

**ORTHOPÄDIE- UND RHEUMATOLOGIEVERTRAG
GEMÄß § 140A SGB V
VERTRAGSSCHULUNG RHEUMATOLOGIE**

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- Gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- Bis 22.07.2015 Möglichkeit des Abschlusses ergänzender Facharztverträge gemäß § 73c SGB V
- Ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V; bestehende § 73c-Verträge können weiter geführt werden
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b und 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

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
- Vollversorgungsvertrag mit spezieller Honorarsystematik
- Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt sowie anderen Fachärzten/Psychotherapeuten (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)
- Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK/ Patientenbegleitung Bosch BKK

→Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung
→Strukturierte Schnittstellen

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

- Durchschnittlich **höhere Vergütung** als bei der KV
- **Mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, z.B. durch Vergütung von Gesprächsleistungen
- **Keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung**
- **Wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
 - unbefristete Verträge
 - feste Vergütung

KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

- **Vertragsärzte**

Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie

- **Persönlich ermächtigte Ärzte**

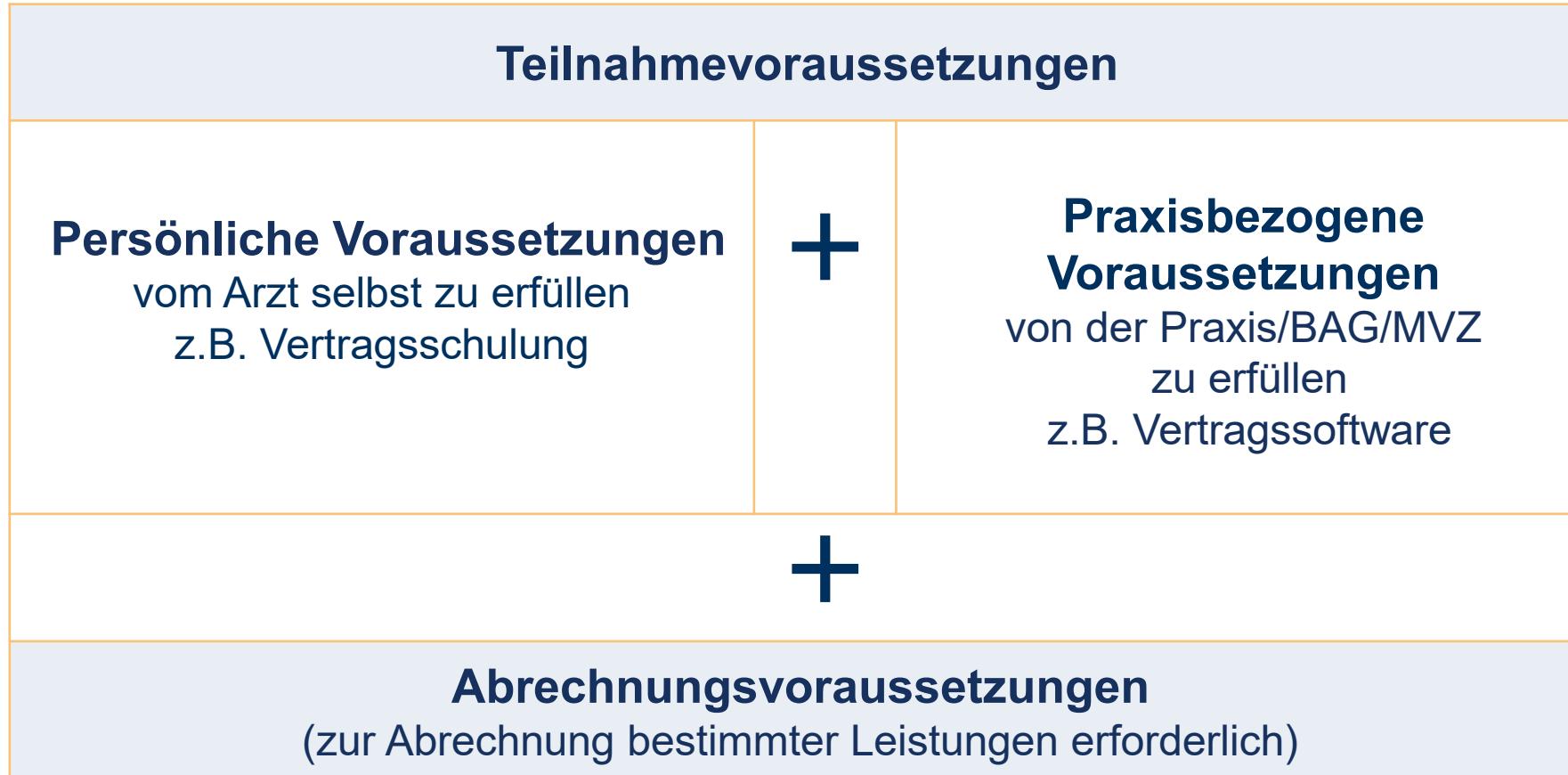
dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen

- **MVZ**

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

Hinweis: bei verschiedenen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen (auch bei angestellten Ärzten) in der Praxis/ BAG/ MVZ wird ein gleichzeitiger Teilnahmestart (selbes Quartal) empfohlen

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN



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)
[\(Nachweis: Selbstauskunft\)](#)
- Vertragsssoftware
[\(Nachweis: Bestätigungsformular Vertragsssoftware\)](#)
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung
[\(Nachweis: Bestätigungsformular HZV-Online-Key\)](#)

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN I

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

Qualitätszuschlag	Nachweis	
Sonografie	(KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung mit mind. 1 Ziffer aus 33040-43, 33050-52, 33060-64)	Vorhaltung des Geräts im Praxisgebäude erforderlich
Farb-Duplex-Sonografie	(Selbstauskunft: Apparative Voraussetzung zur Durchführung der Leistung Power-Doppler)	
Röntgen	(KV-Zulassung oder KV-Abrechnung mit mind. 1 Ziffer aus 34210, 34220-22, 34230-34, 34237-38, 34240-41, ff.)	Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe (auch Gerätegemeinschaft möglich)
Osteodensitometrie (DXA)	(Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)	

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN II

Zur Abrechnung der Einzelleistung RE1 erforderlich:

Leistung	Nachweis
Patientenschulung StruPI	Selbstauskunft des erfolgreichen Abschluss eines Seminars zur Strukturierten Patientenschulung durch die rheumatologische Fortbildungsakademie

10 SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

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



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) für eingeschriebene berufstätige Versicherte
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vereinbartem Termin auf möglichst 30 Minuten

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

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 und Qualitätszirkel

- Teilnahme an vertragsspezifischen Fortbildungen: Mind. **1 zertifizierte Fortbildung pro Jahr** mit insgesamt mind. 8 CME-Punkten zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Rheumatologiemoduls
- Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (gemäß § 5 Abs. 3): Mind. **1 Qualitätszirkel je Halbjahr** – zu unterschiedlichen vertragsspezifischen Themen

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

- Schnelle und flexible Terminvergabe; begrenzte Wartezeit
- Enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten
- Zeit für individuelle Beratung unter Berücksichtigung von Lebensgewohnheiten und sozialem Umfeld
- Einbezug besonderer Versorgungsangebote der AOK/Bosch BKK
- Strukturierte Patientenschulung (Selbsthilfe und Alltagsgestaltung)
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Rheumatologie →
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 DER AOK / BOSCH BKK

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

TEILNAHMESTATUSPRÜFUNG

Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am Haus- bzw. FacharztProgramm ermittelt.

→ Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

HZV-Teilnahmestatus	FAV-Teilnahmestatus
<p>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</p> <p> Keine Einschreibung möglich</p>	<p>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</p> <p> Einschreibung ins Facharztprogramm möglich</p>

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG



Versicherten informieren und Merkblatt aushändigen



Teilnahme in der Vertragssoftware beantragen und Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)



beide Exemplare unterzeichnen (Arzt und Versicherter)



Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware übermitteln und den aufgedruckten vierstelligen Code eingeben

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

VERSICHERTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-
individueller
vierstelliger
Code

Unterschriften-
felder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM
AOK FACHARZTPROGRAMM

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

73c K

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mit einem Merkblatt ausgestattet wurde, um dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, trübeleane mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahrs (12 Monate) ohne Angabe von Gründen die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (z. B. Kar- diologie) gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch (Überweisung) zu nehmen. Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Arzten von anderen Gymnastik- und Augenärzten sowie von ärztlichen Fach- und Jugendärzten. Des Weiteren ist die Direktanamnese von Kindern und Jugendlichen 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 Versicherungsschutzes 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 Nichtehaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertraglich vereinbarte Vermögensentstehung entstehen, barhaft gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- Ich darf die Teilnahme rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werden (d. R. beginnt im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt auscheidet, verleihe ich für das laufende Quartal ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich darf die Teilnahme zu einem Zeitraum innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widrufen kann, in besonderen Häufetagen (z. B. Wegzug ja möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausärztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen).
- Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Dateneinhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versicherterbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, bzw. meiner Kontaktinformationen erleihe.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arzstempel und Unterschrift des Arztes

Arzstempel und Unterschrift des Betreuers

Arzstempel und Unterschrift des Arztes

Eintrag für den Patienten

Unterschriftenfelder

TE-Code

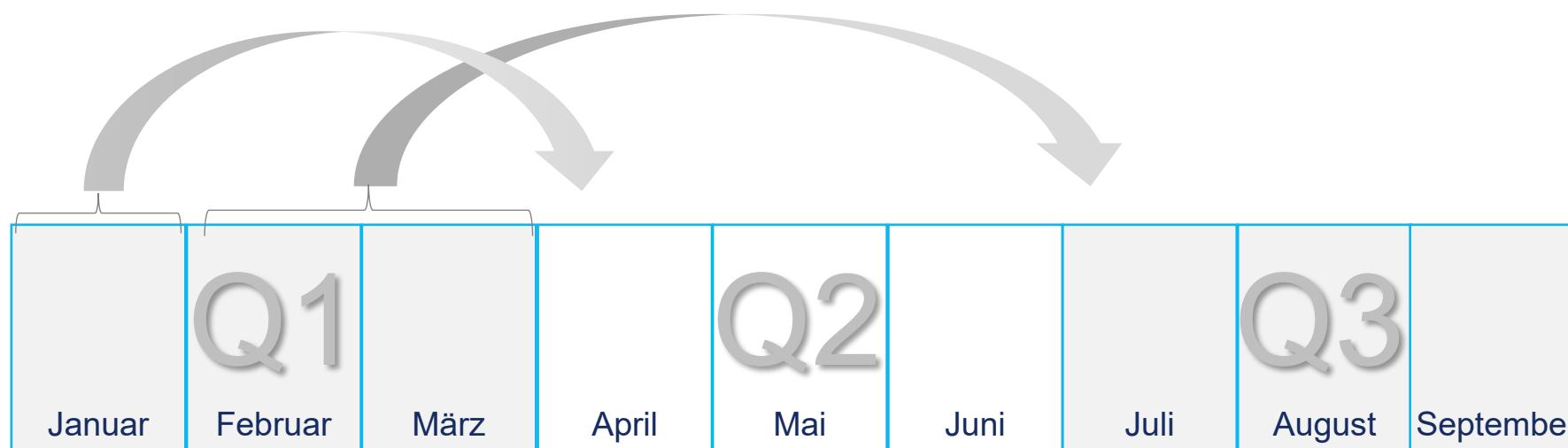
Arztsignatur

Unterschriftenfelder

FRIST BIS ZUR AKTIVEN TEILNAHME

je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) wird der Versicherte zum nächsten oder übernächsten Quartal aktiver Teilnehmer am FacharztProgramm:

- Eingang der TE bis zum Stichtag → im Folgequartal aktiv
- Eingang der TE nach dem Stichtag → im übernächsten Quartal aktiv



AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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 muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- 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)

Sind die Voraussetzungen zur SANE erfüllt, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bsp: **Einschreibung 15.03.**

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

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

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

PRAXISABLAUF

Online-Teilnahmestatusprüfung

kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP

Patient unterzeichnet
Teilnahmeerklärung?

nein

ja

Keine erneute
Einschreibung erforderlich

Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch
KV-Abrechnung möglich)

Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

**4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)**

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

WICHTIGE DOKUMENTE ZUR ABRECHNUNG

▪ **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12a Anhang 1)
legt den Leistungsumfang des Vertrags fest

▪ **ICD-Listen** (Anlage 12a Anhang 2a-c)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen

▪ **Honoraranlage** (Anlage 12a Abschnitt I)
enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

alle Dokumente finden Sie unter:
www.medi-verbund.de

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK) (ANLAGE 12A, ANHANG 1)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **Aufgelistete EBM-Ziffern aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: Für teilnehmende Versicherte nicht über KV abrechenbar**
- Nicht aufgelistete EBM-Ziffern: Für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

GOP	Beschreibung	EBM-Grunddaten		HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
		Änderungs-datum	Änderungs-vermerk		Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauflauf möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauflauf möglich		obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I			obligatorisch, Klarstellung: als Einzelleistung Unzeit 1 oder 2 nur zu entsprechenden Zeiten abrechenbar (vgl. 01100).	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch

LABORLEISTUNGEN UND GZK

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet
- Pseudo-GOP **88192** zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen

ICD-LISTEN (ANLAGE 12A ANHANG 2A-C)

- Anlage 12a Anhang 2a - **Grunderkrankungen**
- Anlage 12a Anhang 2b - **Multimorbidität und Polypharmazie**
- Anlage 12a Anhang 2c - **Schwangerschaft**

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2a zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung	
ICD-Kode	ICD-Klartext
D68.6	Sonstige Thrombophilien
D69.0	Purpura anaphylactoides
D86.0	Sarkoidose der Lunge
D86.1	Sarkoidose der Lymphknoten
D86.2	Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten
D86.3	Sarkoidose der Haut
D86.8	Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen
D86.9	Sarkoidose, nicht näher bezeichnet
D89.8	Sonstige näher bezeichnete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert
E05.0	Nichtrheumatische hereditäre Autoimmunerkrankungen

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2b zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie	
ICD-Kode	ICD-Klartext
B18.0	B18.0 Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus
B18.1	B18.1 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus
B18.2	B18.2 Chronische Virushepatitis C
B18.8	B18.8 Sonstige chronische Virushepatitis
B18.9	B18.9 Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet
C18.0	C18.0 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Zäkum
C18.1	C18.1 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Appendix veriformis
C18.2	C18.2 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon ascendens

Vertrag vom 22.07.2013 i. d. F. vom 01.01.2018
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie / Rheumatologie

Anhang 2c zu Anlage 12a

Internistische Rheumatologie - Schwangerschaft	
ICD-Kode	ICD-Klartext
Z34	Überwachung einer normalen Schwangerschaft
Z35.8	Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften
O09.0!	Schwangerschaftsdauer: Weniger als 5 vollendete Wochen
O09.1!	Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen
O09.2!	Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen
O09.3!	Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen
O09.4!	Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen
O09.5!	Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen
O09.6!	Schwangerschaftsdauer: 37. Woche bis 40 vollendete Wochen
O09.7!	Schwangerschaftsdauer: 41. Woche bis 44 vollendete Wochen
O09.8!	Schwangerschaftsdauer: 45. Woche bis 48 vollendete Wochen
O09.9!	Schwangerschaftsdauer: 49. Woche bis 52 vollendete Wochen

HONORARANLAGE (ANLAGE 12A ABSCHNITT I)

➤ enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE			
Vergü- tungs- position	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
<p>1. Pauschalen</p> <p>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>			
	<p>Hausarztebene</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN. ▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen. 		

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK

Grundpauschalen

oder

Vertretungspauschale



Qualitätszuschläge



Zuschlagspauschalen



Einzelleistungen

LEGENDE

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

Abrechnungshäufigkeit

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

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

ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten.

- **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
- **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

GRUNDPAUSCHALEN + ZUSCHLÄGE

RP1 Abklärung rheumatische Erkrankung (**V oder A**) 1/Q  20,00 €

RP2 Gesicherte rheumatologische Diagnose (**G**) 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung  30,00 €

RP3 Verlauf / Monitoring bei gesicherter Diagnose (**G**) 1/Q    30,00 €

RP1UE Überweisung vom HZV-Hausarzt 1/Q   10,00* €

additiv zu RP1, RP2 oder RP3

RP1A Aufwandszuschlag auf RP1 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung 20,00 €

oder

RV1 Vertretungspauschale Erstkontakt muss persönlich sein 1/Q   12,50 €

*Bosch BKK: 5,00 €

QUALITÄTSZUSCHLÄGE

Zuschläge auf RP1 oder RP2 oder RP3

+ RQ1 Sonografie	  1,00 €
+ RQ2 Röntgen	  3,00 €
+ RQ4 Power-Doppler	  3,00 €
+ RQ5 Rationale Pharmakotherapie	 4,00 €

Zuschläge auf RP2 oder RP3

+ RQ3 Osteodensitometrie (DXA)	  4,00 €
+ RQ6 EFA®	  10,00 €*

*Bosch BKK: 5,00 €

PHARMAQUOTEN

Im Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND berechnet und bei Erreichen der 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.

ZUSCHLAGSPAUSCHALEN

RBG Beratungsgespräch 1 Einheit = 10 Min.	2/Q	 	20,00 €
RBGI Beratungsgespräch Schwangere 1 Einheit = 10 Min. (Diagnosen: gem. Anlage 12a Anhang 2c)	2/4Q	  	18,00 €
RMM Multimorbidität (≥ 3 Diagnosen: mind. 1 gem. Anhang 2a und 2 gem. Anhang 2b)	1/Q	  	10,00 €
RMTX MTX Frühbehandlung/Verordnungsprüfung	1/Q	 	10,00 €

EINZELLEISTUNGEN

RE1 Patientenschulung StruPI

(1x pro Arzt-Patienten-Beziehung, max. 3 Einheiten á 90min,
Gruppengröße 6-10 Personen)



25,00 €

RE2A Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 2 Std.

53,00 €

RE2B Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 4 Std.

101,00 €

RE2C Amb. praxisklinische Betreuung und Nachsorge > 6 Std.

148,00 €

HÄUFIGE FRAGEN ZUR ABRECHNUNG

➤ BAG und MVZ

- kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
- keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können
- RP1 ist innerhalb einer BAG (HBSNR) parallel zu P1 aus einem anderen § 73c-/ § 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/FA vorliegt

➤ IGeL

- Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen **nicht zusätzlich** privat liquidiert werden (z. B. DXA). Darüber hinausgehende Leistungen müssen individuell mit dem Patienten vereinbart werden (IGEL-Vertrag).
- eine möglichst evidenzbasierte Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken solcher Verfahren ist bei teilnehmenden Patienten vorzunehmen

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

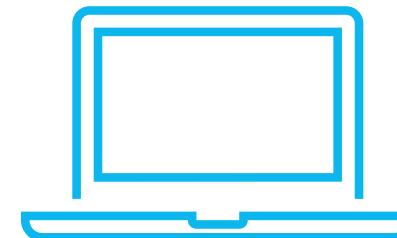
aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

ABRECHNUNGSPROZESS



ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

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



REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen 73c/140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

AUSZAHLUNGSPROZESS

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Abrechnungsfall
- 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)
- **Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar**
 - **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BDRh e.V, Rheumaexperten BW eG
 - **4,165 %** für Nichtmitglieder
- **Kosten IT:**
 - Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

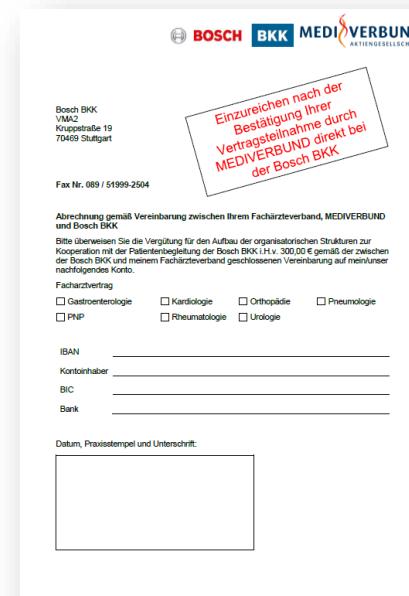
IT-ANSCHUBFINANZIERUNG DER BOSCH BKK

300,00 €

erhalten Sie auf Beantragung von der Bosch BKK

200,00 €

erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des
ersten Bosch BKK Versicherten von der
MEDIVERBUND AG erstattet



Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss:
www.medi-verbund.de → Leistungen →
 Verträge&Abrechnung
 → Rheumatologie

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

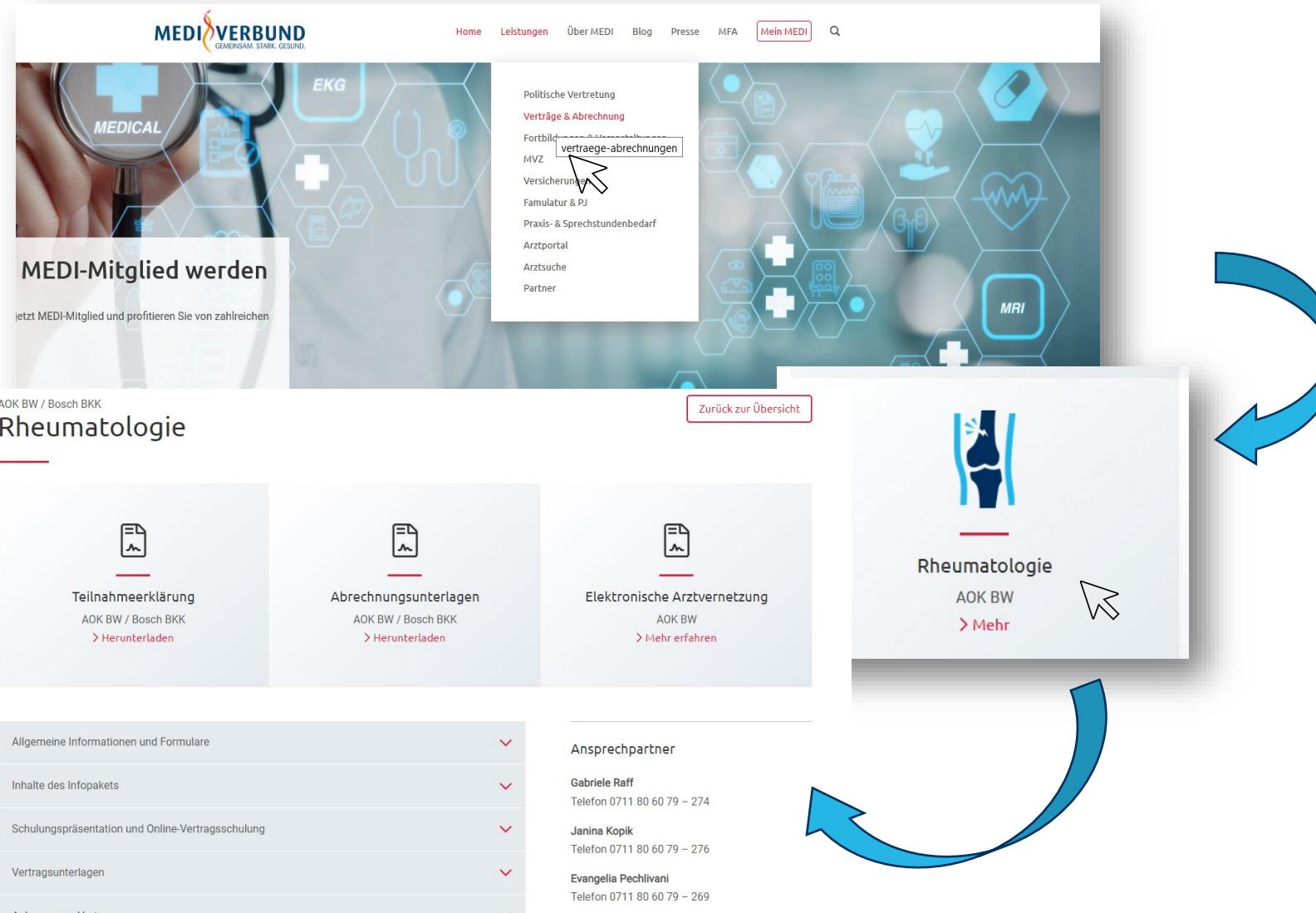
3 Teilnahme der Versicherten

7 Internetauftritt

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

www.medi-verbund.de



The screenshot shows the Medi-Verbund website with a focus on the Rheumatology section. The top navigation bar includes links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, Mein MEDI, and a search icon. A dropdown menu under 'Mein MEDI' is open, showing options like 'Politische Vertretung', 'Verträge & Abrechnung', 'Fortbildung', 'MVZ', 'Versicherungen', 'Famulatur & PJ', 'Praxis- & Sprechstundenbedarf', 'Arztportal', 'Arztsuche', and 'Partner'. The main content area features a large image of a stethoscope and medical icons, with a call-to-action button 'jetzt MEDI-Mitglied werden'. Below this, the 'Rheumatologie' section is displayed, featuring three download links: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arzvernetzung', each with a 'Herunterladen' button. A sidebar on the left lists 'Allgemeine Informationen und Formulare', 'Inhalte des Infopakets', 'Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung', 'Vertragsunterlagen', and 'Anleitungen zum Vertragen'. The 'Ansprechpartner' section lists three names: Gabriele Raff, Janina Kopik, and Evangelia Pechlivanis, each with a telephone number. The 'Rheumatologie' section also includes a 'Mehr' button.

www.medi-arztportal.de

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

Anmelden

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

MEDIVERBUND-ID

Passwort

An mich erinnern

Anmelden Passwort vergessen?

MEINE DATEN

Persönliche Daten

Ihr Name:

LANR:

MEDIVERBUND-ID:

E-Mail:

Mobilfunknummer:

Erhalt des Sicherheitscodes für den Login:

Über neue Dokumente informieren wir Sie per:

DOKUMENTE

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID	Abrechnung	08.11.2016	<input checked="" type="checkbox"/>	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID	Abrechnung	07.11.2016	<input checked="" type="checkbox"/>	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID	Abrechnung	07.11.2016	<input checked="" type="checkbox"/>	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Bosch BKK PNP	28.10.2016	<input checked="" type="checkbox"/>	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Abrechnung	27.10.2016	<input checked="" type="checkbox"/>	Download
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	<input checked="" type="checkbox"/>	Download

www.medi-arztsuche.de

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



The screenshot displays the Medi-Verbund Arztsuche website interface. At the top, a banner features a group of medical professionals (doctors and nurses) and the text: "Herzlich Willkommen auf der MEDI-VERBUND Arztsuche! Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen."

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

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
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

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.

www.medi-arztsuche.de

HAUSÄRZTE

— AOK Baden-Württemberg

- Hausarztvertrag
- Kinderärzte

+ Bosch BKK

+ BKK Baden-Württemberg

AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

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. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

5 km

FACHÄRZTE

— AOK Baden-Württemberg

- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie

+ Bosch BKK

+ BKK VAG

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Rheumatologie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Radius (km)

5 km

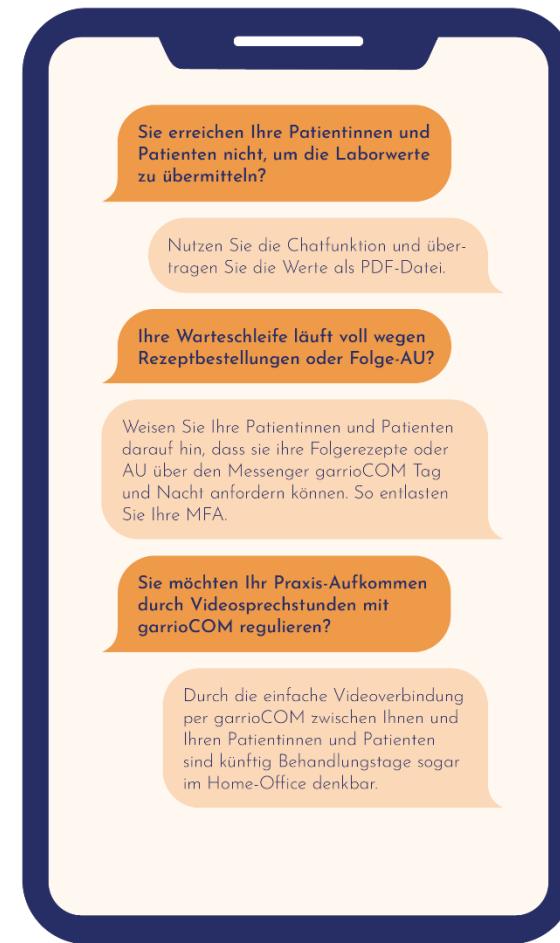
Leistungen

Suchen

garrioCOM

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



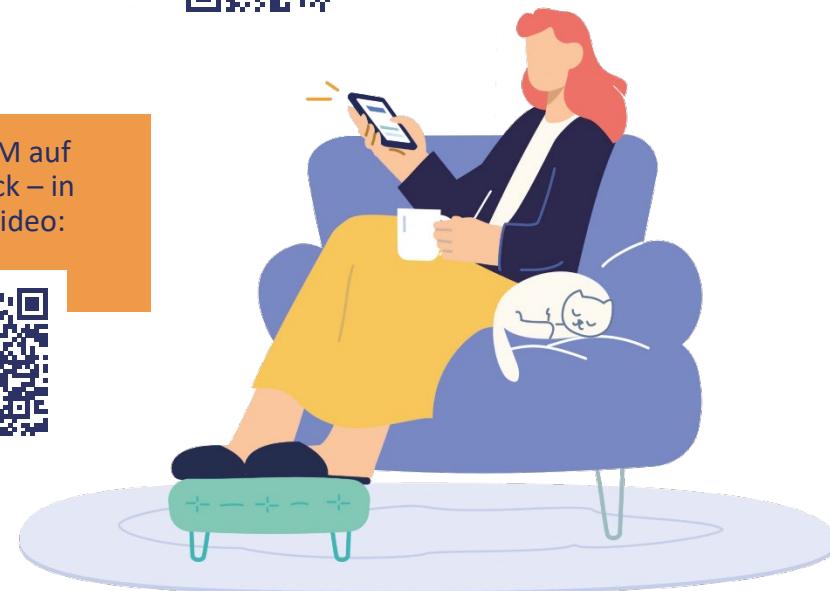
Bestellen Sie garrioCOM unter

www.garrio.de/bestellung

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



garrioCOM auf
einen Blick – in
diesem Video:



MEDI-Blog



Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
medi-verbund.de/blog/

MEDI-Newsletter



Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
medi-verbund.de/newsletter/



Facebook

facebook.com/mediverbund



LinkedIn

linkedin.com/company/mediverbund/

YouTube



Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!
medi-verbund.de/youtube

www.medi-verbund.de

