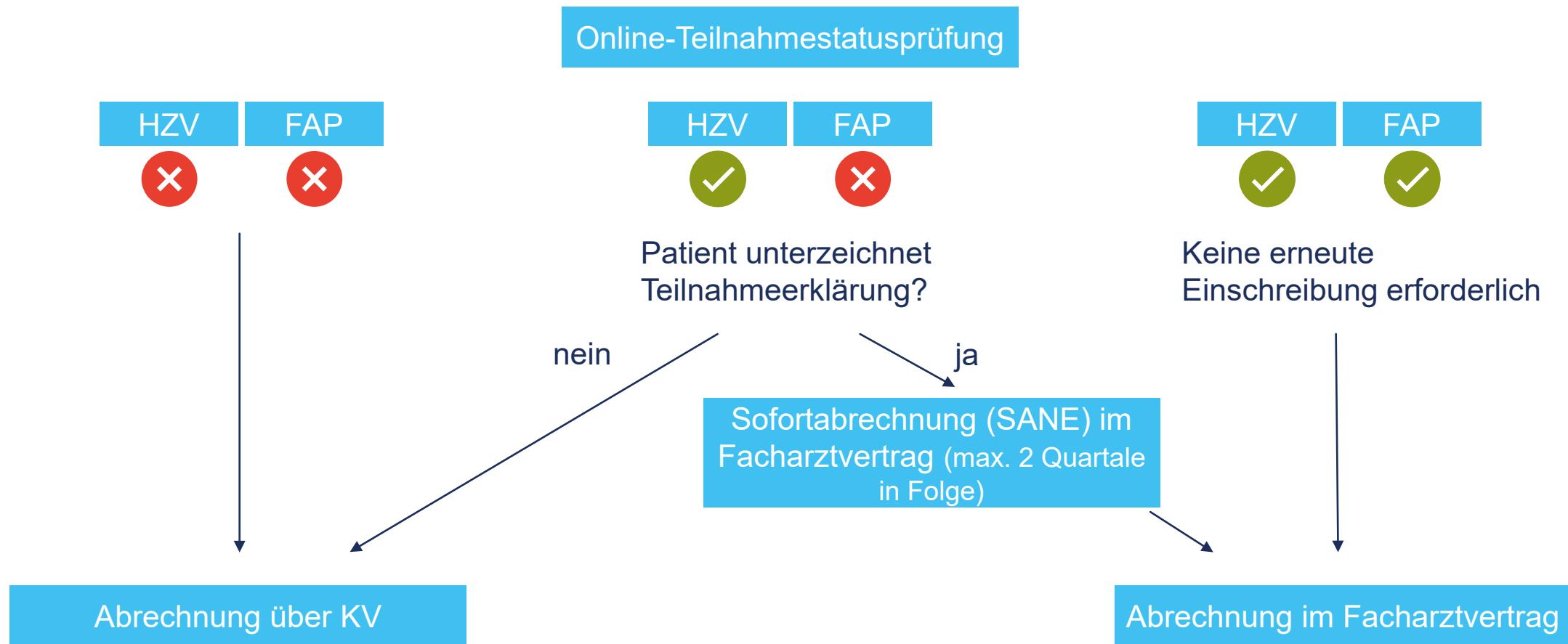


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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



PRAXISABLAUF



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

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
13640	GP I Pneumologie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	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	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	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	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	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	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	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	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	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	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	obligatorisch
13660	Ergospirometrie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	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	obligatorisch
13662	Bronchoskopie	01.07.2021	GZK-Relevanz (Pneumo)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch

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 (eher selten):
 - Werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor 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



DMP UND SACHKOSTEN

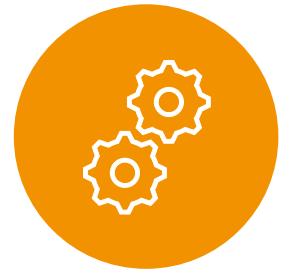
DMP-Ziffern

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)

			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
		ICD-Code (ohne Punkt)	ICD-TeGt							
J44.03	J4403	Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=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 >=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*						

HONORARANLAGE (AUSZUG)

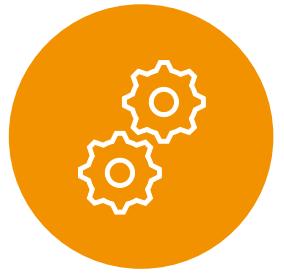
Anlage 12

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 aufgeführt 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: <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).			

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



STRATEGIE UND VERGÜTUNGSLOGIK

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

kontaktabhängige Grundpauschale

+

Zuschläge (qualifikations- oder zielerreichungsabhängig)

+

Vorhaltezuschläge für apparative Ausstattung

+

krankheitsbezogene Zusatzpauschalen und Beratungsgespräche

+

Einzelleistungen

=

leistungsadäquate Vergütung

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			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 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: Patentgeschütze 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.

VERGÜTUNGSLOGIK

AKUTE ERKRANKUNGEN

Zusatzpauschale:

P2	Akute Erkrankungen	1 / T 2 / Q 4 / 4Q	!			13,00 €
----	--------------------	--------------------------	---	-------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------	---------

Diagnostikpauschale:

P3	Erst- und Akutdiagnostik	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 €*

- 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)	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. 10 / 3 Jahre 15 / 3 Jahre	   	80,00 €
BG3B	Raucherberatung als Gruppentherapie (4-14 Teilnehmer)	12 / 3 Jahre	   	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 <ul style="list-style-type: none">▪ Unspezifischer bronchialen Provokationstests oder▪ Druckmessung der Lunge oder▪ Bestimmung der Lungendehnbarkeit	1 / 4Q Ausnahme: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum mögl. bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose. Dafür Ver- dachtsdiagnose und Infoziffer DAE dokumentieren 40,00 €
E5B	Diagnostikkomplex II <ul style="list-style-type: none">▪ Komplexe Blutgasdiagnostik	1 / 4Q Ausnahme: Erneute Abrechnung in diesem Zeitraum mögl. bei Verdacht auf wesentlich geänderte Diagnose. Dafür Ver- dachtsdiagnose und Infoziffer DAE dokumentieren 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 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			
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			

Abrechenbar
gemäß DMP-
Verträge AOK

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

AUFTAGSLEISTUNGEN

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 €

Hinweis: 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 €
	BG1	Beratungsgespräch Chronische Erkrankungen	20,00 €
4. Termin	---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

Neupatient mit akuten Beschwerden, Pneumonie - 1 Behandlungstermin im Quartal

P1	Grundpauschale	25,00 €	
P1UE*	Überweisung vom HZV-Hausarzt	10,00 €*	
---Q1---	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (rot-blau-grün)	4,00 €	
---Q5---	Strukturzuschlag Röntgen	1,00 €	
1. Termin	---Q6---	Strukturzuschlag Sonografie	1,00 €
	---Q7---	Strukturzuschlag Duplex-Sonografie	3,00 €
	---Q8---	Strukturzuschlag FeNO-Messung	3,00 €
	P2	Akute Erkrankung	13,00 €
	P3	Erst- und Akutdiagnostikpauschale	35,00 €
		Summe:	95,00 €

*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

QUALITÄTSINDIKATOREN

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



QUALITÄTSINDIKATOREN

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**



QUALITÄTSINDIKATOREN

DATENGRUNDLAGE UND BERECHNUNG

- 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-ImpfEmpfehlung): Jede Empfehlung muss mittels der Ziffer „IIE“ dokumentiert werden
- Die Zielerreichung wird entweder über den Vergleich mit Routinedaten oder über Quoten innerhalb des Vertrags ermittelt.
Beispiele:
 - Indikator 1: Erreichung einer hohen Quote im Basisjahr + Beibehalt oder Steigerung in den Folgejahren
 - Indikator 6: Niedrigere Hospitalisierungsrate bei eingeschriebenen Versicherten im Vgl. zur Routineversorgung



AGENDA

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

DATENÜBERMITTLUNG



Vertragssoftware

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

MEDIVERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Rechenzentrum

- Verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt



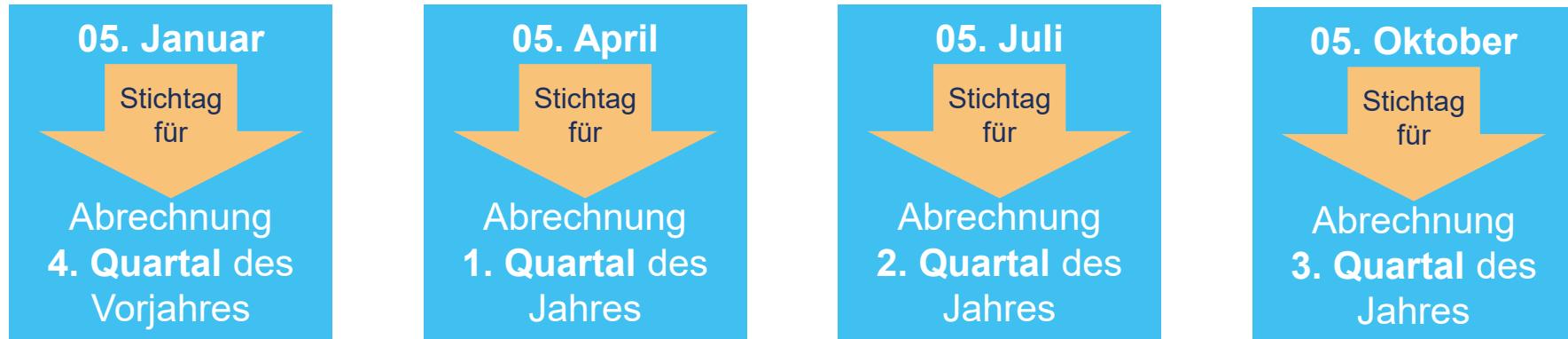
VERTRAGSSOFTWARE UND HZV ONLINE-KEY

- aktuelle Liste der Vertragssoftwarehersteller sowie Stand der Zertifizierung immer aktuell auf 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 beantragt werden

Weitere Informationen zur **Vertragssoftware** und zum **Online-Key**:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Pneumologie
→ Informationen zur Vertragssoftware und HZV-Online-Key



ABRECHNUNGSPROZESS



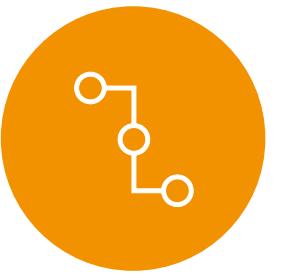
Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware

Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key

Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG

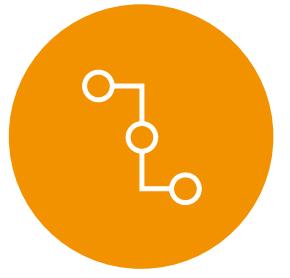
Prüfung durch MEDIVERBUND AG - Gegenprüfung durch Kasse

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



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.

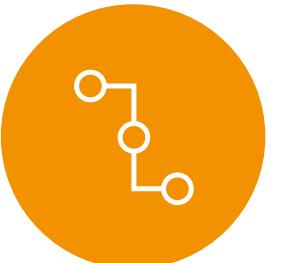


REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- 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.

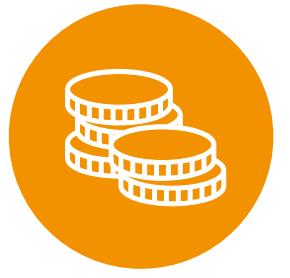


Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.



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



KOSTENÜBERSICHT

Einschreibepauschale

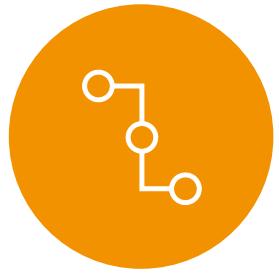
- einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
- Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums

Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar

- **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BdP BW e.V.
- **4,165 %** für Nichtmitglieder

IT-Kosten

- Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

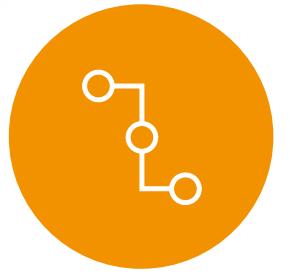


IT ANSCHUBFINANZIERUNG BOSCH BKK

- **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:

Beantragungsformular:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Pneumologie
→ Inhalte des Infopaketes → Formular zur Beantragung Bosch BKK Zuschuss



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.



BEREINIGUNG

REGELLEISTUNGSVOLUMEN (RLV) UND QUALITÄTSGBUNDENES ZUSATZVOLUMEN (QZV)

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 teilnehmenden Patienten (Fällen)
 - Ermittlung Bereinigungsfallwert je Fachgruppe durch KV
 - Ermittlung Bereinigungsfallzahl je Fachgruppe und Praxis
- Nachweis im KV-Honorarbescheid



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 **Bereinigungsvolume der Praxis**
 - (= Bereinigungsfallwert der Fachgruppe X Bereinigungsfallzahl Praxis)

3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen		Alles Gute.
		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 MGV	
3.	RLV und QZV Gesamtvolume laut Bescheid 1/2017	
3.1	RLV und QZV Gesamtvolume	
4.	RLV und QZV Gesamtvolume infolge Teilnahme Selektivverträge	Fallzahl
4.1	Besondere Versorgung § 73c SGB V	Fallwert
4.3	Bereinigungsvolume (4.1 + 4.2)	
4.4	RLV und QZV Gesamtvolume bereinigt (3. - 4.3)	
5.	Über-/Unterschreitung RLV und QZV Gesamtvolume	
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	

AGENDA

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

The screenshot illustrates the Medi-Verbund website's navigation and a specific service page for Pneumology.

Top Navigation: Home, Leistungen (highlighted with a red box), Über MEDI, ePA, Bundestagswahl 2025, Blog, Presse, Mein MEDI, Search icon.

Leistungen Submenu: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted with a red box), Fortbildungen & Veranstaltungen, MVZ, Versicherungen, Musterverträge, Famulatur & PJ, Shop für Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, Partner, specialiCED.

Call-to-Action: Jetzt MEDI-Mitglied werden (with a 'Mehr' button).

Content Area: AOK BW / Bosch BKK Pneumologie section. It includes three download links: Teilnahmeerklärung (AOK BW / Bosch BKK, Herunterladen), Abrechnungsunterlagen (AOK BW / Bosch BKK, Mehr erfahren), and Elektronische Arztvernetzung (AOK BW, Mehr erfahren). Below this is a list of expandable sections: Allgemeine Informationen und Formulare, Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen, and Anlagen zum Vertrag.

Bottom Left Callout: Pneumologie, AOK BW, with a 'Mehr' button.

Bottom Right Contact Information: Ansprechpartner: Hannah Wehrle (Telefon 0711 80 60 79 – 182), Kim Heilmann (Telefon 0711 80 60 79 – 279), E-Mail: vertraege@medi-verbund.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



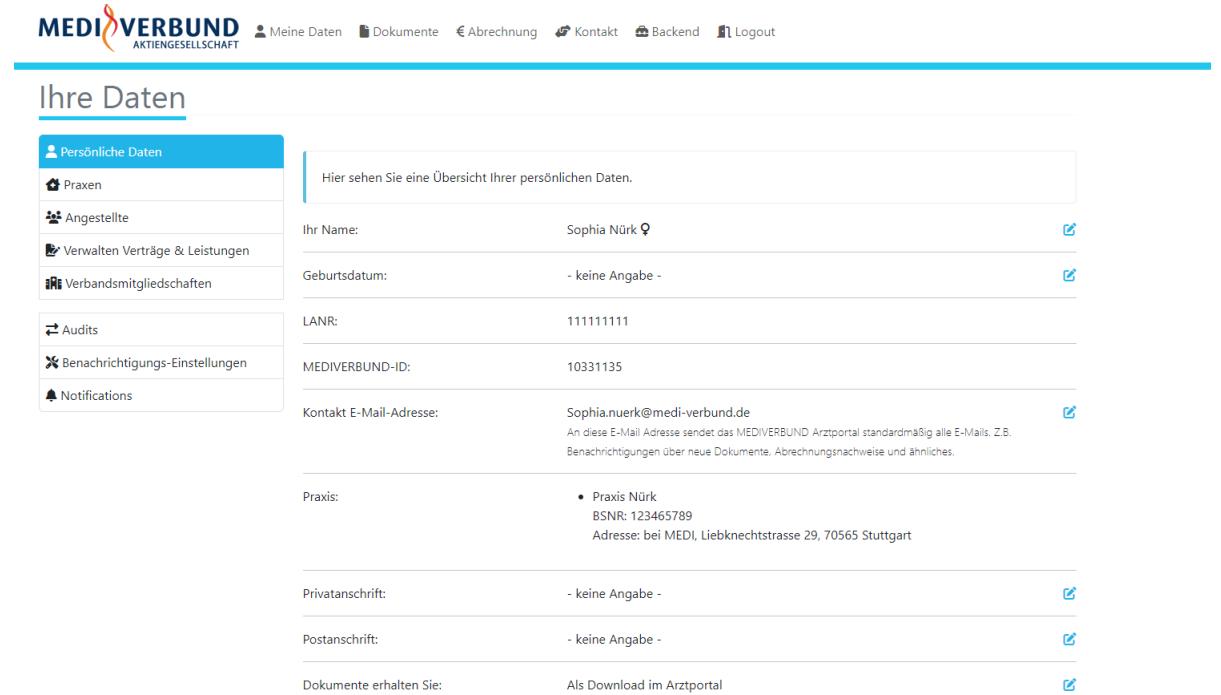
Login

MEDI-ID *

Passwort *

Anmelden zurück zu MEDI Arztportal

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



The screenshot shows the 'Ihre Daten' (Your Data) section of the MEDIVERBUND Arztportal. At the top, there is a navigation bar with links for 'Meine Daten', 'Dokumente', 'Abrechnung', 'Kontakt', 'Backend', and 'Logout'. Below the navigation, the title 'Ihre Daten' is displayed. A sidebar on the left lists categories: 'Persönliche Daten' (Praxen, Angestellte, Verwalten Verträge & Leistungen, Verbandsmitgliedschaften), 'Audits', 'Benachrichtigungs-Einstellungen', and 'Notifications'. The main content area displays the following data:

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 <small>An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.</small>
Praxis:	• Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart
Privatanschrift:	- 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 HVZ

AOK BW HVZ Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HVZ

BKK LV Süd

BKK LV Süd HVZ

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 Kardio 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

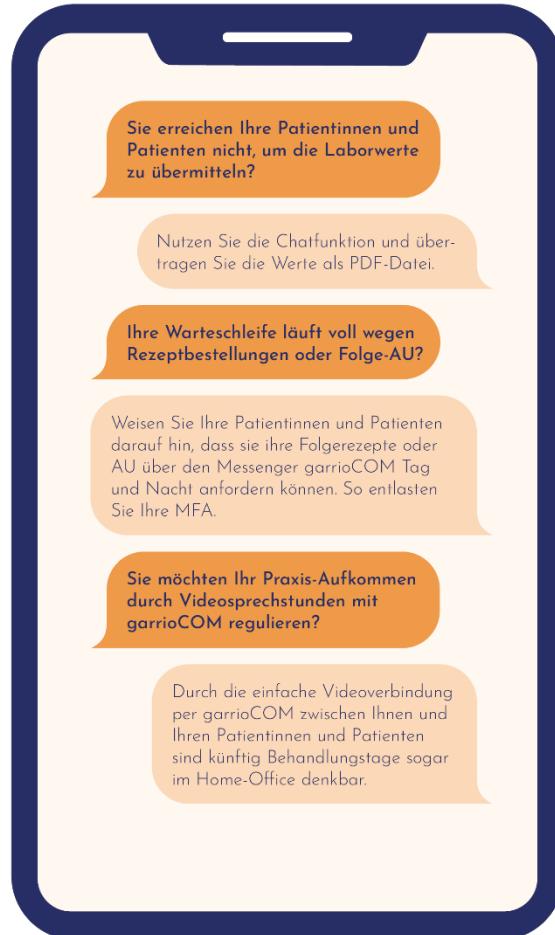
Leistung

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:

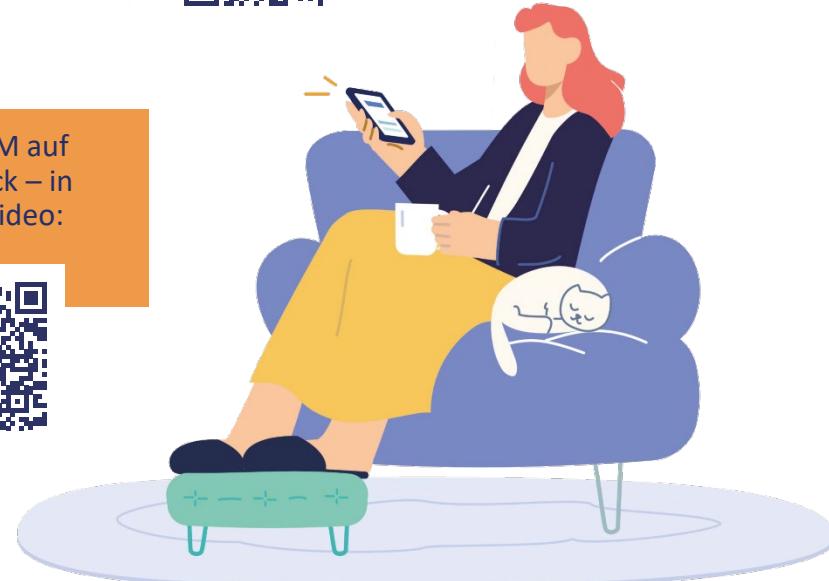
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



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



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



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



vertraege@medi-verbund.de

