



Urologievertrag nach § 140a SGB V

Abrechnungsschulung

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

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

- 👍 reguläre Termine innerhalb von 14 Tagen; in dringenden Fällen Termin beim Facharzt innerhalb eines Tages nach Anmeldung durch den Hausarzt, in dringenden psychotherapeutischen Fällen innerhalb von 3 Tagen
- 👍 werktätliches Sprechstundenangebot
- 👍 Möglichkeit eines Abendtermins bis 20.00 Uhr für Berufstätige
- 👍 Begrenzung der Wartezeit auf max. 30 min. bei vorheriger Anmeldung
- 👍 Behandlungskordinierung mit dem Hausarzt
- 👍 intensive ambulante Betreuung
- 👍 breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- 👍 Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

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

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie





Basis: HZV-Vertrag

Teilnahmestatusprüfung




der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. Facharztprogramm wird über eine Online-Teilnahmestatusprüfung in der Software ermittelt.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

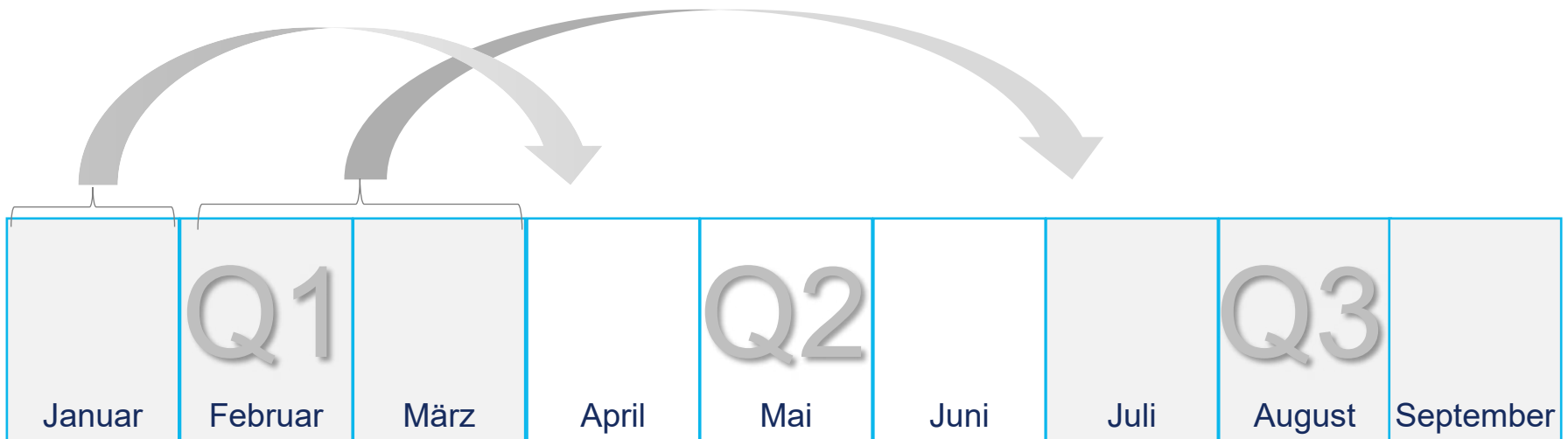
Online-Versicherteneinschreibung

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

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

Einschreibefristen

- je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben
 - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag
→Versicherter im Folgequartal aktiv
 - Online-Übermittlung der Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag
→Versicherter im übernächsten Quartal aktiv



Agenda

1. Teilnahme der Versicherten
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsprozess und Abrechnungsbrief
5. Pharmaquoten
6. 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:

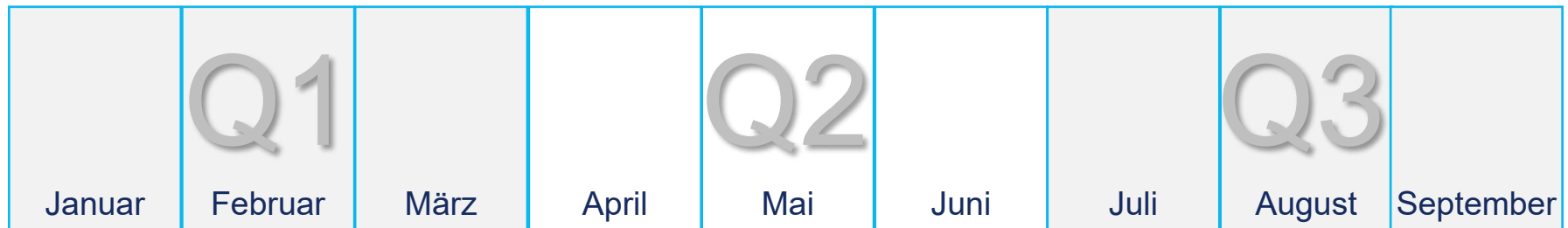
- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über KV

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

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

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

Ablehnung von SANE-Fällen



➤ abgelehnte SANE-Fälle sind in der Datenempfangsbestätigung oder im SANE-Ablehnungsschreiben aufgeführt. Mögliche Gründe:

- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

Vers.Nr.	Datum	Patient	Hinweis
			Patient zu oft über Sofortabrechnung abgerechnet

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

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

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

Online-Teilnahmestatusprüfung

Kein Teilnehmer am
Hausarztprogramm

aktiver Teilnehmer am
Hausarztprogramm

aktiver Teilnehmer am
Facharztprogramm

Patient unterzeichnet
Teilnahmeerklärung?

Keine erneute
Einschreibung erforderlich

nein

ja

Sofortabrechnung im Facharztvertrag

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

Abrechnung über KV


Abrechnung im Facharztvertrag

Agenda

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

Dokumente für die Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)
Legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Liste** (Anlage 12 Anhang 2)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12 Abschnitt I)
Enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

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

Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

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

Gesamtziffernkranz AOK Baden-Württemberg

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
26312	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26313	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26315	Onkologiepauschalen Uro	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
26316	Zuschlag zu den GOPs 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26317	Zuschlag zu GOP 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26320	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
26321	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26322	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

§ 73c-Leistung

Diese Leistungen sind durch einen anderen Facharztvertrag in den GZK eingegliedert aber bei Erbringung der Leistung **mit den Abrechnungsziffern** Ihres vorliegenden Vertrages **abgegolten.**

HZV-Leistung

Zur Abstimmung bzgl. Erbringung (auch durch den Hausarzt) dieser Leistung ist die Absprache mit dem **HAUSARZT** erforderlich. Bei Abrechnung durch den **FACHARZT** ist die Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten.

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

Tipp: Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

Hinweis zum Wirtschaftlichkeitsbonus

Ärzte können bei wirtschaftlicher Veranlassung und Erbringung von Laborleistungen einen Wirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erhalten.

Bei der Berechnung werden auch selektivvertragliche Fälle berücksichtigt. Voraussetzung hierfür ist, dass diese Fälle als Pseudofall in Ihrer KV-Abrechnung erscheinen.

- Für jeden Selektiv-Patienten sollten Sie daher einen sogenannten Pseudofall im KV-System anlegen und mit der Kennziffer **88192** versehen

ICD-Liste (Auszug)

ICD_Code	ICD_Text	BG1a & BG1b	BG2	BG3	BG4	BG5	BGU	ESWL	P2a1	P2a2-4	P2b	P3	Prostata Biopsie	Onko 1-4	Neurogene Blasenstörung i.V.m. Botoxinjektion
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	G									V ⁶		V ⁶	G	
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden		G									V ⁶		G	
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden		G									V ⁶		G	
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G	
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]		G									V ⁶		G	
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang		G									V ⁶		G	
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum		G									V ⁶		G	
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane		G									V ⁶		G	

Honoraranlage

Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

UROLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
Grundpauschale P1	Einführung Versorgungsinhalte (Begründungen auch in Anlage 17, Umsetzung in Anhängen zu Anlage 17) Ziel der hier dargestellten Versorgungsinhalte ist es, die Versorgung zu verbessern und die Qualitätsanforderungen auf Überschriftenebene zu beschreiben für ein allgemeines Verständnis. Neben der Grundversorgung (I) werden Versorgungsthemenblöcke (II) aufgeführt, die	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Ausnahme:	25,00 €

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

Ambulantes Operieren, Anlage 12 Anhang 4

enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien und postoperativen Überwachungen

Ambulantes Operieren Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	99,60 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	162,60 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	232,20 €








oder

Auftragsleistungen

Legende

Symbole

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

Abrechnungshäufigkeit

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

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

Neudefinition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

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

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



















FBE Fernbehandlung

1x pro Quartal



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






Grundpauschalen + deren Zuschläge

P1 Grundpauschale	1 / Q	 	25,00 €
+ P1a* Überweisung vom HZV-Hausarzt	1 / Q	 	10,00 €
+ Q1 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			max. 4,00 €
+ Q2 Zuschlag abdominelle Sonographie		 	3,00 €
+ Q3 Zuschlag Duplexsonographie		 	1,00 €
+ Q4a Zuschlag analoges Röntgen <u>oder</u>		 	1,00 €
+ Q4b Zuschlag digitales Röntgen		 	2,50 €
+ Q5 Zuschlag psychosomatische Grundversorgung			2,00 €
+ Q7 Zuschlag PSA		 	2,00 €
<u>oder</u> V1 Vertreterpauschale	1 / Q	 	12,50 €

* Bosch BKK: 5,00 €

Fernbehandlung möglich sofern
Erstkontakt persönlich erfolgt ist

Zusatzpauschalen

P2a1	Vorsorge im gesetzlichen Umfang	1 / 4Q	 	21,00 €
P2a2-4	Vorsorge inkl. PSA	1 / 4Q		21,00 €
→ a2	<i>wenn PSA < 1 ng/ml</i>			
→ a3	<i>wenn PSA 1-2 ng/ml</i>			
→ a4	<i>wenn PSA > 2 ng/ml</i>			
P2b	Verdacht auf PCa	1 / 4Q		21,00 €
P3	Verdacht auf sonst. Karzinome/Tumore	1 / 4Q		20,00 €

*Ziffern am Behandlungsdatum ansetzen!
P2a2-4 ggf. rückdatieren, wenn Laborwert erst
später vorliegt.*
















➤ **Präventive PSA-Bestimmung** (i. R. der Vorsorge):

- Die PSA-Bestimmung i.R. der Vorsorge ist für Patienten im Facharztprogramm ein Vertragsbestandteil und damit nicht als IGeL abrechenbar.
- Praxen mit Eigenlabor erhalten automatisch den Zuschlag Q7 (PSA-Strukturzuschlag) auf jede abgerechnete P1 (Voraussetzung: Gerätenachweis liegt vor).
- Praxen ohne Eigenlabor kennzeichnen die Laboranforderung als Selektivvertragsfall, erhalten vom Labor eine Rechnung über die PSA-Bestimmung und rechnen als Ausgleich die Ziffer E10 pro präventiver PSA-Bestimmung ab.

➤ **Kurative PSA-Bestimmung** (z.B. i. R. der Nachsorge oder bei Verdachtsdiagnose)

- Kurative PSA-Bestimmungen können weiterhin über die KV (EBM 32351) abgerechnet werden bzw. über Muster 10 beim Labor angefordert werden

Beratungsgespräche und gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF)

BG1a/b	Onkologie (PCa)		6 / 4Q	  	17,00 €
→ a	Gleason-Score ≤6	<i>Behandlungsdatum!</i>			
→ b	Gleason-Score >6				
BG2	Onkologie (Karzinome, C-Diagnosen „böartige Neubildung“)		4 / 4Q	  	17,00 €
BG3	Onkologie (Tumore, D-Diagnosen Urogenitaltrakt)		2 / 4Q	  	17,00 €
BG4	benigne Erkrankungen I		4* / 4Q	  	17,00 €
BG5	benigne Erkrankungen II		2* / 4Q	  	17,00 €

*10 Minuten pro Tag abrechenbar

bei metastasierenden Karzinomen nach Ausschöpfung von BG1a/b bzw. BG2 zusätzlich abrechenbar

+ BGU	unheilbare Krebserkrankung (C-Diagnosen „sekundäre böartige Neubildung“)		5 / 4Q	  	17,00 €
+ Q6**	Strukturzuschlag EFA®		1 / Q	 	10,00 €

Zuschlag auf BG1 bis BG4 bzw. BGU

** Bosch BKK: 5,00 €

Beratungsgespräche und gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) Kinderurologie

Bei Kindern im Alter von 5 bis 17 immer BG4KU statt BG4 abrechnen

BG4KU	Benigne Erkrankungen I	4* / 4Q	  	17,00 €
BG5KU	Benigne Erkrankungen II	2* / 4Q	  	17,00 €

*10 Minuten pro Tag abrechenbar

Bei Kindern im Alter von 0 bis 12 immer BG5KU statt BG5 abrechnen

Regelungen zu Beratungsgesprächen

- Eine Gesprächseinheit (= 1 BG) entspricht mind. 10 Minuten, bspw.:
 - Gesprächszeit 11 Minuten = 1 BG
 - Gesprächszeit 21 Minuten = 2 BG
- Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) kann bei Vorliegen von mehreren Diagnosen, die jeweils ein eigenes Beratungsgespräch rechtfertigen (BG 1-5), maximal die Höchstminutenzahl des in der Hierarchie höher bewerteten Beratungsgesprächs abgerechnet werden
 - Beispiel: liegen bei einem Patienten gleichzeitig passende Diagnosen für BG1 und BG3 vor, dürfen in 4 Quartalen insgesamt maximal **6** BG1 und BG3 abgerechnet werden

Einzelleistungen I

Hausbesuch

E1a	Besuchszuschlag außerhalb der Praxis	15,00 €
------------	--------------------------------------	---------








Katheter

E1b	Wechsel suprapubischer und Legen / Wechsel transurethraler Katheter außerhalb der Praxis	35,00 €
------------	--	---------

E1c	Legen suprapubischer Katheter	25,00 €
------------	-------------------------------	---------

E1b bzw. E1c sind auch zusätzlich zu E1a abrechenbar

Einzelleistungen II




E2*	Stanzbiopsie der Prostata	inkl. Sachkosten		120,00 €
E3	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae	inkl. Sachkosten	 	260,00 €
E4I	ESWL – linke Seite**	 	1. Versuch	650,00 €
E4r	ESWL – rechte Seite**		2. Versuch	300,00 €
			3. Versuch	250,00 €
E5	Urethro(-zysto)skopie der Frau			60,00 €
E6	Urethro(-zysto)skopie des Mannes			90,00 €

* Abrechnung ambulantes Operieren (EBM Kapitel VI Anhang 2) unter Angabe des entsprechenden OPS-Codes möglich

** z.T. ist bei der Diagnose die Angabe der Seitenlokalisierung erforderlich











Einzelleistungen III

Praxisklinische Betreuung und Nachsorge

E7a	2 Stunden (additiv zu <i>Onko 3</i>)		53,00 €
E7b	4 Stunden (additiv zu <i>Onko 3</i>)		101,00 €
E7c	6 Stunden (additiv zu <i>Onko 3</i>)		148,00 €
E7d	1 Stunde (additiv zu <i>ESWL und Prostatastanzbiopsie</i>)		20,00 €
E8	Urodynamik	inkl. Sachkosten 	145,00 €
E9	Ambulantes Operieren		s. Anhang 4 zu Anlage 12
E10	PSA-Wertbestimmung	für Praxen <u>ohne</u> Eigenlabor	4,80 €
E11	postoperative Behandlung nach belegärztlicher OP		21,00 €
E12	Therapeutische Proktoskopie	 	18,50 €

Einzelleistungen IV

Onkologievereinbarung

Onko 1	Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86512)	 	31,27 €
Onko 2	Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	 	32,50 €
Onko 3	Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86516)	 	210,37 €
Onko 4	Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	210,37 €
Onko 5	Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86520), umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz	 	105,20 €

Ambulantes Operieren (Anhang 4 zu Anlage 12)

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2018
AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Ambulantes Operieren Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	99,60 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	162,60 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	232,20 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	52,40 €
Visceralchirurgie		
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM	251,40 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM	327,60 €
31158	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155	57,40 €
Urologische Eingriffe		
31271	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	117,86 €
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	193,00 €
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	280,13 €
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	377,65 €
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	502,29 €

Vergütungsanpassung 5%
 über EBM Vergütung des Jahres 2023
 ab 01.01.2024

Ambulantes Operieren (Anhang 4 zu Anlage 12) Neue Ziffern ab 01.01.2024

Zuschlag zur Förderung ambulanter Operationen

31451 Zuschlag I	+	26,91 €
31452 Zuschlag II	+	31,73 €
31453 Zuschlag III	+	43,44 €
31454 Zuschlag IV	+	97,73 €
31455 Zuschlag V	+	115,95 €
31456 Zuschlag VI	+	159,63 €

Postoperative Überwachung

AOP26 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung, je vollendete 30 Minuten (entspricht EBM 31530)	9,29 €
--	--------









- Urologisch relevante Operationen (darüber hinaus im GZK enthaltene GOP sind im Orthopädie- / Chirurgievertrag berücksichtigt)
- Abrechnungsziffern finden Sie im Anhang 4 zu Anlage 12
- **Sachkosten** ebenfalls über Vertrag abzurechnen
- jeweils **OP-Schlüssel** aus Anhang 2 zum EBM notwendig
- **Ziffern** zum ambulanten Operieren nur **1 x pro Tag** abrechenbar
Ausnahmen:
 - Simultaneingriff: abrechenbar je 15 Minuten
 - AOP26 (entspricht 31530): Zuschlag zu GOP 31501 bis 310507 bei sich anschließender Nachbeobachtung, abrechenbar je vollendete 30 Minuten
- Anästhesien, postoperative Überwachung und postoperative Behandlung über AOP-Ziffern abrechenbar

- Die Abrechnung tatsächlich entstandener **Sachkosten** bei Operationen erfolgt **analog der KV-Produktgruppenliste** in den entsprechenden Freitextfeldern der Vertragssoftware:
 - exakter Euro-Betrag im Feld „**Sach-und Materialkosten**“
 - Produktname im Feld „**Sachkostenbezeichnung**“
 - Produktgruppennummer (analog KV) im Feld „**freier Begründungstext**“

- **Wichtig:** i.V.m. folgenden Leistungen sind Sachkosten nicht gesondert abrechenbar, sondern bereits in der Vergütung der Einzelleistung beinhaltet:
 - E2 (Stanzbiopsie der Prostata)
 - E3/A4 (Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae)
 - E8 (Urodynamik)

Auftragsleistungen

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

A1	Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
A2	Abdominelle Sonografie		16,50 €
A3	Duplex-Sonografie		20,00 €
A4	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin A in den Detrusor vesicae	 	260,00 €
A5l	ESWL – linke Seite*	 	1. Versuch 650,00 €
A5r	ESWL – rechte Seite*		2. Versuch 300,00 €
			3. Versuch 250,00 €
A6	Röntgen		12,50 €
A7	Therapeutische Proktoskopie	 	18,50 €

* z.T. ist bei der Diagnose die Angabe der Seitenlokalisation erforderlich

Abrechnungsbeispiel Blasenkarzinom

Behandlung eines Patienten mit 2 Behandlungsterminen – Verdacht auf Blasenkarzinom			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	P3	20,00 €	Verdacht auf Karzinom/Tumor (außer PCa)
2. Termin	E6	90,00 €	Zystoskopie Mann
	BG2	17,00 €	20 Minuten Gesprächszeit
	BG2	17,00 €	
	Onko1	31,27 €	
		224,77 €	

* Bosch BKK: 5,00 €

Q-Zuschläge

Abdominelle Sonographie	3,00 €	Psychosomatische Grundversorgung	2,00 €
Duplex-Sonographie	1,00 €	PSA-Strukturzuschlag	2,00 €
Digitales Röntgen	2,50 €	Rationale Pharmakotherapie	4,00 €

Abrechnungsbeispiel Prostatakarzinom

Behandlung eines Patienten mit 3 Behandlungsterminen – Verdacht auf Prostatakarzinom			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	P2b	21,00 €	Verdacht auf Prostata-Ca
2. Termin	E2	120,00 €	Stanzbiopsie inkl. Sachkosten
	E7d	20,00 €	Praxisklinische Betreuung 1h
3. Termin	BG1a/b	17,00 €	20 Minuten Gesprächszeit
	BG1a/b	17,00 €	a oder b je nach Gleason-Score
	Onko1	31,27 €	
		275,77 €	

* Bosch BKK: 5,00 €

Abrechnungsbeispiel Vorsorge

Behandlung eines Patienten, mind. 45 Jahre (40 bei familiärer Vorbelastung)			
Diagnosen: Z12.5, Z71			
1 Behandlungstermin – Beratung zur Vorsorgeuntersuchung (oder Durchführung im gesetzlichen Umfang)			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	P2a1	21,00 €	Beratung zur Vorsorgeuntersuchung (oder Durchführung im gesetzlichen Umfang)
		70,50 €	

Behandlung eines Patienten, mind. 45 Jahre (40 bei familiärer Vorbelastung)			
Diagnose: Z12.5			
1 Behandlungstermin – Vorsorgeuntersuchung inkl. PSA-Testung, PSA < 1 ng/ml			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	P2a2	21,00 €	Beratung zur Vorsorgeuntersuchung und anschließende Durchführung
* Bosch BKK: 5,00 €		70,50 €	

Abrechnungsbeispiel Ureterstein

Behandlung eines Patienten mit 3 Behandlungsterminen – Ureterstein links; Diagnose (N20.0I)

1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	BG4	17,00 €	10 Minuten Gesprächszeit
2. Termin	E4I	650,00 €	ESWL 1. Versuch
	E7d	20,00 €	Praxisklinische Betreuung 1h
3. Termin	E4I	300,00 €	ESWL 2. Versuch
	E7d	20,00 €	Praxisklinische Betreuung 1h
		1056,50 €	

* Bosch BKK: 5,00 €

Abrechnungsbeispiel Inkontinenz / Katheter

Behandlung eines Patienten mit 2 Behandlungsterminen – Inkontinenz			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
2. Termin	E8	145,00 €	Urodynamik (diagnostische Maßnahme)
	BG4	17,00 €	10 Minuten Gesprächszeit nach Diagnosesicherung
		211,50 €	

Behandlung eines Patienten mit 1 Behandlungstermin – Wechsel suprapubischer Katheter beim Hausbesuch			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	E1a	15,00 €	Besuchszuschlag
	E1b	35,00 €	Hier: Wechsel suprapubischer Katheter
		99,50 €	

* Bosch BKK: 5,00 €

Abrechnungsbeispiel Botoxinjektion

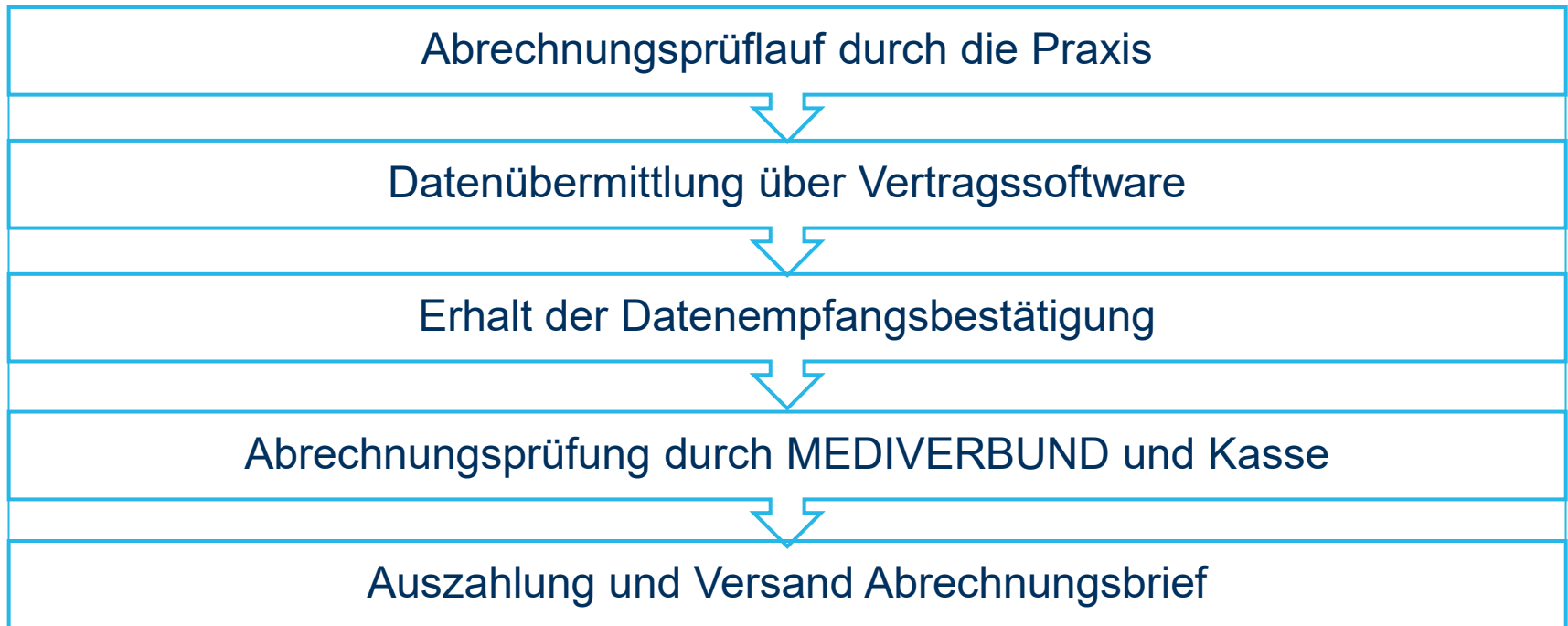
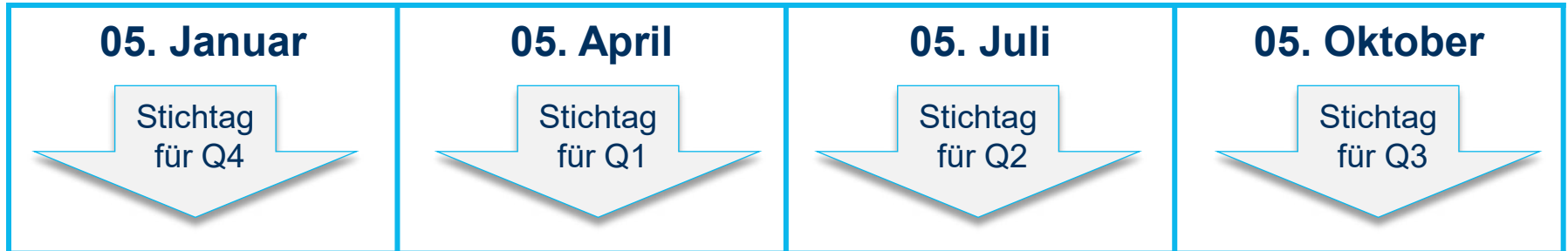
Botoxinjektion			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	BG4	17,00 €	10 Minuten Gesprächszeit
	E5	60,00 €	Zystoskopie Frau
2. Termin	E8	145,00 €	Urodynamik (inkl. Sachkosten)
3. Termin	E3	260,00 €	Botoxinjektion (inkl. Sachkosten, ohne Medikament)
	BG4	17,00 €	10 Minuten Gesprächszeit
		548,50 €	

* Bosch BKK: 5,00 €

Agenda

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

Abrechnungsprozess



Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

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

MEDIVERBUND ID: [REDACTED]
Vertrag: AOK BW Urologie § 140a
Datum: 31.12.2018
Betreff: Empfang Ihrer Abrechnungsdaten

Sehr geehrter [REDACTED]

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

4. Quartal 2018

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

Sie haben uns **371** Verordnungen geschickt.

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

Inhalt des Abrechnungsbriefs

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

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 4. Quartal 2018		49.385,25 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	1.762,72 €	
Zwischensumme Quartal 4/2018		47.622,53 €
Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 3. Quartal 2018		556,89 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	19,88 €	
Zwischensumme Quartal 3/2018		537,01 €
Zwischensumme gesamt		48.159,54 €
	Abrechnungssumme	48.159,54 €
	Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 4/2018	
	Abschlag vom 01.11.2018	14.469,00 €
	Abschlag vom 01.12.2018	14.469,00 €
	Abschlag vom 31.12.2018	14.469,00 €
	Endbetrag	4.752,54 €

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
	Start Saldo	0,00 €
01.11.2018	AOK BW Urologie 140a Abschlag 2018-Q4-1	-14.469,00 €
01.12.2018	AOK BW Urologie 140a Abschlag 2018-Q4-2	-14.469,00 €
31.12.2018	AOK BW Urologie 140a Abschlag 2018-Q4-3	-14.469,00 €
17.01.2019	AOK BW Urologie 140a Nachabrechnung für 03/2018 - Abrechnungsergebnis	556,89 €
17.01.2019	AOK BW Urologie 140a Nachabrechnung für 03/2018 - Verwaltungskosten	-19,88 €
17.01.2019	AOK BW Urologie 140a Abrechnung für 04/2018 - Abrechnungsergebnis	49.385,25 €
17.01.2019	AOK BW Urologie 140a Abrechnung für 04/2018 - Verwaltungskosten	-1.762,72 €
	End Saldo	4.752,54 €

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen!

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q1/2017	1.241	1.239	2
Q2/2017	570	566	4
Q3/2017	629	618	11
Q4/2017	705	688	17

Inhalt des Abrechnungsbriefs

➤ Einzelnachweise

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

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe		Summe:	Summe Leistungen
		Verwaltungskosten (Faktor in %):	Verwaltungskosten
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum
			12.07.2018
			25,00 €
			FAB---
			12.07.2018
			-6,38 €
			U---
			12.07.2018
			0,50 €
			JEN---
			12.07.2018
			1,00 €
			F---
			12.07.2018
			2,50 €
			12.07.2018
			2,00 €
			12.07.2018
			2,50 €
			12.07.2018
			2,00 €
			12.07.2018
			5,00 €
			Summe:
			36,12 €
			Verwaltungskosten (3,570 %)
			1,29 €
Änderung:	Zur Abrechnung von P2B ist eine Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.		12.07.2018

Elektronisches Korrekturverfahren

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



Regelwerksprüfung der KV

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

Auszahlungsprozess

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

Beispiel Abrechnungsprüfung: Auftragsleistungen

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

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a*
2. Termin	A5L



nach Prüfung:

1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
3	---E4L_1---	2. Termin	550,00 €
4	Summe:		585,00 €
Änderung:		A5L wurde durch E4L ersetzt, da Sie kein Zielbehandler waren.	2. Termin

Datum	Ziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a*
2. Termin	A2



1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
3	Summe:		35,00 €
Änderung:		A2 wurde gestrichen, da Sie kein Zielbehandler waren.	2. Termin

* Bosch BKK: 5,00 €

Beispiel Abrechnungsprüfung: ICD-Einschluss

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

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer	Diagnosen
1. Termin	P1	
1. Termin	P1a*	
2. Termin	P2b	C61 V
3. Termin	E2	C61 V
4. Termin	BG1a	

nach Prüfung:

1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
3	P2b	2. Termin	21,00 €
4	E2	3. Termin	120,00 €
5	Summe:		176,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von BG1a ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	4. Termin	



* Bosch BKK: 5,00 €

Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungshäufigkeit

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer	Diagnosen
1. Termin	P1	
1. Termin	P1a*	
2. Termin	P2b	C61 V
3. Termin	P2b	C61 V
4. Termin	E2	C61 V
5. Termin	BG1b	C61 G

nach Prüfung:

1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
3	P2b	2. Termin	21,00 €
4	E2	4. Termin	120,00 €
5	BG1b	5. Termin	17,00 €
6	Summe:		193,00 €
Änderung:	P2b darf nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden.	3. Termin	



* Bosch BKK: 5,00 €

Beispiel Abrechnungsprüfung: Abrechnungsausschluss

treffen Einzelleistungen aufeinander, die am selben Tag nicht nebeneinander abgerechnet werden können, wird diejenige Leistung gestrichen, hinter der ein geringerer Behandlungsaufwand steht.

Übermittelte Daten:

Datum	Ziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a*
1. Termin	E5
1. Termin	E8

nach Prüfung:

1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
3	E8	1. Termin	145,00 €
4	Summe:		180,00 €
Änderung:	E5 kann am selben Tag nicht neben E8 abgerechnet werden.	1. Termin	



* Bosch BKK: 5,00 €

Ziffernerfassung in der Software

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

falsch:

Datum	Ziffer
1. Termin	3 BG1a

richtig:

Datum	Ziffer
1. Termin	BG1a
1. Termin	BG1a
1. Termin	BG1a

Kalender mit wichtigen Abrechnungsterminen

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

2024

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

diesen Kalender finden Sie im Bereich „Abrechnungsunterlagen“

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsschlichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	Je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im Facharztprogramm eingeschrieben. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ)	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie jeweils Mitte des Monats.
Abschlagszahlungsinformation	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.
Versand des Abrechnungsbriefes	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
Schlusszahlung	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen werden.

Agenda

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

Pharmaquoten

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



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = 1,00€)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = 0,50€)



Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = 2,50€)



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

Quotenerreichung am Beispiel Grünquote

Wenn in mindestens 90% der Fälle, in denen aus der Arzneimitteldatenbank ein grünes Präparat vorgeschlagen wird – also eine „grüne Verordnung theoretisch möglich wäre“, letztendlich auch ein grün markiertes Präparat verordnet wird, dann ist die Grün-Quote ($\geq 90\%$) in diesem Quartal erreicht

In diesem Fall erhält der Vertragsteilnehmer automatisch eine Vergütung auf jede in diesem Quartal abgerechnete Grundpauschale.

Zur Berechnung der Pharma-Quoten werden nur die Verordnungsdaten der Praxis berücksichtigt. Auch wenn das Präparat z.B. in der Apotheke substituiert wird, erfolgt die Berechnung der Pharma-Quoten auf Basis der ursprünglich in der Praxis ausgestellten Verordnungen.

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen

1	P1	02.05.2017	25,00 €
2	---Q1_GRUEN---	02.05.2017	1,00 €
3	---Q1_ROT---	02.05.2017	2,50 €
4	---Q2---	02.05.2017	2,00 €
5	---Q4B---	02.05.2017	2,50 €
6	---Q7---	02.05.2017	2,00 €
7	P1A	02.05.2017	5,00 €
8	E6	08.05.2017	90,00 €
Summe:			130,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			4,64 €

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament Hersteller Wirkstoff PZN Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingu							st	4945387	M
Ondansetron 8 lingu							st	5965305	M
Ondansetron 8mg W							st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4r							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8r							st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	108,99 €	-	10,89 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

Name: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1
Hersteller: Quisisana Pharma Deutschland GmbH

Verschreibungspflichtig!
Apothekenpflichtig!

Aut idem
Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

rationale Pharmakotherapie

Das ausgewählte Medikament ist: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1

Bitte prüfen Sie, ob der ausgewiesene Substitutionsvorschlag im konkreten Einzelfall z.B. in Bezug auf Zulassungsindikation, Wirkstärke und Darreichungsform

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtabl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtabl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62 €

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse

Der Abrechnungsbrief enthält eine Auflistung der Quoten und der Zielwerte gem. Vertrag sowie eine Darstellung der arztindividuellen Erreichung der Quote.

Zusätzlich bietet diese Seite einige Tipps und Tricks, wie die Quotenerreichung bei Bedarf optimiert werden kann.

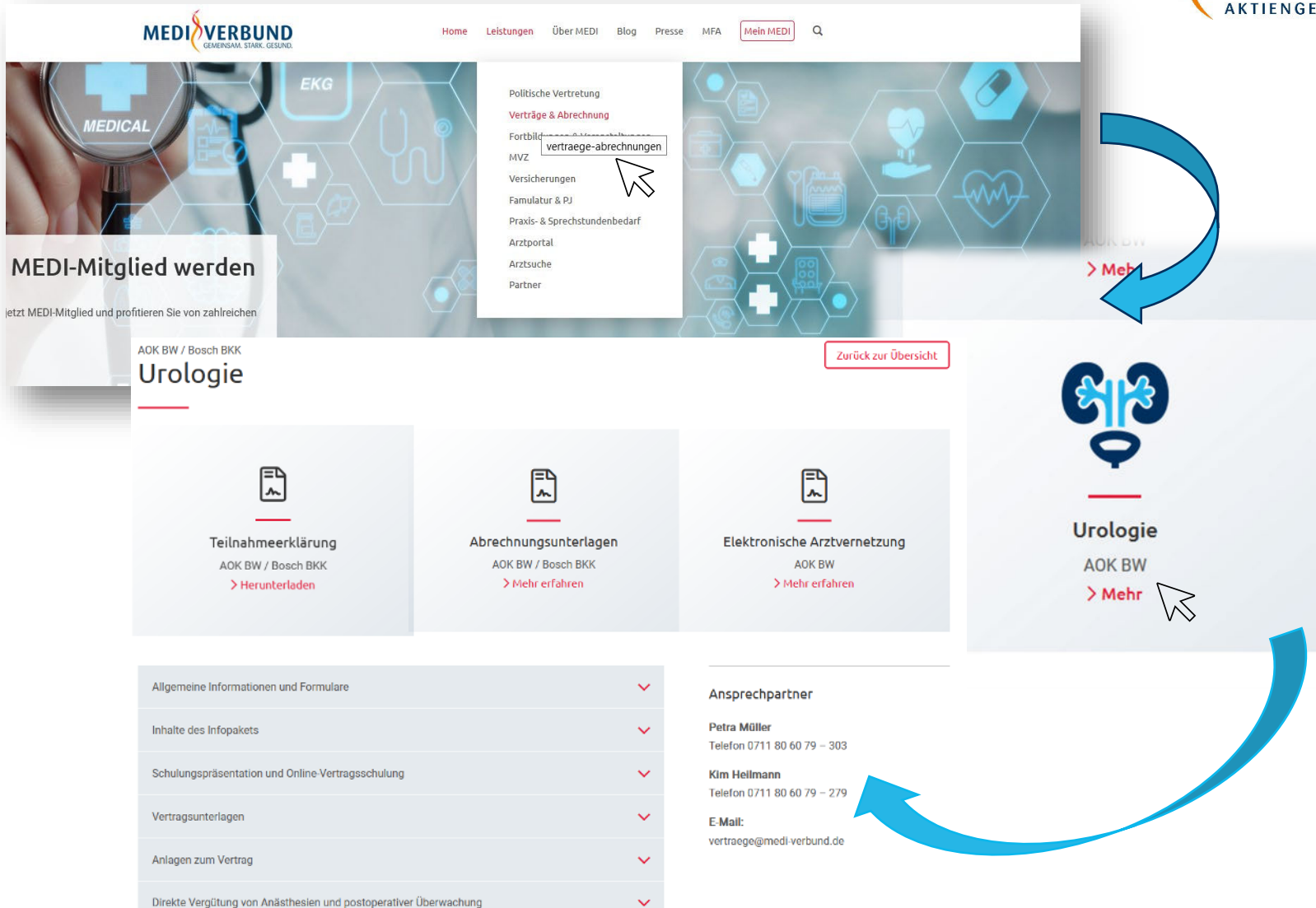
Erreichung Ihrer Pharmaquoten

In der nachfolgenden Tabelle können Sie Ihre individuelle Erreichung der Pharmaquoten nachvollziehen.


Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

Agenda

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



The screenshot shows the website interface with a navigation bar at the top containing links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search bar is also present. A dropdown menu is open, listing various services with 'Verträge & Abrechnung' highlighted. Below the navigation, there are several content blocks: a 'MEDI-Mitglied werden' banner, a 'Urologie' section for AOK BW / Bosch BKK with a 'Zurück zur Übersicht' button, three service cards (Teilnahmeerklärung, Abrechnungsunterlagen, Elektronische Arztvernetzung), and a detailed 'Urologie' card with a '> Mehr' link. At the bottom, there is a list of general information and formulary items, and contact details for 'Ansprechpartner' including Petra Müller and Kim Hellmann.

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

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

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

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

AOK BW / Bosch BKK
Urologie
Zurück zur Übersicht

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

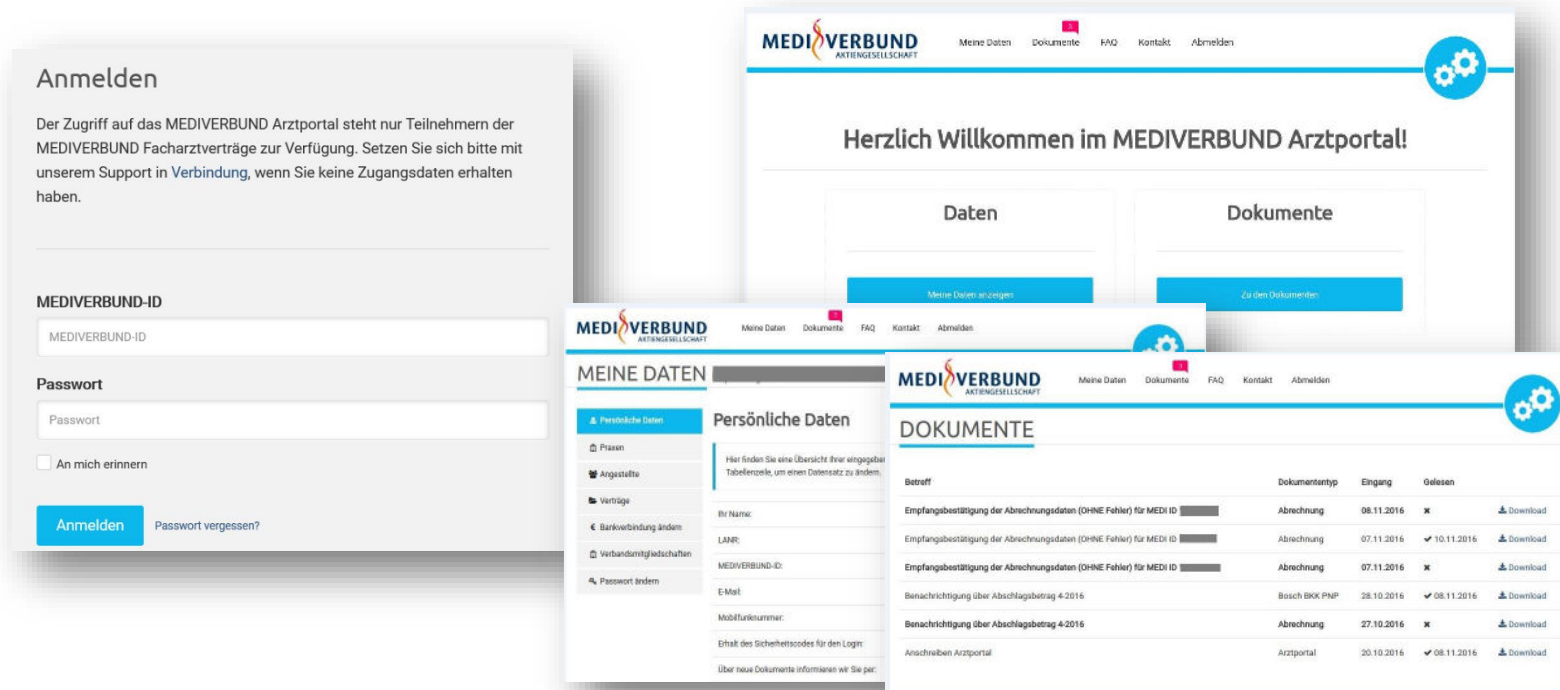
Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Mehr erfahren

Urologie
AOK BW
> Mehr

Allgemeine Informationen und Formulare
Inhalte des Infopakets
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung
Vertragsunterlagen
Anlagen zum Vertrag
Direkte Vergütung von Anästhesien und postoperativer Überwachung

Ansprechpartner
Petra Müller
Telefon 0711 80 60 79 – 303
Kim Hellmann
Telefon 0711 80 60 79 – 279
E-Mail:
vertraege@medi-verbund.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



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Hausärzte

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

HAUSÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen Sie eine am Haus

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.

FACHÄRZTE

— AOK Baden-Württemberg

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

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

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Urologie

Bitte beachten Sie: Zur Zeit werden weitere Fachärzte für Urologie zum Vertrag zugelassen. Wir werden unsere Arztsuche laufen aktualisieren.

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

Geo-Suche (PLZ) **Radius (km)**

 5 km

Suchen

HAUSÄRZTE

— AOK Baden-Württemberg

- Hausarztvertrag**
- Kinderärzte

- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Betriebsstätten im Selektivvertrag

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. **300** Treffer angezeigt.

Nachname

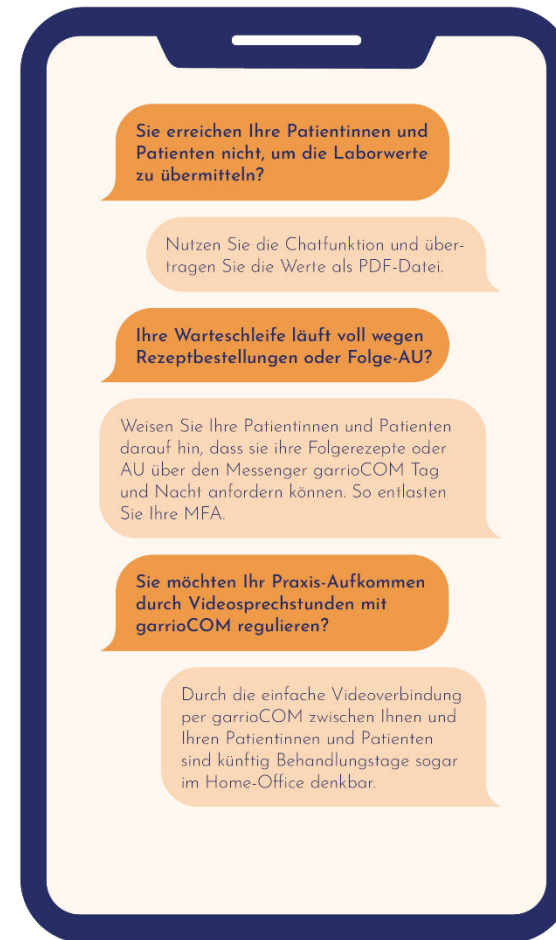
Geo-Suche (PLZ) **Radius (km)**

 5 km

Suchen

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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



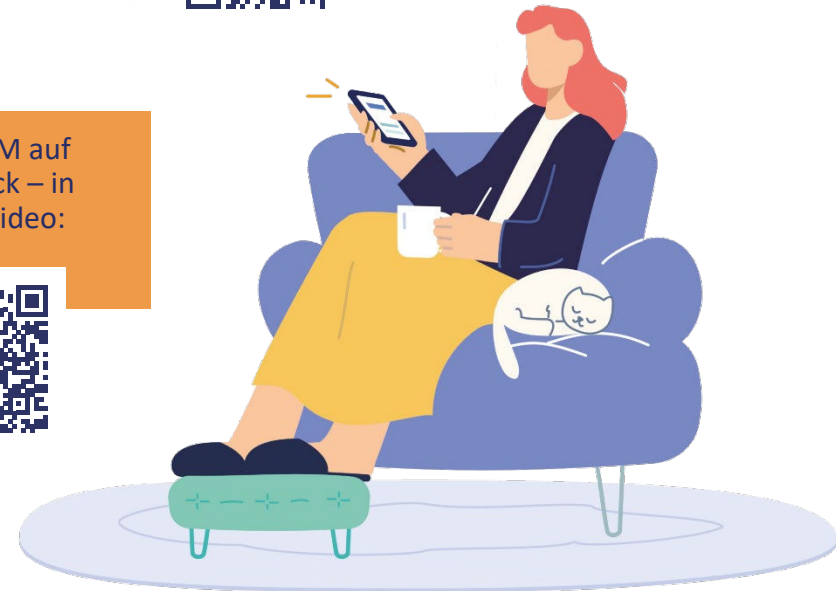
9 IHRE VORTEILE:

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

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



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

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



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

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



Facebook

[facebook.com/mediverbund](https://www.facebook.com/mediverbund)



Der Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

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

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



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**