



# **Urologievertrag nach § 140a SGB V**

## **Vertragsschulung**

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

# Gesetzliche Grundlagen

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V
- 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
- Reduktion von stationären Aufenthalten
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Zusammenarbeit mit dem HZV-Arzt sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- mehr Zeit z.B. für Beratungsgespräche
- bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten



# Systematik des Vertrags

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- spezielle Honorarsystematik
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen

**Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung (→ Schnittstelle HA-FA)**

## Vertraglich vorgesehene Schnittstellen

- enge und aktive **Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt** sowie anderen Fachärzten/Psychotherapeuten
- **Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst** der AOK / **Patientenbegleitung** der Bosch BKK, Gesundheitsprogramme der Krankenkassen
- **strukturierte Schnittstellen** (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)



### **Struktureffekte, z.B.**

- vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
- Reduzierung bzw. Vermeidung von AU-Zeiten
- höhere Versorgungsqualität

# Agenda

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

# Vorteile für teilnehmende Ärzte

- **Vergütung höher** als bei der KV (bei Vergleich der durchschnittlichen Fallwerte)
- **mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung
  - 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 Urologie

## ➤ **Persönlich ermächtigte Ärzte**

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

## ➤ **MVZ**

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

## Teilnahmevoraussetzungen

### **Persönliche Voraussetzungen**

vom Arzt selbst zu erfüllen  
z.B. Vertragsschulung

+

### **Praxisbezogene Voraussetzungen**

von der Praxis/BAG/MVZ  
zu erfüllen  
z.B. Vertragssoftware

+

## **Abrechnungsvoraussetzungen**

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

# Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg  
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)  
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V  
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME zu den spezifischen Krankheitsbildern  
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichprobenprüfung durch Managementgesellschaft)

# Praxisbezogene Teilnahmevoraussetzungen

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten  
Arztinformationssystem (AIS/Praxisverwaltungssystem)  
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Vertragssoftware  
(Nachweis: [Bestätigungsformular Vertragssoftware](#))
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung  
(Nachweis: [Bestätigungsformular HZV-Online-Key](#))

# Abrechnungsvoraussetzungen I

Zum Erhalt der Qualitätszuschläge sind Nachweise erforderlich:

<b>Qualitätszuschlag</b>	<b>Nachweis</b>
Abdomen-Sonographie	KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33042
Duplex-Sonographie	KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33073
Analoges Röntgen	KV-Genehmigung Röntgen
Digitales Röntgen	KV-Genehmigung Röntgen und TÜV-Zulassung volldigitales Röntgengerät oder Speicherfoliengerät
Psychosomatische Grundversorgung	KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 35100 oder 35110
EFA <sup>®</sup> -Zuschlag	Qualifikationsnachweis über den Besuch einer entsprechenden Fortbildung der MFA
PSA-Strukturzuschlag	Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag)

## Abrechnungsvoraussetzungen II

Zur Abrechnung bestimmter Leistungen sind Nachweise erforderlich:

<b>Einzelleistung</b>	<b>Nachweis</b>
Onkologievereinbarung	KV-Genehmigung (jährlich)
Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (ESWL)	KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 26330
Therapeutische Proktoskopie	Zusatzweiterbildung "Proktologie"
Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae	KV-Genehmigung ambulantes Operieren
Urethrozystoskopie	
Stanzbiopsie der Prostata	
Ambulantes Operieren	

# 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



# Teilnahmeerklärung Arzt

## Teilnahmeerklärung AOK

## Teilnahmeerklärung Bosch BKK

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Urologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V**

Sie bestätigen Sie bei Teilnahme an mehreren Vertragsarzt in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jede Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eine MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

**Stammdaten**

Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  MVZ  Ermächtigtler Arzt

MED Baden-Württemberg e.V.  Mitglied im BDU  Mitglied in der AGNU

LANR (9-stellig) HBSNR

**Titel, Nachname, Vorname**

**Ggf. Name MVZ**

**Strasse & Hausnummer (Praxisanschrift)** **Telefon**

**PLZ und Ort** **Fax**

**E-Mail-Adresse** **Steuer-ID**

**Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)**

**Kreditinstitut** **IBAN (zwingend erforderlich)** **BIC (zwingend erforderlich)**

**Kontoinhaber**

**Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten**

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MED Baden-Württemberg e.V./BGU e.V. oder des AGNU e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,56 % erhoben. Die einmalige Vertragsabschlussgebühr zur Vertragsaufnahme beträgt 357 € (max. 714 € HBSNR).

**Einstellung in Datenverarbeitung und -nutzung**

Ich erkläre mich durch Angabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenhebungs-, verarbeitungs- und nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsaufnahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK/Bosch BKK) übermitteln. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnosen- und Abrechnungsdaten einschließlich Versorgungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung von Abrechnungsunterlagen und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die AOK/Bosch BKK erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsaufnahme erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDVERBUNDES und des MED e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragspartner zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.
- Die der AOK vorliegenden Versorgungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitäts-, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt. Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten können in anonymisierter Form von den Vertragspartnern zur Vertragsabwicklung genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

**Vertragsaufnahme des Vertragsarztes MVZ**

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Urologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert, insbesondere ist mir bekannt, dass
  - die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 3);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBM mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
  - die Managementgesellschaft nicht über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
  - meine Vertragsaufnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsaufnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
  - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenversicherung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsaufnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beenden kann;
  - ich selbst meine Vertragsaufnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDVERBUND kündigen kann;
  - ich gemäß § 18 des Vertrags mein vertragliches Anspruchs auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erteilten und abrechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Besetzungszahlung bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
  - die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
  - ich den MEDVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unzureichend mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

**Unterschrift Vertragsarzt** **Stempel der Praxis/MVZ**

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Seite 1 von 3

**VERBUND** **AGNU** **AGOK**

Ich bestätige hiermit, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Ich erkläre mich durch Angabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenhebungs-, verarbeitungs- und nutzungsvorgängen einverstanden:

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsaufnahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK/Bosch BKK) übermitteln. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnosen- und Abrechnungsdaten einschließlich Versorgungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung von Abrechnungsunterlagen und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die AOK/Bosch BKK erhält durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsaufnahme erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDVERBUNDES und des MED e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragspartner zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.
- Die der AOK vorliegenden Versorgungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitäts-, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt. Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten können in anonymisierter Form von den Vertragspartnern zur Vertragsabwicklung genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

**Vertragsaufnahme des Vertragsarztes MVZ**

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Urologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert, insbesondere ist mir bekannt, dass
  - die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 3);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBM mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
  - die Managementgesellschaft nicht über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
  - meine Vertragsaufnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsaufnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
  - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenversicherung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsaufnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beenden kann;
  - ich selbst meine Vertragsaufnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDVERBUND kündigen kann;
  - ich gemäß § 18 des Vertrags mein vertragliches Anspruchs auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erteilten und abrechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Besetzungszahlung bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
  - die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
  - ich den MEDVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unzureichend mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

**Unterschrift Vertragsarzt** **Stempel der Praxis/MVZ**

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Seite 1 von 3

**MEDI VERBUND** **AKTIENGESELLSCHAFT**

**Teilnahmeerklärung Bosch BKK**

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

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

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

Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gastroenterologie **Mit meiner Unterschrift bestätige ich die erfolgreiche Installation einer gültigen Vertragssoftware für den Vertrag nach § 73a bzw. § 140a mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die ein Modul für die Abrechnung von Bosch BKK Versicherten beinhaltet. Ich verwerde für die Abrechnung des Selektivvertrages folgende Vertragssoftware:**
- Kardiologie
- PNP
- Orthopädie/ Rheumatologie
- Urologie

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_ Name in Druckbuchstaben \_\_\_\_\_

Strasse \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_ Ort \_\_\_\_\_

**Wichtige Hinweise!!!**

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

Bitte per Fax an 0711 - 80 60 79 566  
oder per Post an die MEDVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

## 1. Sprechstundenangebot und Terminvergabe:

- reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
- Behandlung in Not- und Akutfällen am Tag des Anrufes durch HAUSARZT/FACHARZT
- werktägliche Sprechstunden (Mo-Fr)
- Angebot eines Abendtermins pro Woche (bis 20.00 Uhr)
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vereinbartem Termin auf möglichst 30 Minuten

## 2. Praxisprozesse:

- **Befundübermittlung** an den Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen
- **Weiterüberweisung / Weiterleitung** an teilnehmende Fachärzte und Psychotherapeuten immer unter Einbeziehung (Information) des Hausarztes
- **Vertreterregelung:** Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt
- **strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**

## 3. Fortbildungen

- Teilnahme an **vertragsspezifischen Fortbildungen** (gemäß Anlage 2 Abschnitt V). Jährlich zwei Kurse (mit insgesamt mind. 8 CME-Punkten) zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrages.
- Teilnahme an **strukturierten Qualitätszirkeln** (gemäß §5 Abs. 3). Mindestens 2 je Kalenderjahr (1 Qualitätszirkel je Halbjahr – zu unterschiedlichen spezifischen Themen)

# Agenda

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

## Vorteile für teilnehmende Versicherte

- schnelle und flexible Terminvergabe
- Begrenzung der Wartezeit
- Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt
- intensive ambulante Betreuung
- breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)



## ➤ **Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherung bei AOK Baden-Württemberg / Bosch BKK
- Aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

## ➤ **Einschreibung für alle bestehenden Facharztverträge (Facharztprogramm):**

AOK BW derzeit: Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie

Bosch BKK derzeit: analog AOK BW – ohne: KJPY, Diabetologie, Nephrologie

- in den o.g. Fachgebieten dürfen nur teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten aufgesucht werden
- teilnehmende Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

**Kardiologie**

**Gastroenterologie**

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

**Orthopädie / Rheumatologie**

**Urologie**

**Diabetologie** (nur AOK)

**Nephrologie** (nur AOK)

**Pneumologie**

**Basis: HZV-Vertrag**

# Teilnahmestatusprüfung

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

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

*Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:*

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

# Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code  
Unterschriftenfelder

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharzt-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht, im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**<TE-Code>**

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharzt-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht, im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

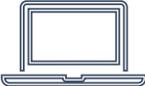
Y	T	M	M	J	J
---	---	---	---	---	---

**<TE-Code>**

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

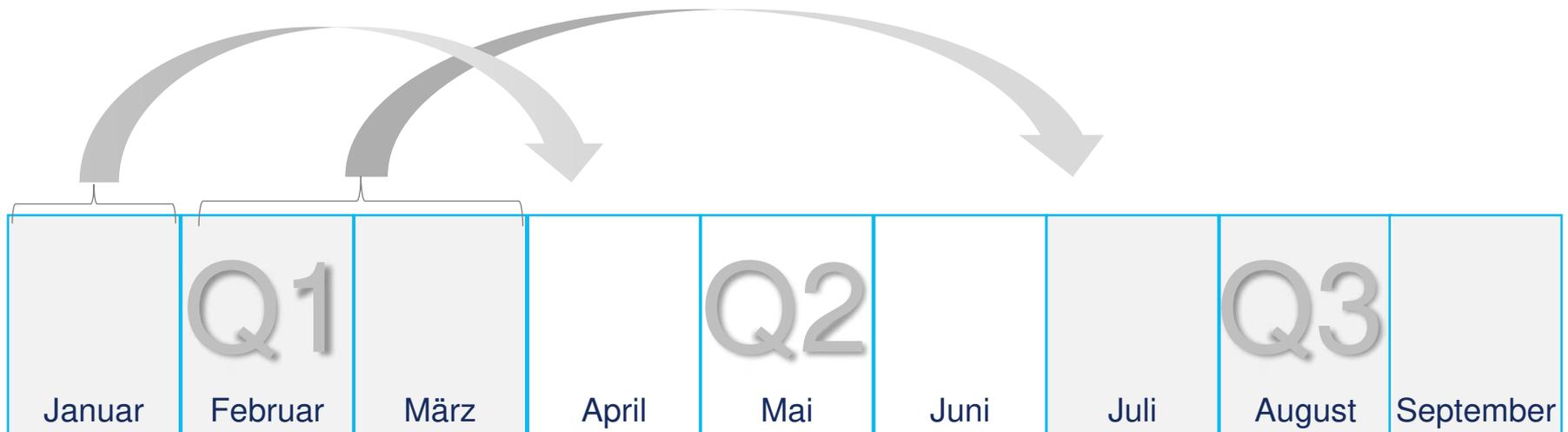
# Online-Versicherteneinschreibung

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

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

# Einschreibefristen

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



# Agenda

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

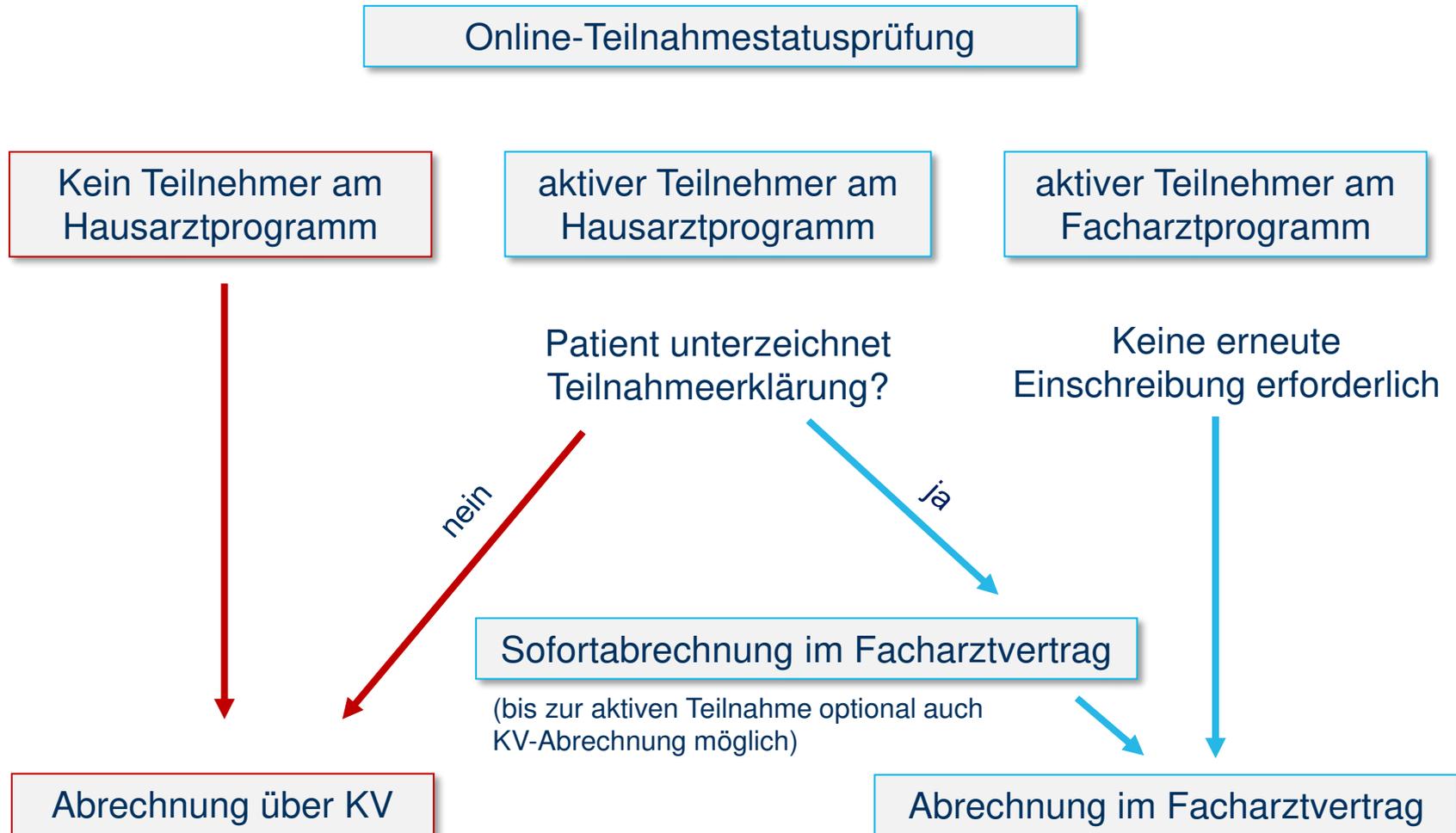
→ **alle Leistungen in Q2**  
können über den FAV  
abgerechnet werden

→ **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



# Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. 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](http://www.medi-verbund.de)**

# Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

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

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
26313	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26315	Onkologiepaustralen Uro	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
26316	Zuschlag zu den GOPs 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26317	Zuschlag zu GOP 26316 für die Beobachtung einer Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26320	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die Ausräumung einer Blutampnade der Harnblase	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
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)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26322	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26323	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für den Wechsel einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26324	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
26325	Wechsel eines Nierenstektometers	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26330	ESWL	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch

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.

FAV-  
Leistung

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

HZV-  
Leistung

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

- Laborleistungen, 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 Blasenförderung i.V.m. Botoxinjektion
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet		G									V <sup>6</sup>		G	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	G									V <sup>6</sup>		V <sup>6</sup>	G	
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden		G									V <sup>6</sup>		G	
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden		G									V <sup>6</sup>		G	
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane		G									V <sup>6</sup>		G	

# Honoraranlage (Auszug)

Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

UROLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
<b>1. Pauschalen</b>			
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.			
<b>Grundpauschale P1</b>	<b>Einführung Versorgungsinhalte</b> (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"> <li>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</li> </ul> Ausnahme:	<b>25,00 €</b>

→ 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 sowie postoperativen Überwachungen und Behandlungen

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	<b>108,39 €</b>
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	<b>177,05 €</b>
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	<b>262,77 €</b>



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

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

\* Bosch BKK: 5,00 €

# Pharmaquoten

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



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

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



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

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



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

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



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

# Zusatzpauschalen

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

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

# Beratungsgespräche und gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF)

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

\*10 Minuten pro Tag abrechenbar

bei metastasierenden Karzinomen nach Ausschöpfung von BG1 a/b bzw. BG2 zusätzlich abrechenbar

<b>+ BGU</b>	unheilbare Krebserkrankung (C-Diagnosen „sekundäre böartige Neubildung“)		5 / 4Q	  	17,00 €
<b>+ Q6**</b>	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!

<b>BG4KU</b>	Benigne Erkrankungen I	4* / 4Q	  	17,00 €
<b>BG5KU</b>	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

## Hausbesuch

<b>E1a</b>	Besuchszuschlag außerhalb der Praxis	15,00 €
------------	--------------------------------------	---------

## Katheter

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

<b>E1c</b>	Legen suprapubischer Katheter	25,00 €
------------	-------------------------------	---------

E1b bzw. E1c sind auch zusätzlich zu E1a abrechenbar

## Einzelleistungen II

<b>E2</b>	Stanzbiopsie der Prostata	inkl. Sachkosten		120,00 €
<b>E3</b>	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae	inkl. Sachkosten	 	260,00 €
<b>E4l</b>	ESWL – linke Seite*	 	1. Versuch	650,00 €
<b>E4r</b>	ESWL – rechte Seite*		2. Versuch	300,00 €
			3. Versuch	250,00 €
<b>E5</b>	Urethro(-zysto)skopie der Frau			60,00 €
<b>E6</b>	Urethro(-zysto)skopie des Mannes			90,00 €

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

## Einzelleistungen III

### Praxisklinische Betreuung und Nachsorge

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

# Einzelleistungen IV

## Onkologievereinbarung

<b>Onko 1</b>	Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86512)	 	32,47 €
<b>Onko 2</b>	Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	 	32,50 €
<b>Onko 3</b>	Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86516)	 	218,47 €
<b>Onko 4</b>	Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	218,47 €
<b>Onko 5</b>	Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86520), umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz	 	109,25 €

# Ambulantes Operieren (Anhang 4 zu Anlage 12)

## Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2025  
AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

<b>Ambulantes Operieren</b>		
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.		
<b>Dermatochirurgie</b>		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	<b>108,39 €</b>
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	<b>177,05 €</b>
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	<b>262,77 €</b>
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	<b>80,20 €</b>
<b>Visceralchirurgie</b>		
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM	<b>282,81 €</b>
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM	<b>373,29 €</b>
31158	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155	<b>87,21 €</b>
<b>Urologische Eingriffe</b>		
31271	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	<b>123,56 €</b>
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	<b>204,88 €</b>

- 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“

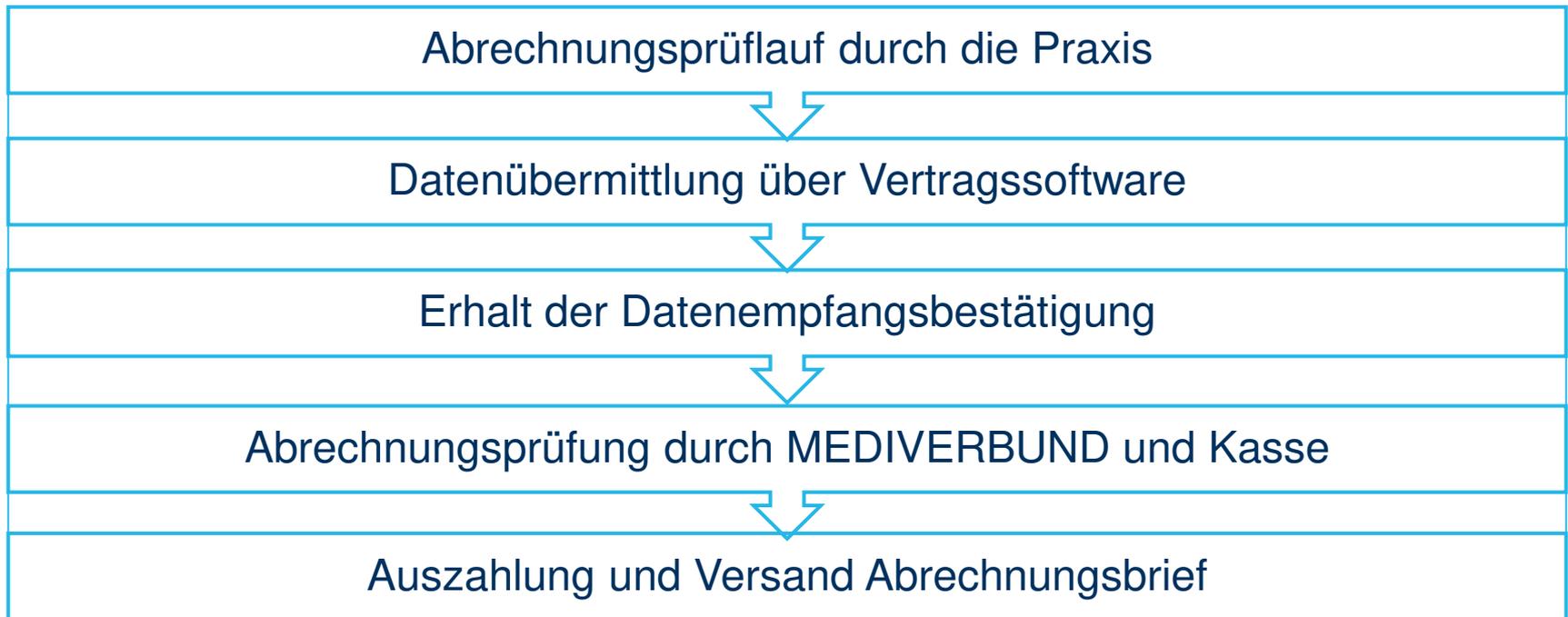
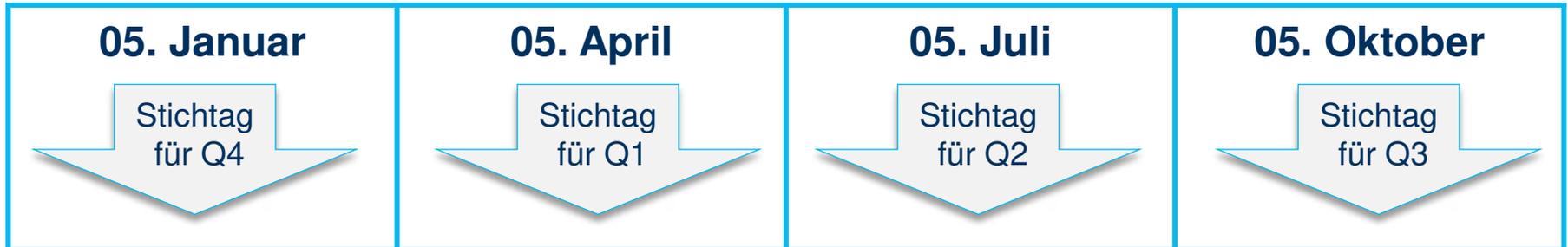
<b>A1</b>	Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
<b>A2</b>	Abdominelle Sonografie		16,50 €
<b>A3</b>	Duplex-Sonografie		20,00 €
<b>A4</b>	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin A in den Detrusor vesicae	 	260,00 €
<b>A5l</b>	ESWL – linke Seite*	 	1. Versuch 650,00 €
<b>A5r</b>	ESWL – rechte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

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

# Agenda

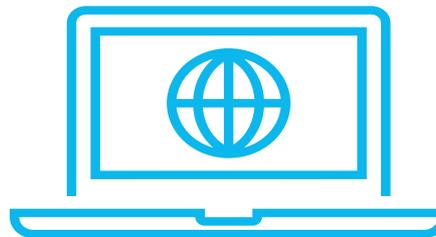
1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

# Abrechnungsprozess



# Elektronisches Korrekturverfahren

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



- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie 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

- **Einschreibepauschale:**
  - einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
  - Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums
  
- **Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar**
  - **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BvDU, AGNU
  - **4,165 %** für Nichtmitglieder
  
- **Kosten IT:**
  - Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

# IT-Anschubfinanzierung der Bosch BKK

- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- **300,00 €** erhalten Sie nach Beantragung von der Bosch BKK
  - Zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
  - Nach Zulassung zum Vertrag mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK zu beantragen:

[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Verträge / Abrechnung → Urologie AOK BW → Inhalt des Infopakets → Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss



Das Bild zeigt ein Faxformular für die Beantragung des Bosch BKK-Zuschusses. Oben links sind die Logos von BOSCH BKK und MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT zu sehen. Rechts oben befindet sich ein roter Stempel mit dem Text: 'Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK'. Links unten sind die Kontaktdaten der Bosch BKK angegeben: Bosch BKK, VWAG, Klappstraße 19, 70469 Stuttgart. Darunter steht die Faxnummer: Fax Nr. 089/91999-2504. Der Haupttext des Formulars lautet: 'Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzterverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK. Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen der Bosch BKK und meinem Fachärzterverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/neuer nächstfolgendes Konto.' Darunter sind die Felder für den Facharztvertrag mit den folgenden Optionen: Gastroenterologie, Kardiologie, Orthopädie, FNP, Rheumatologie, Urologie. Die Felder für IBAN, Kontoinhaber, UIC und Bank sind ebenfalls vorhanden. Am unteren Rand des Formulars steht: 'Datum, Präzisionsstempel und Unterschrift.' und es folgt ein leeres rechteckiges Feld für die Unterschrift.

# Agenda

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

- **Wie werden Sonographie- und Röntgenleistungen vergütet?**

Die Vergütung erfolgt über die Qualitätszuschläge Q2 bis Q4. Diese werden automatisch jeder abgerechneten P1 zugesetzt, vorausgesetzt, der entsprechende Nachweis wurde bei der MEDIVERBUND AG eingereicht.

- **Kann der Katheterwechsel in der Praxis abgerechnet werden?**

Der Katheterwechsel in der Praxis ist über die Grundpauschale P1 vergütet. Für das Anlegen eines suprapubischen Katheters kann die Ziffer E1c abgerechnet werden.

Der Katheterwechsel außerhalb der Praxis kann mit den Ziffer E1a und E1b abgerechnet werden.

### ■ **Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung abgerechnet?**

Die PSA-Beratung und Bestimmung im Rahmen der Vorsorge ist für Patienten im Facharztprogramm ein Vertragsbestandteil und damit **nicht als IGeL** abrechenbar

- Praxen mit Eigenlabor erhalten (wenn Nachweis vorliegt) Q7 (PSA-Strukturzuschlag) auf **jede** abgerechnete P1
- Praxen ohne Eigenlabor rechnen E10 pro PSA-Bestimmung ab

Die **kurative PSA-Wert-Bestimmung** kann weiterhin über das Muster 10 beim Labor angefordert werden bzw. über EBM-Ziffer 32351 bei der KV abgerechnet werden

## ➤ Grundlage:

- gesetzliche Vorgaben und Beschlüsse des Bewertungsausschusses (KBV und GKV-SV)

## ➤ Grundsätze:

- Keine Bereinigung von „extrabudgetären Leistungen“
  - Keine Bereinigung von nicht im Ziffernkranz des Selektivvertrages genannten Ziffern
  - Keine Bereinigung von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Patienten (Fällen)
  - Ermittlung Bereinigungsfallwert je Fachgruppe durch KV
  - Ermittlung Bereinigungsfallzahl je Fachgruppe und Praxis
- Nachweis im KV-Honorarbescheid „**3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen**“

# Berechnung und Darstellung der Bereinigung

## 3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen

Alles Gute.

**KVBV**

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Betriebsstättennummer  
Quartal

Seite

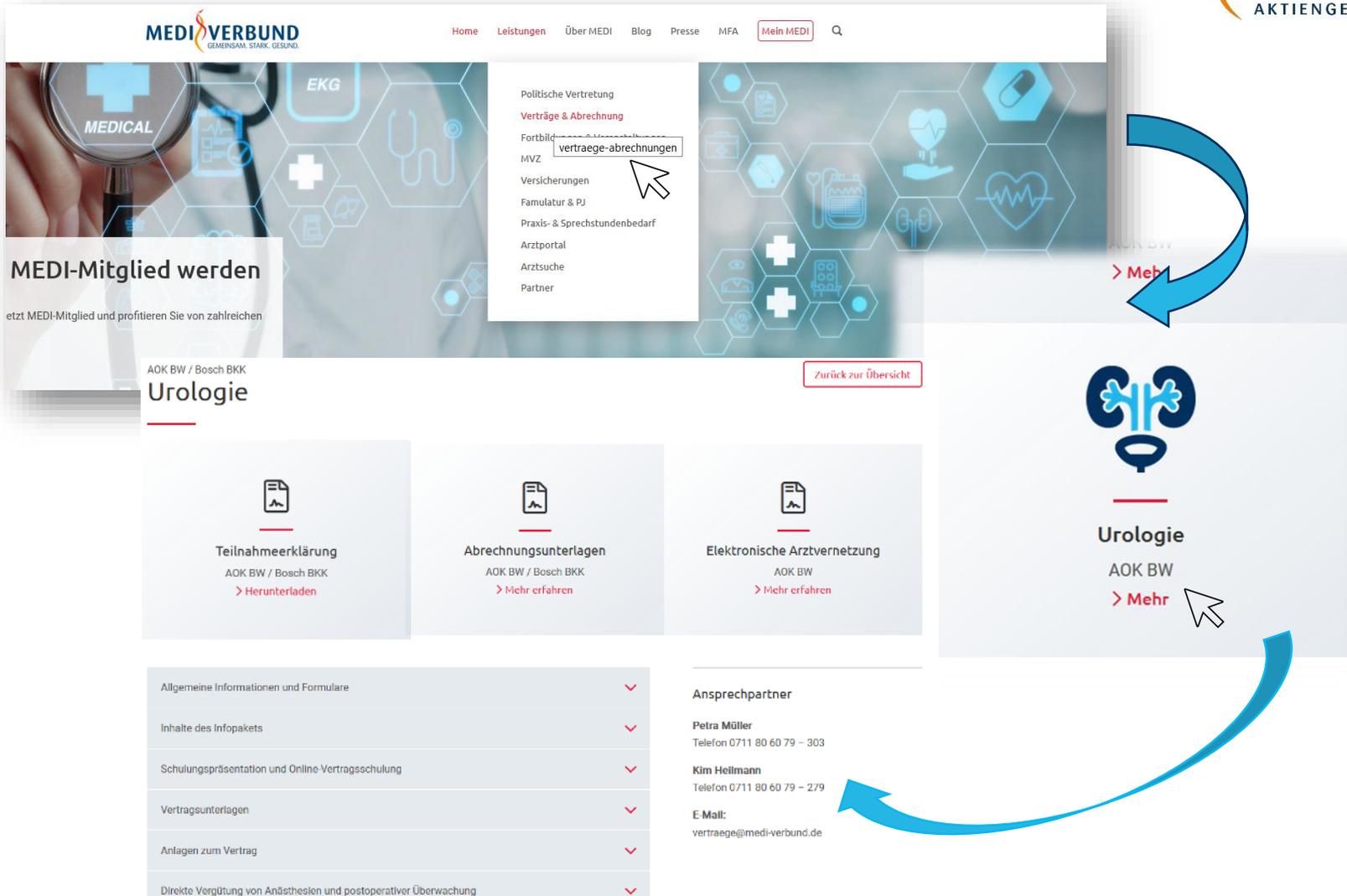
1.	<b>Leistungsanforderung anerkannt</b>		
2.	<b>Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt</b>		
2.1	Leistungsanforderung außerhalb RLV		
2.2	Leistungsanforderung außerhalb MGW		
3.	<b>RLV und QZV Gesamtvolumen laut Bescheid 1/2017</b>		
3.1	RLV und QZV Gesamtvolumen		
4.	<b>RLV und QZV Gesamtvolumen infolge Teilnahme Selektivverträge</b>	Fallzahl	Fallwert
4.1	Besondere Versorgung § 73c SGB V		
4.3	Bereinigungsvolumen (4.1 + 4.2)		
4.4	RLV und QZV Gesamtvolumen bereinigt (3. - 4.3)		
5.	<b>Über-/Unterschreitung RLV und QZV Gesamtvolumen</b>		
5.1	RLV-relevante Leistungsanforderung (1. - 2.)		
5.2	Unterschreitung		
5.3	Überschreitung		
6.	<b>Zusammenfassung</b>		
6.1	RLV und QZV anerkannt		
6.2	RLV und QZV überschritten		

## Praxisebene:

- **Feststellung Bereinigungsfallzahl der Praxis im VJQ**
  - (= RLV-relevante Fälle der im Abrechnungsquartal eingeschriebenen Versicherten bei der teilnehmenden Praxis, unabhängig von einer Behandlung/Abrechnung im Abrechnungsquartal)
- **Ermittlung Bereinigungsvolumen der Praxis**
  - (= Bereinigungsfallwert der Fachgruppe X  
Bereinigungsfallzahl Praxis)

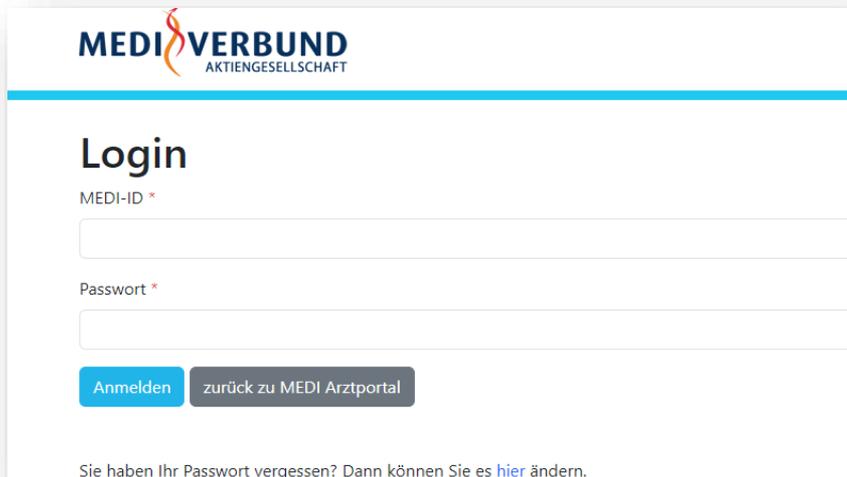
# Agenda

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



The screenshot shows the website interface with a navigation bar at the top containing 'Home', 'Leistungen', 'Über MEDI', 'Blog', 'Presse', 'MFA', and 'Mein MEDI'. A dropdown menu is open under 'Verträge & Abrechnung', listing options like 'Politische Vertretung', 'Fortbildung', 'MVZ', 'versicherung', 'Famulatur & PJ', 'Praxis- & Sprechstundenbedarf', 'Arztportal', 'Arztsuche', and 'Partner'. A mouse cursor points to 'vertraege-abrechnungen'. Below the navigation, there is a 'MEDI-Mitglied werden' section and a 'Urologie' section for 'AOK BW / Bosch BKK'. The 'Urologie' section features a kidney icon and a '> Mehr' button. A blue arrow points from this button to a larger view of the 'Urologie' section, which includes a 'Zurück zur Übersicht' button and three document icons: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arztvernetzung'. A second blue arrow points from the 'Urologie' section to a detailed view of the 'Urologie' section, which includes a list of documents with expandable arrows and contact information for 'Ansprechpartner' (Petra Müller and Kim Heilmann).

- 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



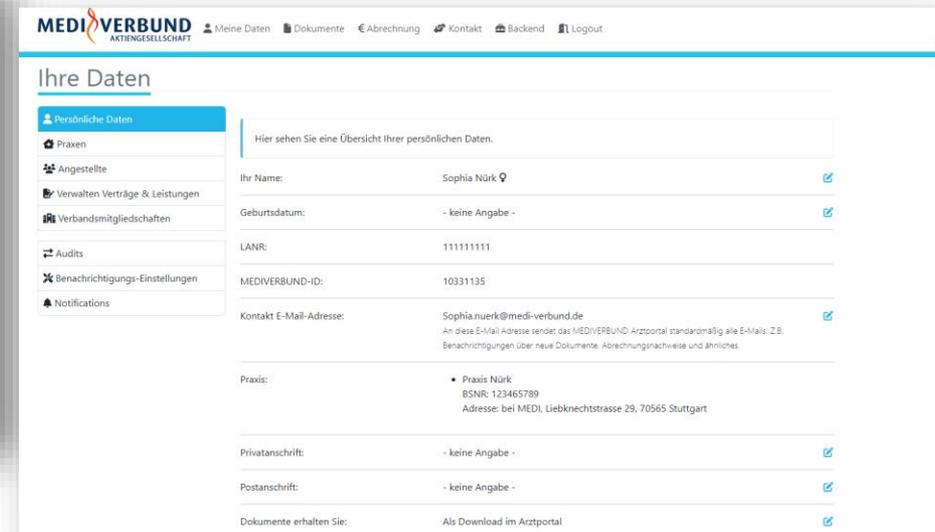
**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

## Login

MEDI-ID \*

Passwort \*

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



**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

Meine Daten | Dokumente | Abrechnung | Kontakt | Backend | Logout

## Ihre Daten

- Persönliche Daten**
- Praxen
- Angestellte
- Verwalten Verträge & Leistungen
- Verbandsmitgliedschaften
- Audits
- Benachrichtigungs-Einstellungen
- Notifications

Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten.

Ihr Name:	Sophia Nürk ♀	✎
Geburtsdatum:	- keine Angabe -	✎
LANR:	111111111	
MEDIVERBUND-ID:	10331135	
Kontakt E-Mail-Adresse:	Sophia.nuerk@medi-verbund.de An diese E-Mail-Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails, z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.	✎
Praxis:	• Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart	
Privatanschrift:	- keine Angabe -	✎
Postanschrift:	- keine Angabe -	✎
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal	✎



## Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztssuche

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

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

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

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

### Hausärzte

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

 Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

 BKK IV Sgd

BKK IV Süd HZV

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

### Fachärzte

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

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

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

## AOK BW Urologie 140a

-  AOK Baden-Württemberg
- AOK BW Diabetologie 140a
- AOK BW Gastro 140a
- AOK BW Gestationsdiabetes 140a
- AOK BW Kardio 140a
- AOK BW Nephrologie 140a
- AOK BW Orthopädie 140a
- ▼ AOK BW PNP 140a
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- AOK BW Pneumologie 140a
- AOK BW Rheumatologie 140a
- AOK BW Urologie 140a**

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

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. **100** Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl  Im Umkreis von **10** km

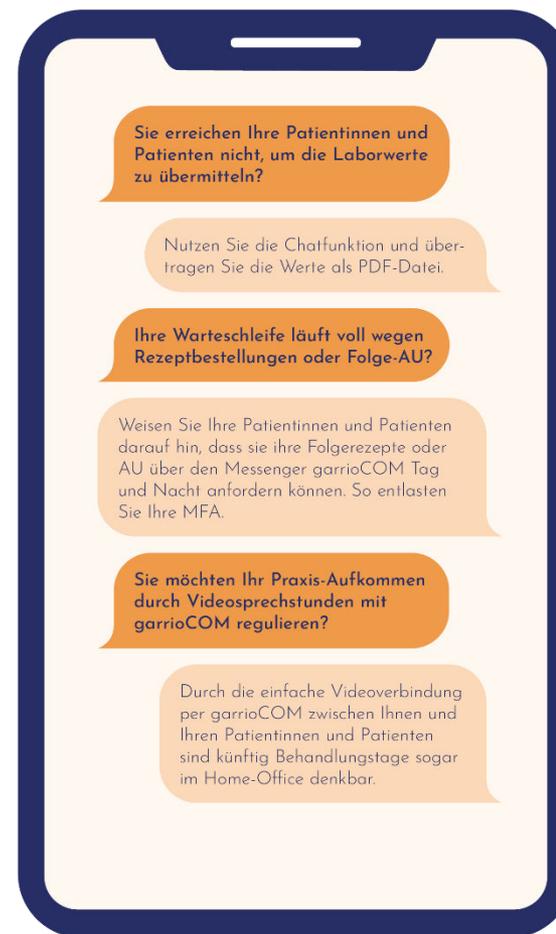
Leistung

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen



# 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:

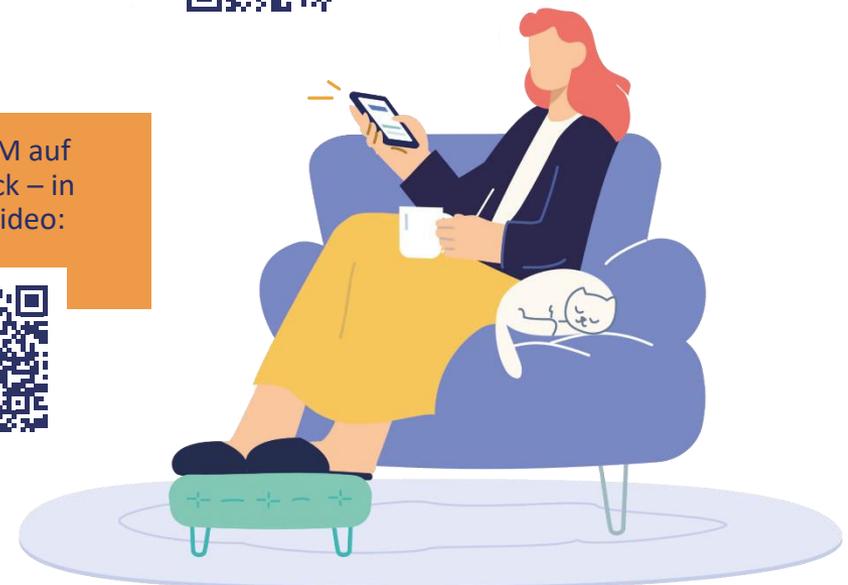
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



Bestellen Sie garrioCOM unter **[www.garrio.de/bestellung](http://www.garrio.de/bestellung)**.  
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



## Förderung von Stipendien zum Physician Assistant - AOK BW

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



## **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://facebook.com/mediverbund)



## **LinkedIn**

[\*\*linkedin.com/company/mediverbund\*\*](https://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\*\*](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**