



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

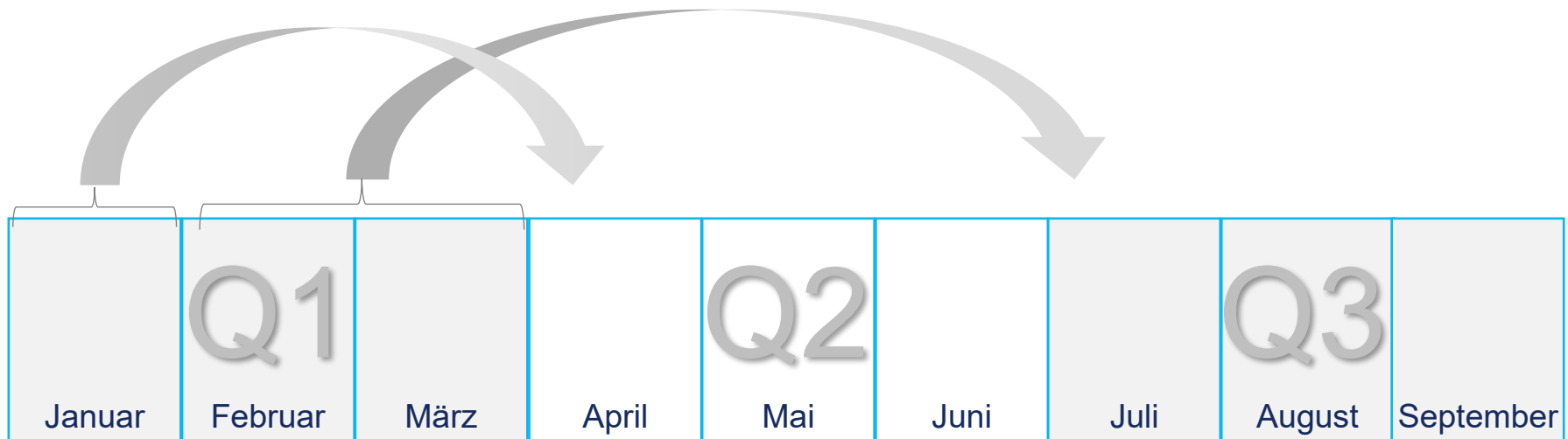
Online-Versicherteneinschreibung

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

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**

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

SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

Ablehnung von SANE-Fällen



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

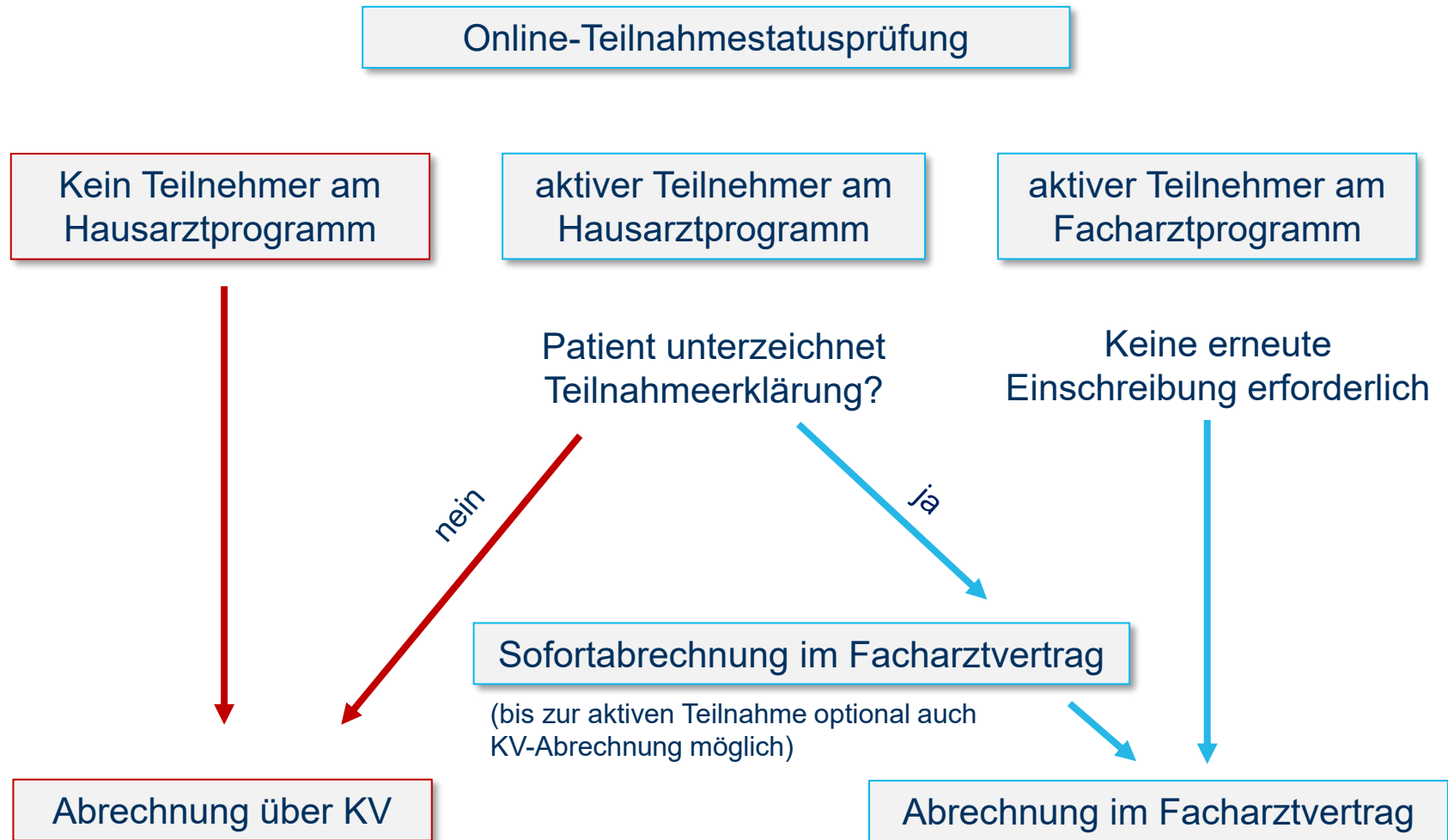
- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

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)



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 §140a-Verträgen sowie HZV sind für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern sind 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	Onkologiepauerschalen 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 Blutampoude 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 Nierenfistelskatheters	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 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 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 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, ausgenommen die OPS-Codes der Prostatastanziobiopsie 1-466.00 und 1-466.01.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	108,39 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	177,05 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	262,77 €



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 „bösartige 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 bösartige 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

- 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

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		240,00 €
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 €

* **Keine** Abrechnung der OPS 1-466.00/1-466.01 als ambulante Operation (gem. EBM Kapitel VI Anhang 2) möglich

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

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>)	30,00 €

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 €

Onkologievereinbarung

Onko 1	Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86512)	 	32,47 €
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)	 	218,47 €
Onko 4	Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	218,47 €
Onko 5	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 01.04.2025
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, ausgenommen die OPS-Codes der Prostatastanzbiopsie 1-466.00 und 1-466.01.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	108,39 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	177,05 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	262,77 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	80,20 €
Visceralchirurgie		
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM	282,81 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM	373,29 €
31158	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155	87,21 €
Urologische Eingriffe		
31271	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	123,56 €
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	204,88 €

- 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	32,47 €	
		225,97 €	

* 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	240,00 €	Stanzbiopsie inkl. Sachkosten
	E7d	30,00 €	Praxisklinische Betreuung 1h
3. Termin	BG1a/b	17,00 €	20 Minuten Gesprächszeit
	BG1a/b	17,00 €	a oder b je nach Gleason-Score
	Onko1	32,47 €	
		406,97 €	

* 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
		70,50 €	
* Bosch BKK: 5,00 €			

Abrechnungsbeispiel Ureterstein

Behandlung eines Patienten mit 3 Behandlungsterminen – Ureterstein links; Diagnose (N20.0l)			
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	E4l	650,00 €	ESWL 1. Versuch
	E7d	30,00 €	Praxisklinische Betreuung 1h
3. Termin	E4l	300,00 €	ESWL 2.Versuch
	E7d	30,00 €	Praxisklinische Betreuung 1h
		1.076,50 €	

* 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

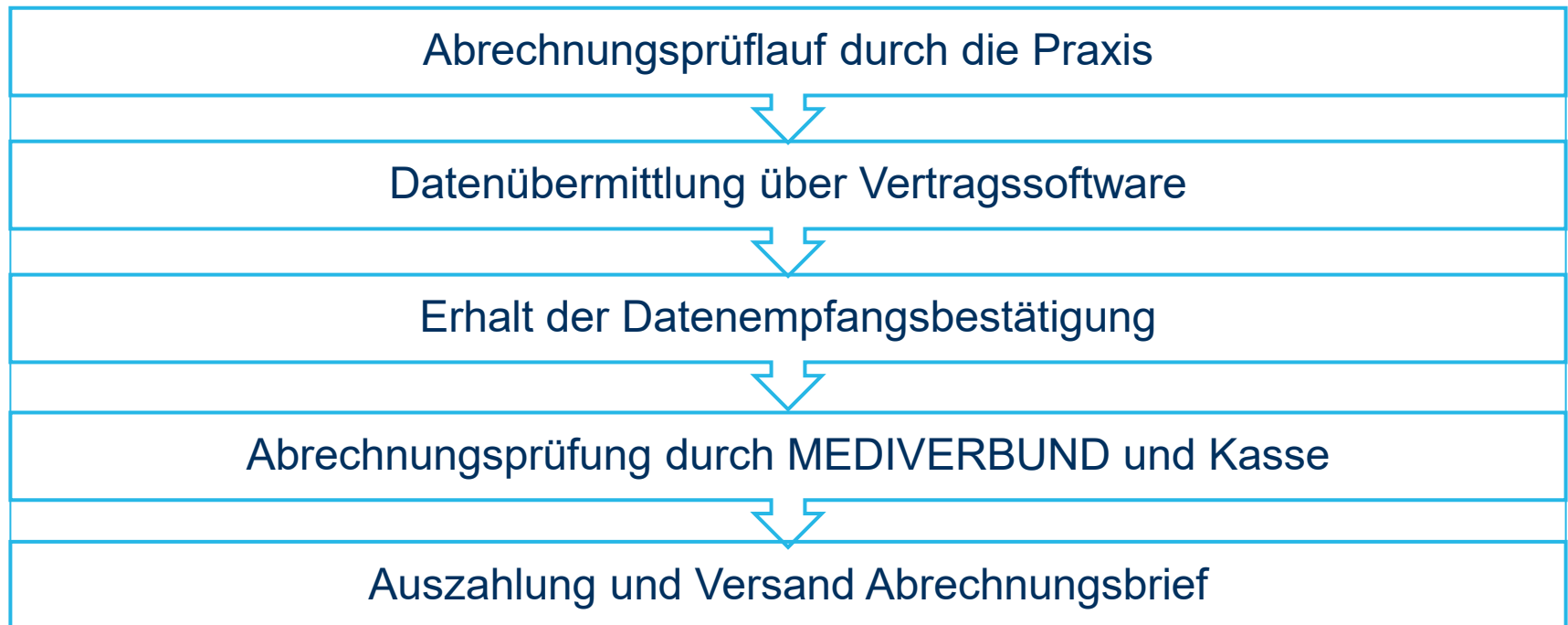
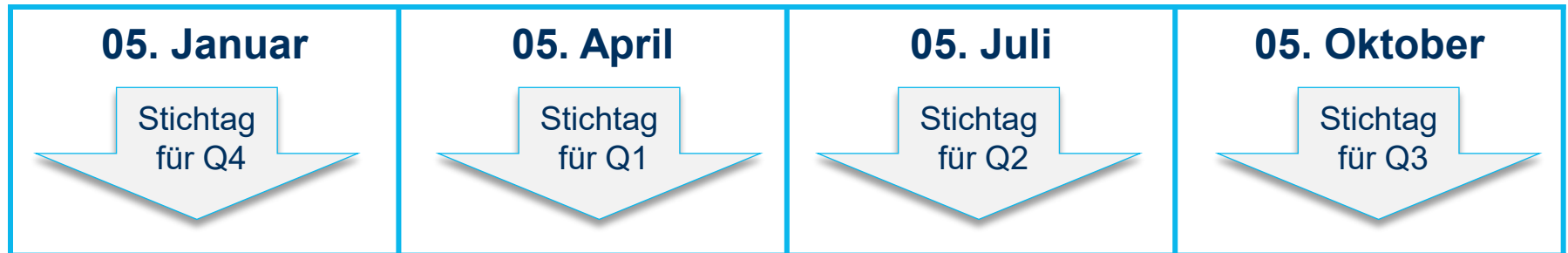
Botoxinjektion			
1. Termin	P1	25,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
	P1a*	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	14,50 €	
	BG4	17,00 €	10 Minuten Gesprächszeit
	E5	60,00 €	Zystoskopie Frau
2. Termin	E8	145,00 €	Urodynamik (inkl. Sachkosten)
3. Termin	E3	260,00 €	Botoxinjektion (inkl. Sachkosten,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

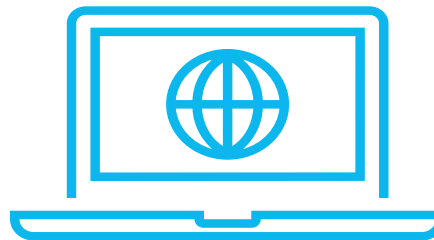
➤ Einzelnachweise

- detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
- von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
- NEGSOFAB: 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	Versicherten-nummer	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 €
---	12.07.2018	2,50 €
	12.07.2018	2,00 €
	12.07.2018	2,50 €
	12.07.2018	2,00 €
	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

- 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 Abrechnungssichttag

Beispiel Abrechnungsprüfung: Auftragsleistungen

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

nach Prüfung:

Übermittelte Daten:

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



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	240,00 €
5	Summe:		296,00 €
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	240,00 €
5	BG1b	5. Termin	17,00 €
6	Summe:		313,00 €
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

2025

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

diesen Kalender finden Sie im Bereich „Abrechnungsunterlagen“

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsstichtag 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	108,88 €	-	10,88 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

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.

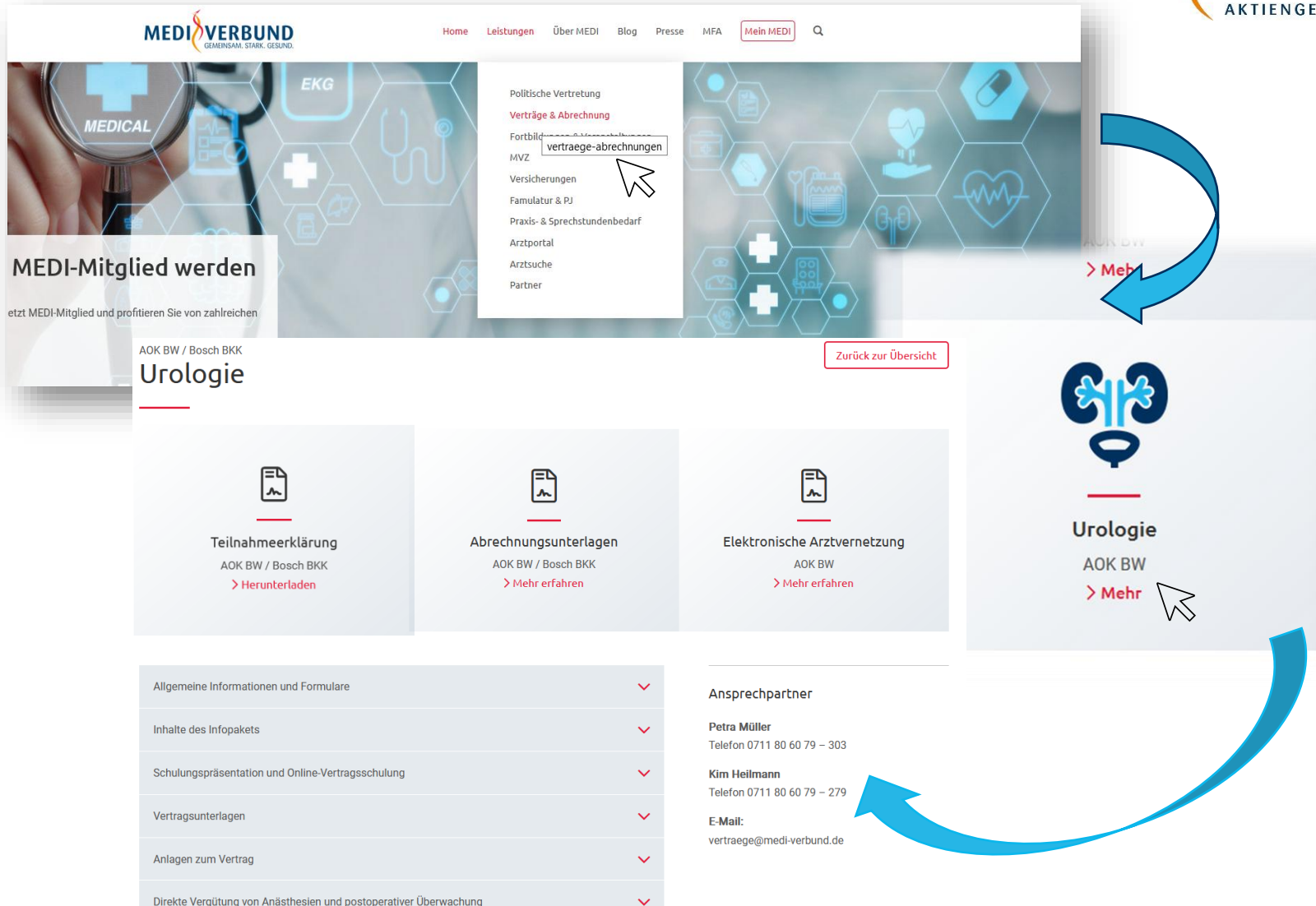
Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	$\geq 70 \%$
Q3/2021	grün	98 %	$\geq 90 \%$
Q3/2021	rot	3 %	$\leq 3 \%$

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: Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search icon is also present. A dropdown menu is open under 'Verträge & Abrechnung', listing: Politische Vertretung, Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner. A mouse cursor points to 'vertraege-abrechnungen'. On the left, a banner for 'MEDI-Mitglied werden' is visible. Below it, a section for 'Urologie' (AOK BW / Bosch BKK) features three cards: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arztvernetzung'. A fourth card for 'Urologie' (AOK BW) is on the right, with a mouse cursor pointing to '> Mehr'. At the bottom, a table lists various services with expandable icons, and a contact section for 'Ansprechpartner' provides details for Petra Müller and Kim Heilmann.

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

Urologie
AOK BW / Bosch BKK

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 Heilmann
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



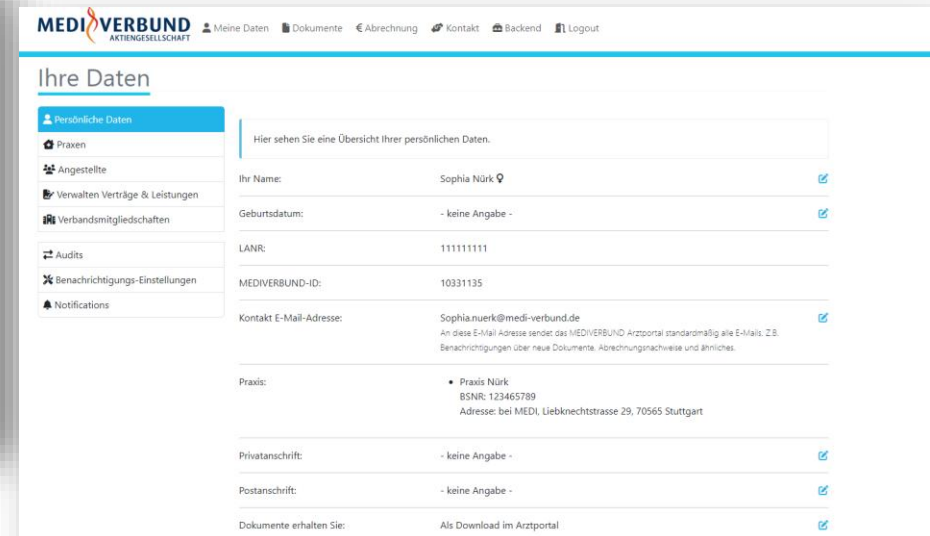
MEDI  **VERBUND**
AKTIENGESELLSCHAFT

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

- Praxis
- 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 LV Süd

BKK LV 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 Kardiologie 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

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

 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



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



garrioCOM auf
einen Blick – in
diesem Video:



Förderung von Stipendien zum Physician Assistant - AOK BW

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



MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

medi-verbund.de/blog/



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

medi-verbund.de/newsletter/



Facebook

facebook.com/mediverbund



LinkedIn

linkedin.com/company/mediverbund



YouTube

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

medi-verbund.de/youtube



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**