

Vertrag zur Versorgung in dem Fachgebiet der Urologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)

Presselstraße 19, 70191 Stuttgart

vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Johannes Bauernfeind



Bosch BKK („BKK“)

Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Frieder Spieth,



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)

Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. Norbert Smetak,



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)

Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. Wolfgang Schnörer
und den Unternehmensbereichsleiter Wolfgang Fechter

und

teilnehmenden FACHÄRZTEN

sowie



Versorgungsgesellschaft Urologie mbH („VgURO“)

Glinkastraße 32, 10117 Berlin

vertreten durch den Geschäftsführer Dr. Roland Zielke

und



Arbeitsgemeinschaft niedergelassener Urologen e.V. („AGNU“)

Bahnhofplatz 1, 79713 Bad Säckingen
vertreten durch den Vorstand Dr. Michael Rug

(einzeln oder gemeinsam „**Vertragspartner**“)

Inhaltsverzeichnis

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	4
Präambel	4
§ 1 Vertragsgegenstand	5
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	6
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	6
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	6
§ 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten	8
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	9
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	12
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT	13
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	13
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE	14
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	14
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDIVERBUND, VgURO, AGNU und MEDI e. V. UNTEREINANDER	14
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	14
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	14
§ 12 Pflichten der AOK und BKK	16
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., VgURO und AGNU	17
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	17
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	18
§ 16 Vertragssoftware	18
§ 17 Kündigung und Laufzeit	18
§ 18 Schlichtungsverfahren	19
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	19
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	19
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK	22
§ 21 Verwaltungskostengebühr	22
ABSCHNITT VI:BEIRAT	23
§ 22 Beirat	23
ABSCHNITT VII:ALLGEMEINE REGELUNGEN	23
§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte	23
§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende	24
§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung	24
§ 26 Haftung und Freistellung	25
§ 27 Qualitätssicherung	26
§ 28 Datenschutz	26
§ 29 Sonstiges	26
Anlagenübersicht	28

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante urologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch urologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Zusammenarbeit und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK und die Bosch BKK als gesetzliche Krankenkassen mit über 4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchten gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE“ genannt**) Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die AOK, die BKK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch die VgURO, die AGNU und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK und die BKK erfüllen durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. Der MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Die VgURO beteiligt sich unter Berücksichtigung der Satzungsziele des Berufsverbands der Deutschen Urologie e.V. (BvDU) an der gemeinschaftlichen Aufgabe zur Weiterentwicklung der Versorgungsstrukturen in Deutschland unterstützt durch die Landesvertretungen des BvDU . AGNU ist eine Arbeitsgemeinschaft der niedergelassenen Urologen.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT gegen die Vergütung nach diesem Vertrag zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie sowie Heil- und Hilfsmittelversorgung erwarten die AOK und die BKK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 bzw. der Bosch BKK vom 29.09.2009 und Teil des AOK-FacharztProgramms bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach § 140a SGB V bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge § 140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: insbesondere Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK und BKK nach § 137f SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen im Rahmen eines **Kodex** insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

- (1) Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die FACHÄRZTE in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (bio-psycho-sozialer Ansatz); die AOK und die BKK informieren ihre Versicherten dahingehend, dass hiermit unnötige Behandlungen vermieden werden sollen.
- (2) Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten und anderen beteiligten FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN zusammen. Dabei geht es v.a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die AOK und die BKK weisen ihre am Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.
- (3) In diesem Sinne organisieren die Partner analog der Kundenbefragung im Qualitätsmanagement ein Patienten-Feed-back, das ausschließlich dem einzelnen FACHARZT zugänglich ist.
- (4) FACHÄRZTE und HAUSÄRZTE arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll zusammen und binden im Einverständnis mit dem Patienten in Erfüllung ihrer Unterstützungsfunktion den Sozialen Dienst der AOK / die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit ein.
- (5) Ziel der Vertragspartner ist, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensivierter Betreuung durch den FACHARZT und HAUSARZT sowie insoweit qualifizierte Mitarbeiter der Kassen eine verbesserte Versorgung zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassten Leistungen zu vermeiden.
- (6) Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Modellprojekte und Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.
- (7) Die Vertragspartner arbeiten gemeinsam an der Einführung und Weiterentwicklung einer online-basierten Terminvergabe zur besseren Koordinierung und Vernetzung von FACHÄRZTEN und HAUSÄRZTEN.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Urologie (soweit diese das Leistungsspektrum der konservativen und operativen Urologie erbringen, siehe Anlage 12 Anhang 1) für Versicherte der AOK und BKK in Baden-Württemberg durch nach dem II. Abschnitt (Seite 6ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Abschnitt III. regelt die Teilnahme der Versicherten der AOK und BKK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt (Seite 14ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 19ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch.
- (2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Die Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen („**Ärzte**“), persönlich ermächtigten Ärzten/-innen („**Ermächtigte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es Voraussetzung, dass alle im jeweils zum Zeitpunkt des Beitritts gültigen Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) als „obligatorisch“ gekennzeichneten Ziffern erbracht werden müssen.
- (3) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt**“):
 - a) Ärzte müssen
 - Fachärzte für Urologie sein und weitere in Anlage 12 Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,
 - als zugelassener Arzt oder als zugelassenes MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen,
 - b) Persönlich ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 22 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden
 - c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten liegen in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 3 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den urologisch tätigen an-

- gestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n erfolgen;
- c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über z.B. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;
 - g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail-Adresse informieren;
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT: Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen.
 - i) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß **Anlage 2** für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist.
 - j) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2**
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)
 - Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.

- b) **Zulassung zum AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg („**Versicherte**“), die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können sich in das AOK-FacharztProgramm einschreiben. Das AOK-FacharztProgramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie und Urologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-FacharztProgramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte auszuwählen, die an diesem FacharztProgramm der AOK teilnehmen.
- (2) Für Versicherte der BKK ist die Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ Voraussetzung für die Einschreibung in das Bosch BKK-Facharztprogramm. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte der BKK, nach freier Wahl nur solche FACHÄRZTE auszuwählen, die am Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmen.
- (3) Versicherte der AOK und der BKK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-FacharztProgramm** bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm einschreiben:
- a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich elektronisch an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
- b) Bei Ärzten, die am jeweiligen HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“).
- c) Bei FACHÄRZTEN aus anderen Modulen des AOK-FacharztProgramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms.
- (4) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK, BKK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat

verlängern. Für die Sofortabrechnung nach Einschreibung geltend abweichend und ergänzend hiervon die Regelungen der Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 in der jeweils aktuellen Fassung. Ersetzende Vereinbarungen dieser Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012 werden entsprechend berücksichtigt.

- (5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 19 ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (6) AOK, BKK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (7) **Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK bzw. BKK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.**

§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 19ff.) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots, der Terminvergabe und der Praxisausstattung** erfüllen:
 - a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung,
 - Behandlung von Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden,
 - b) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - c) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - d) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
 - e) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt (**Anhang 1 zur Anlage 17**). Bei Notfällen wird

der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt. Die Übermittlung erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3**.

- f) Anfragen der AOK, der BKK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.
 - g) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
 - h) Die Fachärzte sollen den Versicherten, bei denen ein gesichertes Prostatakarzinom vorliegt und die gemeinsame Entscheidungsfindung eine operative Entfernung der Prostata ergibt, ein DKG-zertifiziertes Prostatakrebszentrum in Baden-Württemberg empfehlen. Die Liste der jeweils zertifizierten Zentren ist über <http://www.aok-gesundheitspartner.de/bw/arztundpraxis/facharztprogramm/urologie/index.html> abrufbar.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu urologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der urologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Anhang 1 zu Anlage 2) nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - d) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß **Anlage 2** sind jährlich bei der Managementgesellschaft einzureichen.
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie folgende **besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte**:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und über die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 140a SGB V
 - b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
 - c) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich.
 - d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der

jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an

- den weiterbehandelnden FACHARZT
- das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.

- e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-FacharztProgramms/Bosch BKK-Facharztprogramms organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte im Internet.
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
 - g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung, Präventionsangebote und spezielle Rehabilitationsangebote (siehe **Anlage 12**).
 - h) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. 295a Abs. 1 SGB V).
 - i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-FacharztProgramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms Urologie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
 - j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
 - k) Der FACHARZT erbringt alle gemäß Anlage 12, insbesondere Anhang 1 (Gesamtziffernkranz), vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Weder Leistungen dieses Vertrages noch Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen von FACHÄRZTEN privat liquidiert werden.
 - l) Falls die AOK oder BKK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden urologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer weiter.
 - m) Mögliche Nutzung und Angebot von Leistungen bzw. Fachanwendungen im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung gemäß Anhang 6 zu Anlage 12, insbesondere wenn hierfür die erforderlichen technischen und vertraglichen (z.B. Teilnahmeerklärung des Arztes) Voraussetzungen vorliegen.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie insbesondere verpflichtet,

- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK bzw. BKK mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 bzw. § 130c SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
 - c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.
 - d) Die wirtschaftliche Verordnung von Hilfsmitteln regeln Anlage 12 und Anlage 17.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** (Seite 19 ff.) eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. **Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.**
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors ist verpflichtend. Alternativ besteht die Möglichkeit einen „HZV-Online-Key“ einzusetzen. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der Konnektor dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. **Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT.**

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
- a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmerechtigung nach § 2 Abs. 3 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).

- f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V a.F., die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 140a SGB V., besondere Versorgungsformen nach § 140a SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs.3 lit. a-c, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 24 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
- a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 oder Anlage 15 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK, BKK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

- (1) Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 7**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-FacharztProgramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.
- (2) In das Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ eingeschriebene Versicherte der BKK unterzeichnen die BKK Teilnahmeerklärung (**Anlage 7**). Abs. 1 gilt für die BKK bzw. ihre Versicherten entsprechend.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDIVERBUND, VgURO, AGNU und MEDI e. V. UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, BKK, MEDIVERBUND, VgURO, AGNU und MEDI e. V.. Die Verpflichtung der AOK bzw. BKK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms/Bosch BKK-Facharztprogramms Urologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK und BKK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK und BKK wie folgt:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);
 - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);

- c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der **beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (Anlage 1)**. Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK und BKK weiter;
 - f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK und BKK; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten im vereinbarten Format;
 - j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmezustand der in das AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und BKK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - p) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295 a Abs. 1 SGB V.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK und BKK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK und BKK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK und BKK in den Regionen der 14 AOK-

Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.

- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK und BKK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**ArztPartnerService**). Die BKK benennt für ihre Schwerpunktregionen dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN direkte Ansprechpartner (**Verantwortliche Regionales Partnernetzwerk, VRP**).
- (2) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK bzw. die BKK werden der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm bzw. im BKK-Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ und im AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekannt gegeben werden.
- (4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK bzw. BKK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (5) Die AOK und die BKK werden der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Änderungen der Stammdaten, die AOK bzw. BKK zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK und der BKK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK und die BKK sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß **§ 15** verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:

a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und all-gemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.

b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.

c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 22) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.

d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.

e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.

f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztsprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztsprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., VgURO und AGNU

- (1) MEDI e.V., VgURO und AGNU sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (2) MEDI e.V., VgURO und AGNU sind verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., VgURO und AGNU,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.

- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK und BKK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND, MEDI e.V., VgURO und AGNU verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e. V., VgURO und AGNU stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK und der BKK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (Anlage 3).
- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).
- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., VgURO und AGNU. **Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß Anlage 8 vorliegt.**
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, BKK, MEDIVERBUND, VgURO und AGNU unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.12.2021 gekündigt werden.
- (3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (4) Die AOK und/oder die BKK sind erstmals nach Ablauf des 31.12.2017 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl gemäß Anlage 8 durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-FacharztProgramm Urologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV). Entsprechendes gilt für die BKK beim Wegfall von deren Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“.
- (5) Das Recht von AOK, BKK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
 - a) Die AOK, die BKK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb

von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1 angesehen.

- b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, der BKK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK, BKK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen - Kündigung von VgURO, AGNU und/oder MEDI e. V. entsprechende Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK, BKK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms / Bosch BKK-Facharztprogramms Urologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) **Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 31.12.2019.**
- a) **Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, BKK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.**
- b) **Einigen sich AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2019 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2021 fort.**

- c) **Einigen sich die AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2019 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.**
- d) **Besteht der Vertrag über den 31.12.2021 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK, BKK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2021 hinaus fortbesteht.**
- e) **Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.**
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
- (4) **Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.**
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der BKK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung

des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.

- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK bzw. BKK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK bzw. BKK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („Fehlrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK, BKK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.
- (14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen, die in einem anderen AOK-FacharztProgramm oder im AOK-HausarztProgramm enthalten sind, für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dasselbe gilt für Leistungen, die im

Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ enthalten sind. Satz 1 und 2 gelten für FACHÄRZTE selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK bzw. BKK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK oder BKK („**AOK-Abrechnung**“ oder „**BKK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK oder BKK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK bzw. BKK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK bzw. BKK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK bzw. BKK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK bzw. BKK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK oder BKK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK oder BKK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) **Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.**
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibengebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.

ABSCHNITT VI:BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern der AOK, 1 Vertreter der BKK, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUNDES sowie 2 Vertretern des VgURO und 1 Vertreter der AGNU besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte.
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. AOK und BKK sind berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
 - d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII:ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) **Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:**
 - II. Teilnahme des FACHARZTES**
 - III. Teilnahme durch Versicherte**
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr**
 - VI. Beirat**
 - VII. Allgemeine Regelungen**

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

- (2) Für MEDI e. V., VgURO und AGNU gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezug nehmen.

§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) **Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die Erfüllung folgender Voraussetzung zwingend notwendig:**

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK und der BKK einen Vertrag gemäß § 140a Abs. 6 SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Versorgung im Fachgebiet Urologie nach § 140a SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK oder die BKK haftet gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.

- (2) **Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.**
- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach **Abschnitt II** und für die übrigen Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
- a) Kündigt die AOK **oder** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für die kündigende Krankenkasse. Kündigen AOK **und** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Bei einer Kündigung von MEDI e.V., VgURO oder AGNU wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - e) Kündigungen von AOK, BKK, MEDIVERBUND, VgURO oder AGNU sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) **Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.**
- (2) **Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-**

Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK, BKK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.

- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK, BKK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlauffrist schriftlich mitteilen.

§ 26 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK und BKK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK oder BKK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK und BKK haften für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK und die BKK werden den MEDIVERBUND von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK bzw. BKK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.

- (4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK bzw. BKK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.

§ 28 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-/BoschBKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertraglichen Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht,

einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** unbesetzt
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen

Stuttgart, den 01.01.2025

AOK Baden-Württemberg
Johannes Bauernfeind

Bosch BKK
Frieder Spieth,

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. Norbert Smetak,

MEDIVERBUND AG
Dr. jur. Wolfgang Schnörer/ Wolfgang Fechter

VgURO
Dr. Roland Zielke

BvDU Landesverband Württemberg
Dr. med. Marcus Ksoll

BvDU Landesverband Baden
Dr. med. Michael Rug

AGNU e. V.
Dr. med. Michael Rug

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertragsschulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

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

Teilnahmevoraussetzungen												
1. Persönliche Voraussetzungen:												
Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).												
<input type="checkbox"/> Ich habe eine Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Urologie (Nachweis: Selbstauskunft) <input type="checkbox"/> Zulassung, Vertragsarztstz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug) <input type="checkbox"/> Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung) <input type="checkbox"/> Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft) <input type="checkbox"/> Bereitschaft zum Besuch von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Urologievertrages (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)												
2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ												
Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis/ BAG/MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen:												
<input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft) <input type="checkbox"/> Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) (Nachweis: Selbstauskunft) <input type="checkbox"/> Vertragssoftware ist installiert für <input type="checkbox"/> AOK <input type="checkbox"/> Bosch BKK _____ (Name der Software, Version) (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular) <input type="checkbox"/> HZV-Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)												
Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen												
1. allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)												
Bitte beachten Sie:												
<ul style="list-style-type: none"> • Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm bzw. Bosch BKK Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5). • MVZ / BAG/ Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt auf der nächsten Seite (Seite 3) anzugeben. 												
2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen												
Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.												
<input type="checkbox"/> Analoge Anwendung von Röntgenstrahlung (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen) <input type="checkbox"/> Digitale Röntgentechnik (Nachweis: KV-Genehmigung Röntgen <u>und</u> TÜV-Zulassung volldigitales Röntgengerät oder Speicherfoliengerät) <input type="checkbox"/> Abdomen-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [33042]) <input type="checkbox"/> Duplex-Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [33073]) <input type="checkbox"/> Psychosomatische Grundversorgung (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [35100 oder 35110]) <input type="checkbox"/> PSA-Strukturzuslag (Nachweis: Gerätenachweis (Kauf- bzw. Leasingvertrag)) <input type="checkbox"/> Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer [26330]) <input type="checkbox"/> Qualifikation ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren) <input type="checkbox"/> Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren) <input type="checkbox"/> Urethrozystoskopie (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren) <input type="checkbox"/> Prostatabiopsie (Nachweis: KV-Genehmigung ambulantes Operieren) <input type="checkbox"/> Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV-Abrechnung) <input type="checkbox"/> Qualifikation Proktologie (Nachweis: Zusatzweiterbildung „Proktologie“)												
Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig (Meldung weiterer Ärzte auf gesonderten Blatt möglich):												
LANR (7- oder 9-stellig)												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet											
LANR (7- oder 9-stellig)												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet											
LANR (7- oder 9-stellig)												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet											
LANR (7- oder 9-stellig)												
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> <td style="width: 25px; height: 20px;"></td> </tr> </table>												

Titel, Nachname, Vorname	Fachgebiet											
ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.												

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

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK/Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG, Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datschutz-team@medi-verbund.de

Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr,

datschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
 2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. (Einschreibung und unverzügliche elektronische Versendung immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d.h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KVBW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

--	--	--	--	--	--

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12 erfüllt werden:

Allgemein:

Zulassung als Facharzt für Urologie.

(1) Röntgen:

a) Analoge Anwendung von Röntgenstrahlen

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des urologischen Fachgebiets. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Strahlendiagnostik und -therapie in der jeweils gültigen Fassung. Vorhaltung eines analogen Röntgengerätes. Einhaltung der Rö-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung. Die Fach- und Sachkunde ist regelmäßig zu rezertifizieren.

b) Digitale Röntgentechnik

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des urologischen Fachgebiets. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Strahlendiagnostik und -therapie in der jeweils gültigen Fassung. Vorhaltung eines digitalen Röntgengerätes (Speicherfoliengerät oder volldigitales Röntgengerät). Konstanzprüfung bei digitalen Bildempfängersystemen nach DIN 6868-13 (Kenngrößen Dosis, optische Dichte usw.):

Hinweis zu (1): Sollte eine Arztpraxis ihre Praxisausstattung bezüglich des Röntgengerätes von analog in digital ändern, ändert sich der dazugehörige Strukturzuschlag

grundsätzlich mit dem Quartal nach Anzeige/Meldung der Anschaffung des neuen Gerätes, frühestens jedoch mit dem Quartal nach der Inbetriebnahme des neuen Gerätes. Umgekehrt, d.h. beim Wechsel von digital in analog, ändert sich der diesbezügliche Strukturzuschlag abweichend davon bereits mit dem Folgequartal nach Wechsel des Gerätes, unabhängig vom Eingang der Anzeige/Meldung der Arztpraxis bei der Managementgesellschaft.

(2) Abdomen-Sonographie:

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Abdomen-Sonographie. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils gültigen Fassung.

(3) Duplex-Sonografie

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Duplex-Sonografie nach Ultraschallvereinbarung.

(4) Stoßwellenlithotripsie bei Harnsteinen

Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung nach der Vereinbarung zur Stoßwellenlithotripsie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V und Einhaltung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Vereinbarung.

(5) Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae

Vorhaltung eines geeigneten Zystoskops und eines für die Durchführung von "Sauberkontaminierten Operationen (Gr. II)" geeigneten (OP-)Raums (gemäß der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts; Nachweis: Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Operationen).

(6) Für das ambulante Operieren:

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Operationen. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 und des § 115b Abs. 1 SGB V in der jeweils aktuell gültigen Fassung.

(7) Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung (Anlage 7) zu den Bundesmantelverträgen

KV-Genehmigung, KV-Registerauszug oder KV-Abrechnung.

(8) Psychosomatische Grundversorgung

Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung zur Erbringung der Psychosomatischen Grundversorgung.

(9) Hygiene

Einhaltung der Hygienestandards in der jeweils gültigen Fassung der Hygieneverordnung bei den Maßnahmen der Diagnostik und Therapie.

(10) Urodynamik

Vorhaltung eines geeigneten Messgeräts und Durchführung in einem geeigneten Eingriffsraum gemäß der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts.

(11) Urethrozystoskopie

Vorhaltung eines geeigneten Zystoskops (starres Instrument für Frauen, flexibles Instrument für Männer) und Durchführung in einem geeigneten Eingriffsraum gemäß der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Nachweis: Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Operationen.

(12) Prostatabiopsie

Vorhaltung eines geeigneten Ultraschallgeräts mit Führungshilfe und Durchführung in einem geeigneten Eingriffsraum gemäß der Richtlinien des Robert-Koch-Instituts. Nachweis: Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Operationen.

(13) PSA-Strukturzuschlag

Vorhaltung eines geeigneten Messgerätes und entsprechende Erfüllung der Voraussetzungen der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für die Durchführung von Laboratoriumsuntersuchungen in der kassenärztlichen/vertragsärztlichen Untersuchung gem. § 75 Abs. 7 SGB V in der jeweils gültigen Fassung.

(14) Proktoskopie

Führen der Zusatzweiterbildung „Proktologie“ gem. der Weiterbildungsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg in der jeweils gültigen Fassung.

Einhaltung von Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetreiberverordnung.

ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a und b) des Vertrages)

(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß

§ 5 Abs. 3 lit. a)

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche urologisch relevante, indikationsbezogene (Pharmako-) Therapie-Module beinhaltet.

(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für FACHÄRZTE (gemäß § 5 Abs. 3 lit b) des Vertrages)

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK sollen 4 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. Die Qualitätszirkel können auch als Webinare (Seminare auf web-basierter Plattform) seitens der Managementgesellschaft angeboten werden. Je vollendetes Halbjahr soll mindestens ein Qualitätszirkel/Webinar besucht bzw. durchgeführt werden.

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die Qualitätszirkel/Webinare über ein von den Vertragspartnern zu benennendes Institut organisiert und durchgeführt werden. Für die Qualitätszirkel können unter anderem anonymisierte Daten aus Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit (siehe ABSCHNITT III) aufbereitet werden. Darüber hinaus können weitere Themen erarbeitet werden, zu denen die Daten noch von den Vertragspartnern zu definieren sind.

(3) Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV-Versicherten

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK/BKK ihr vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten von AOK-/BKK-Versicherten in pseudonymisierter Form durch ein unabhängiges Institut für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur Erstellung von Verordnungsanalysen

aufbereiten lässt. Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist insoweit die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale des AOK-/BKK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Verwaltungs- und Diagnosedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen FACHARZTES und ausschließlich für die Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der FACHARZT im Rahmen der Qualitätszirkel ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den FACHARZT versandt bzw. können zukünftig ggf. auch elektronisch übermittelt bzw. abrufbar bereitgestellt werden.

ABSCHNITT III: Erstellung eines individuellen Arzt-Feedbacks mittels Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit von am AOK-FacharztProgramm / Facharzt-Programm der Bosch BKK teilnehmenden Versicherten in urologischer Versorgung

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK bzw. BKK über ein drittes unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchführen kann. Ziel ist eine arzt- und patientenbezogene Evaluation, insbesondere zu Prozessen, Patientenzufriedenheit sowie Elementen der Vertragsumsetzung (z.B. Partizipative Entscheidungsfindung bzw. Arzt-Patienten-Kommunikation).

Die Vertragspartner definieren ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter, das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung sowie zur Verordnungsanalyse.

Zur Durchführung der Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und zur Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte beauftragen die Vertragspartner ein oder mehrere unabhängige Forschungsinstitute. Darüber hinaus sollen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel einfließen (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feedback ist nur für den Arzt vorgesehen.

ABSCHNITT IV: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. b) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung besteht aus Vertretern der Vertragspartner. Sie überprüft nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten urologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de, der VgURO unter <https://vguro.de/> oder der AGNU <http://www.agnu.net/> sowie in Anlage 17 Anhang 2 veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

ABSCHNITT V: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. d) des Vertrages)

- (1) Die urologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT jeweils 2 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.
- (2) Die Vertreter der VgURO und der AGNU zertifizieren gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbände e.V.“) jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die sich insbesondere mit den urologischen Versorgungsschwerpunkten gem. Anlage 12 und Anlage 17 beschäftigen. Dazu gehören in gemeinsamer Abstimmung zwischen allen Vertragspartnern vor allem folgende Themen:
 - Unterstützung der richtigen spezifischen endstelligen Kodierung
 - Unterstützung von Informationsvermittlung bzw. Umsetzung der Beratungsergebnisse/der gemeinsamer Entscheidungsfindung auch zu nicht-medikamentösen Themen, insbesondere in der Onkologie
 - Unterstützung der medikamentösen Maßnahmen z.B. gemäß aktuellem Stand der Rationalen Pharmakotherapie sowie auch der Rabattierung
 - Unterstützung und Vernetzung der interdisziplinären Versorgung
- (3) MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK/BKK zur Verfügung. Die AOK/BKK kann Vorschläge zu Qualitätszirkel- und Fortbildungsthemen einbringen.

Abschnitt VI. Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat. Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

Qualitätssicherung zur Durchführung der Prostatastanzi- opsie

Tag 1: Indikationsstellung und Aufklärung an Hand Aufklärungsbogen z. B. Perimed

Präanalytik :

- Medikamentenanamnese, v.a. zur Gerinnungshemmung
- Gerinnungsstatus
- Urinkultur
- Darmflora (Flurchinolinresistente Darmflora)
- Festlegung Antibiotische Abschirmung
- Patienteninfo durch MFA und Merkblatt

Tag 2: Biopsie nach Vorlage der Präanalytik (Checkliste) vorbereiten

- Patient lagern und vorbereiten
- OP-Tisch richten
- Schallsonde desinfizieren (z.B. Tristel)
- Einmalpunktionsreiter einsetzen
- Punktionspistole mit Einmalnadel laden.
- Unter fortwährender Überwachung der Vitalfunktionen
- Einführen der Rektalsonde
- Lokalanästhesie
- Mehrfachpunktion (in der Regel 10 bis 12) der Prostata
- eindeutige Zuordnung der einzelnen Entnahmen nach Seite und Lage.
- Ruhephase
- Miktionskontrolle
- Postdiagnostische Beratung zu weiteren Verhaltensmaßnahmen (Merkblatt)

Tag 3: Besprechung des Befundes und Beratung zu weiteren Konsequenzen der Biopsie

Vertrag vom 13.06.2016
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT bei dessen Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung von z.B. DSL entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT mit seinem Internet Service-Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an die Managementgesellschaft zu übermitteln.

Vertrag vom 13.06.2016

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig:

- 1) Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen gemäß ABSCHNITT I. Die Funktionsfähigkeit muss gegenüber der Managementgesellschaft durch ein Installationsprotokoll oder eine Testübertragung von Abrechnungsdateien (Testabrechnung) nachgewiesen werden.
- 2) Praxisbezogener HZV-Online-Key

HINWEIS: Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN

Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Hardware und Vertragssoftware bzw. Konnektor oder HZV-Online-Key behoben.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Ggf. Informationsmaterialien
- Ggf. Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HZV-Versicherten in das AOK-FacharztProgramm und Bosch BKK-Facharztprogramm

Inhaltsverzeichnis

1	FACHARZT.....	2
1.1	Vertragsteilnahme des FACHARZTES.....	2
1.1.1	Versendung des Infopaketes.....	2
1.1.2	Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft.....	2
1.1.3	Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ.....	2
1.1.4	Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen.....	2
1.1.5	Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme.....	3
1.1.6	Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses.....	3
1.2	Änderungen im FACHARZT-Bestand.....	3
1.2.1	Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand.....	3
1.2.2	Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg.....	4
1.2.3	Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland.....	4
1.2.4	Tod des FACHARZTES.....	4
1.2.5	Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ.....	4
1.2.6	Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT.....	4
1.3	Informationspflicht des FACHARZTES.....	4
2	Eingeschriebene Versicherte.....	5
2.1	Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages).....	5
2.1.1	Einschreibung beim FACHARZT.....	5
2.1.2	Verarbeitung bei der AOK oder BKK.....	6
2.1.3	Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung.....	6
2.1.4	Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte ...	6
2.2	Änderungen im Versichertenbestand.....	7

1 FACHARZT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen

- Teilnahmeerklärung FACHARZT;
- Vertrag;
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES und Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Gleichzeitig steht eine Teilnahmeerklärung FACHARZT auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Facharzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Facharzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Facharztes/MVZs mit dem Status „angefragt“ in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Zulassung als Fachärzte für Urologie oder zugelassenes MVZ, das Leistungen nach diesem Vertrag durch o.g. tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem

Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;

- Ausstattung mit einer Vertragssoftware;
- Betrieb eines Konnektors/Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten (sofern vorhanden) an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung); Die FACHÄRZTE übermitteln die für sie und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft. Die Vertragspartner verständigen sich darüber, zu einem späteren Zeitpunkt eine Online-Vertragsschulung (E-Learning) anzubieten.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Facharzt/das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Facharzt/das MVZ von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen (Starterpaket). Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben (Starterpaket) über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages). Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung der Flächendeckung (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8). Wird während der Vertragslaufzeit dieser Anteil unterschritten, können die AOK und die BKK gemäß § 17 Abs. 4 den Vertrag kündigen.

Erfüllt der FACHARZT die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält er in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Fachärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Facharzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK und die BKK das Gesamtteilnehmerverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK bzw. BKK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE, die AOK und die BKK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Arztes gemäß 1.1.4.

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK und BKK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ

Bei Wegfall der Zulassung (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich Drei-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

Der FACHARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT oder abrechnungsrelevante Informationen

haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft, der AOK und der BKK durch Übermittlung des Stammdatenblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der **Anlage 12** des Vertrages.

2 Eingeschriebene Versicherte

2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm“ (BKK) darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des AOK-FacharztProgrammes bzw. des Facharztprogrammes der Bosch BKK und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß Anlage 7 Anhang 2 (Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg bzw. Merkblatt zum Facharztprogramm der Bosch BKK) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Zudem wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ händigt der FACHARZT dem Versicherten aus. Der

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.04.2020
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsristen in der Arztpraxis aufzubewahren.

Damit die AOK bzw. BKK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK bzw. BKK auf Grund des entfallenen Beleginleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-/BKK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK bzw. BKK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK ist auch beim HAUSARZT möglich.

2.1.2 Verarbeitung bei der AOK oder BKK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „FacharztProgramm der Bosch BKK“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT online mittels der Vertragssoftware an den MEDIVERBUND. Dieser sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK/Bosch BKK bzw. den von ihr beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK/Bosch BKK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK/Bosch BKK-internes System.

2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist und an der HZV teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm frühestens zum Folgequartal teilnehmen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK bzw. die BKK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.04.2020
AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

Dem FACHARZT steht die Information über den Teilnahmestatus eines Patienten im AOK- bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK und die BKK informieren ihre teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

2.2 Änderungen im Versichertenbestand

Nach Maßgabe der AOK-Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm können sich Änderungen im Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt. Dasselbe gilt für die BKK und ihre Versicherten.

Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte

1. AOK: Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das AOK Facharztprogramm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "AOK-Facharztprogramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-Facharztprogramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.
2. BKK: Die Teilnahmebedingungen für HZV-Versicherte, die sich in das BKK Facharztprogramm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der BKK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "BKK-Facharztprogramm" und einem "Merkblatt" zum BKK-Facharztprogramm für Versicherte der BKK in Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

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

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten 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-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen 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-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde 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 erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung 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.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a 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 enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.** Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Exemplar für den Patienten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten 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-FacharztProgramm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen 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-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde 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 erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung 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.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a 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 enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.** Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) **einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Exemplar für den Arzt/Therapeuten

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK 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 Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenerhebung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Patienten

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK 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 Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen sein.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)*

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm können Sie alle Vorteile aus den einzelnen Verträgen in Anspruch nehmen. Diese umfassen u. a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode

Diese Daten werden von der einschreibenden Arzt- bzw. Therapeutenpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft und welche Aufgaben hat diese?

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
Tel.: 0711 80 60 79-0

Die zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm erforderlichen Daten (siehe oben) werden von der einschreibenden Facharztpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft, MEDIVERBUND AG, an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG) ist für die Verarbeitung der von einschreibenden Facharztpraxis elektronisch übermittelten Daten zuständig und übernimmt somit die operative Durchführung des FacharztProgramms.

Pro Quartal werden abrechnungsrelevante Daten aus Ihrer Facharztpraxis verarbeitet und im Namen Ihres Arztes an die AOK Baden-Württemberg übermittelt.

Zentrale Aufgabe der Managementgesellschaft ist somit auch die Sicherstellung einer schnellen, effizienten und fehlerfreien Honorarabrechnung. Die Aufgaben im Überblick:

- Planung und Erstellung der Quartalsabrechnungen
- Auszahlung der ärztlichen Honorare
- Entwurf und Versand der Vertragsunterlagen (in Kooperation mit Krankenkassen und regionalen Arztverbänden)
- Telefonische Betreuung teilnehmender Facharztpraxen (Beantworten von Fragen zur Vertragsabwicklung, Vertragsunterlagen, etc.)
- Pflege der Arztstammdaten in einer zentralen Datenbank
- Täglicher elektronischer Datenträgeraustausch mit den Krankenkassen.

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO, § 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsinanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre

Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

* Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 EU-DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

§ 75 SGB X

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Merkblatt zum Facharztprogramm

für Versicherte der Bosch BKK

**BOSCH****BKK**

Facharztprogramm – was ist das?

Mit dem Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel ist es, flächendeckend die besondere ambulante fachärztliche Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) in besonderer Qualität zu gewährleisten und die Koordinierungsfunktion Ihres gewählten Hausarztes zu nutzen. Ihre Teilnahme am exklusiven Facharztprogramm ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie schreiben sich verbindlich für mindestens 12 Monate in die besondere ambulante fachärztliche Versorgung ein.
- Fachärzte/Therapeuten dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes (Hausarztprogramm) in Anspruch genommen werden.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am **Hausarztprogramm** teilnehmen. Ausnahmen, z. B. Mindestalter, werden im Kapitel „Fachgebiete“ genannt.

Fachgebiete im Facharztprogramm

Kardiologie
Gastroenterologie
Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (PNP)
Orthopädie/Rheumatologie
Urologie
Pneumologie

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Qualitätsgesicherte fachärztliche/therapeutische Versorgung, Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. - Fr.)
- Mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige
- Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Schnelle Terminvergabe bis 2 Wochen nach Anmeldung
- In dringenden Fällen erhalten Sie bei Vermittlung durch Ihren Hausarzt innerhalb eines Tages einen Termin bei Fachärzten bzw. innerhalb von 3 Tagen bei Psychotherapeuten
- Mehr Zeit für die Beratung
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot

Besonderheiten für das Fachgebiet Kardiologie:

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Direktinanspruchnahme von Kinderkardiologen möglich. Danach ist die Behandlung von angeborenen Herzfehlern beim Kinderkardiologen nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt oder einen Facharzt, der am Bosch BKK Facharztprogramm der Kardiologie teilnimmt, möglich.

Besonderheiten für das Fachgebiet Urologie:

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung habe ich die Möglichkeit, bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms und der sich daraus ergebenden Indikation einer Operation (vollständige oder teilweise Entfernung der Prostata) vorzugsweise ein DKG-zertifiziertes Krankenhaus (Prostatakrebszentrum) in Baden-Württemberg aufzusuchen.

Einschreibung

Ihre schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung können Sie bei einem teilnehmenden Facharzt, Psychotherapeuten oder Hausarzt ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Facharztprogramm für mindestens 12 Monate.

Wenn Sie sich nicht für das Facharztprogramm entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt/Therapeut händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Danach erfasst der Arzt/Therapeut Ihre Teilnahmeerklärung in seinem Praxissystem als elektronischen Datensatz, der dann unverzüglich datenschutzkonform an die Bosch BKK zur Prüfung übermittelt wird. Fällt die Prüfung positiv aus, werden Sie durch ein Begrüßungsschreiben darüber informiert, wann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm beginnt. In der Regel beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Bosch BKK ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen. Wird die Teilnahme abgelehnt, erhalten Sie eine Mitteilung der Bosch BKK. Die Bosch BKK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere keine Teilnahme am Hausarztprogramm; ungeklärter Versichertenstatus; keine Versicherung unmittelbar bei der Bosch BKK).

Sie erklären mit Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm auch Ihre Teilnahme an zukünftigen Facharztverträgen, die analog dieses Vertrags möglicherweise noch geschlossen werden.

Über neue Verträge informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie mit diesen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung insgesamt unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie von der Bosch BKK über die Vertragsänderung informiert wurden. Für Sie endet dann die Teilnahme am Facharztprogramm. Sie werden wieder in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) bleibt bestehen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Facharztprogramm **insgesamt** ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate. Eine Kündigung ist schriftlich zu richten an:

Bosch BKK

Facharztprogramm Teilnehmernmanagement

Kruppstr. 19

70469 Stuttgart

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/ Gynäkologe/ Kinderarzt ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Facharztprogramm.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die Bosch BKK für das Facharztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Facharztprogramm ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über eine Managementgesellschaft auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre freiwillige Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklärt der Versicherte sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden.

Damit Sie sofort die Vorteile der schnellen Terminvergabe in dringenden Fällen nutzen können, kann der Facharzt/Therapeut, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Facharztprogramm realisieren. Damit wird verhindert, dass Sie auf schnelle Termine bzw. Therapieserien ggf. verzichten müssen. Sie haben von dieser Regelung nur Vorteile und willigen in die Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Facharztprogramm sind, vor allem wie Sie die Qualität der Versorgung beurteilen. Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen vorgesehen, an die Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ohne weitere persönliche Angaben ggfs. weitergeleitet werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, der anstehenden Befragung zu widersprechen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (behandelnde Haus- und Fachärzte, Therapeuten) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Facharztprogramm sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte und anderen Leistungserbringer von Ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Versorgungsmanagement der BKK

Die Bosch BKK bietet Ihnen im Rahmen des Facharztprogramms ein besonderes Versorgungsmanagement an. Dieses unterstützt Sie oder Ihren Arzt bei Ihren speziellen Fragen zu einer Erkrankung, bevorstehenden Operationen etc. **Hierfür kann sie Ihre vorhandenen Daten für Ihre individuelle Beratung heranziehen und ggf. mit Ihnen oder Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.** Die Bosch BKK berücksichtigt dabei selbstverständlich die Datenschutzvorgaben und die Einhaltung der Schweigepflicht Ihres Arztes.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Der elektronische Datensatz Ihrer Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt/Therapeuten über die für die Umsetzung des Facharztprogramms ausgewählte Managementgesellschaft datenschutzkonform an die Bosch BKK übermittelt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft, an die Managementgesellschaft gesandt und dort in die Datenverarbeitung eingelesen. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer), Daten zum einschreibenden Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen. Auch die Beendigung einer Teilnahme wird an die Managementgesellschaft

gemeldet.

Die Managementgesellschaft stellt elektronisch den am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten die Information über Ihren Teilnahmestatus zur Verfügung. Dies ist wichtig, denn nur wenn z. B. Ihr Hausarzt weiß, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen, können Sie zu den teilnehmenden Ärzten überwiesen werden und von den Vorteilen des Facharztprogramms profitieren. Die teilnehmenden Ärzte/Therapeuten übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Bosch BKK. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Bosch BKK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Bosch BKK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Rehabmaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen und andere.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt. Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Bosch BKK der Personenbezug zu Ihren Daten wiederhergestellt. Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Facharztprogramm ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Sollten das Facharztprogramm oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Behandlungs-, Verordnungs-, Diagnose- und Abrechnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z.B. Alter oder Geschlecht) nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Facharztprogramm erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend z. B. in der Mitgliederzeitschrift veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die am Facharztprogramm teilnehmenden Ärzte verpflichtet haben.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte/Therapeuten und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht - soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Kasse für die Durchführung des Bosch BKK Facharztprogramms

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem Haus- und/ oder Facharzt bzw. Therapeuten verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Bosch BKK-Hausarzt-/ Facharztprogramm

Diese Daten werden in elektronischer Form zunächst vom Arzt an die Managementgesellschaft und von dort über eine beauftragte Abrechnungsstelle an die Bosch BKK weitergeleitet. Beide Stellen unterliegen ebenfalls den deutschen Datenschutzvorschriften. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 SGB V, i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die freiwillige Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

Die MEDIVERBUND AG ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen für Vertragsärzte, die sich u.a. um Leistungsabrechnungen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten kümmern.

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-566
E-Mail: info@medi-verbund.de

Wer ist die Abrechnungsstelle?

Die DAVASO GmbH ist führender Technologieanbieter und Dienstleister für gesetzliche Krankenversicherungen und weitere Akteure des Gesundheitsmarktes.

DAVASO GmbH
Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt bzw. Therapeuten für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben,
- der Familienname und Vorname,
- das Geburtsdatum,
- das Geschlecht,
- die Anschrift,
- die Krankenversicherungsnummer,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus,

- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gemäß den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt bzw. Therapeut die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend über die beauftragte IT-/Abrechnungsstelle an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK und deren beauftragte IT-/Abrechnungsstelle erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Bosch BKK Facharztprogramms (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des Bosch BKK Facharztprogrammes gehört auch die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten.

5. Worin bestehen Ihre Rechte?

Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO). Das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) besteht nur, wenn die Verarbeitung nicht auf einer Rechtsvorschrift beruht. Zudem besteht das Recht der Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

6. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Bosch BKK Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

7. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Datenschutzrechtliche Beschwerden können beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK eingereicht werden oder bei:

Der/die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
 Graurheindorfer Straße 153
 53117 Bonn
 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

8. Haben Sie das Recht die Einwilligung zur Datenübermittlung zu widerrufen?

Sie haben das Recht, die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Stand: Juli 2024

Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Behandlung und Abrechnung von bereits am AOK-Facharztprogramm teilnehmenden Patienten bzw. die Neueinschreibung ins AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist.

Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn landesweit in Baden-Württemberg mindestens 157 Fachärzte für Urologie an dem AOK-Facharztprogramm teilnehmen.

Zunächst (Verteilungsschritt 1) sind je Planungsbezirk, in dem mehr als 6 Urologen kassenärztlich zugelassen sind, 3 Vertragsteilnehmer aus dem Fachgebiet der Urologen vorgesehen, bei weniger als 6 kassenärztlich zugelassenen Urologen grundsätzlich 2 Vertragsteilnehmer. Sofern in einem Planungsbezirk nur 2 oder weniger Arztpraxen (Berufsausübungsgemeinschaften oder Einzelpraxen) existieren, wird für diesen Planungsbezirk 1 Vertragsteilnehmer gefordert. Die Differenz aus der Summe der Teilnehmerzahlen aus Verteilungsschritt 1 zu den insgesamt 157 geforderten kassenärztlich zugelassenen Urologen wird unter Berücksichtigung der Verteilung der HZV-Teilnehmerzahlen je Bezirksdirektion sowie der zugelassenen Ärzte des jeweiligen Planungsbezirkes zugeteilt (Verteilungsschritt 2), sodass im Durchschnitt rund 50 % der in diesem Planungsbezirk kassenärztlich zugelassenen Ärzte an diesem Vertrag teilnehmen. Die Flächendeckung ist in Anhang 1 zu Anlage 8 ersichtlich.

1. Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Dabei kann er regionale Besonderheiten berücksichtigen. Die Managementgesellschaft teilt den FACHÄRZTEN, welche den Beitritt zum Vertrag erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.
2. Die Flächendeckung gilt auch für die Bosch BKK.

Verteilung der Flächendeckung

Bezirksdirektion	Landkreis	Verteilung 1	Verteilung 2	140a-Quorum
Neckar-Fils		6	4	10
	Esslingen	3		
	Göppingen	3		
Heilbronn-Franken		7	4	11
	Heilbronn	3		
	Hohenlohekreis	1		
	Main-Tauber-Kreis	1		
	Schwäbisch Hall	2		
Ludwigsburg-Rems-Murr		6	6	12
	Ludwigsburg	3		
	Rems-Murr-Kreis	3		
Ostwürttemberg		5	2	7
	Heidenheim	2		
	Ostalbkreis	3		
Stuttgart-Böblingen		6	13	19
	Stuttgart	3		
	Böblingen	3		
Nordschwarzwald		7	3	10
	Calw	2		
	Enzkreis	1		
	Freudenstadt	1		
	Pforzheim	3		
Mittlerer Oberrhein		6	5	11
	Baden-Baden	1		
	Karlsruhe	3		
	Rastatt	2		
Rhein-Neckar-Odenwald		10	7	17
	Heidelberg	2		
	Mannheim	3		
	Neckar-Odenwald-Kreis	2		
	Rhein-Neckar-Kreis	3		
Schwarzwald-Baar-Heuberg		6	1	7
	Rottweil	2		
	Schwarzwald-Baar-Kreis	3		
	Tuttlingen	1		
Südlicher Oberrhein		10	8	18
	Breisgau-Hochschwarzwald	3		
	Emmendingen	1		
	Freiburg im Breisgau	3		
	Ortenaukreis	3		
Hochrhein-Bodensee		6	2	8
	Konstanz	2		
	Lörrach	3		
	Waldshut	1		
Bodensee-Oberschwaben		7	3	10
	Bodenseekreis	3		
	Ravensburg	3		
	Sigmaringen	1		
Neckar-Alb		8	2	10
	Reutlingen	3		
	Tübingen	3		
	Zollernalbkreis	2		
Ulm-Biberach		5	2	7
	Alb-Donau-Kreis	1		
	Biberach	1		
	Ulm	3		
AOK Baden-Württemberg		95	62	157

Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK und BKK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND, AOK und BKK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK und BKK steuern und bearbeiten Prozesse, die ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.
 - b) Die AOK und die BKK führen insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermitteln diese gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. i) die Teilnahme an einem relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK bzw. die BKK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an diesem DMP und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK bzw. die BKK Rabattverträge abgeschlossen haben, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK oder BKK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK, die BKK und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragsspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderlichen vertragsspezifischen Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nichtvertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.
- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK, der BKK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere
 - a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;

- b) Datenbasierte Verschlüsselung für die Managementgesellschaft;
 - c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an einen elektronischen Patientenpass;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
 - g) Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 6 zu Anlage 12
- (4) Der Teil B wird Prüfmodul von vertragsspezifischen, nicht dekomplilierbaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des Prüfmoduls beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt werden kann.
- (5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die BKK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (6) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK jedem Softwarehersteller, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,
 - b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,
- Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zurückzugeben.
- (7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.

- (8) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK oder BKK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.
- (9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK und der BKK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 6 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 6 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.
- (3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 140a Abs. 2 Satz 1 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN genutzt werden kann.
- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft, der AOK oder BKK eine bereits zugelas-

sene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Managementgesellschaft die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf

- (1) die Arzneimittelverordnung,
- (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
- (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
- (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,
- (5) die elektronischen Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
- (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen; Einsatz eines HZV-Online-Keys.

ABSCHNITT IV: Managementgesellschaft

Der FACHARZT übermittelt sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an die gemäß § 295a SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite tätige Managementgesellschaft.

Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND („**Partei**“ bzw. „**Parteien**“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 140a SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit die Person eines Schlichters („**Erster Schlichter**“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens innerhalb von drei Monaten nach Feststellung der Erforderlichkeit einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „**Schlichter**“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 2 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 3 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter

schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie

dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

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 1. die biopsychosoziale* und kooperative Versorgung integrieren sowie 2. die Aufklärung und die Patientenbeteiligung fördern durch mehr Zeit für das Gespräch einschließlich gemeinsamer Entscheidungsfindung ¹ gemäß aktuellem evidenzbasiertem Wissensstand. *Biopsychosozial integrieren meint neben biologisch-medizinischen Faktoren soziale und psychische zu berücksichtigen, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44); Das Gesundheitswesen 2015, 77). Vorausgesetzt werden dafür u. a.: 1. der kontinuierliche Bezug zu aktuellen Leitlinien (www.awmf.org), aktuellen Fachzeitschriften auch aus dem Gesundheitswesen und unabhängigen Institutionen (u. a. BZgA, IQWiG, ÄZQ, KID bzw. DKFZ, G-BA, RKI)	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Ausnahme: <ul style="list-style-type: none"> • Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fach-ärztlichem Überweisungsvorbehalt. P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt. Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar.	25,00 €

¹ Die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) entspricht der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. shared decision making

	<p>2. die korrekte spezifische und endstellige Diagnoseverschlüsselung abgekürzt gemäß aktueller Fassung der ICD German Modification (GM).</p> <p>I. Grundversorgung</p> <p>Schnittstelle Hausarzt/Urologe für alle Krankheitsbilder</p> <p>Die Rolle des Hausarztes (HA):</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung ▪ Biopsychosoziale Anamnese ▪ Klinische Untersuchung ▪ Ggf. Laboruntersuchung ▪ Ggf. apparative Diagnostik ▪ Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) ▪ Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) ▪ Die Überweisung vom Hausarzt zum Urologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u. a.) und Medikamentenplan ▪ Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes ▪ Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt <p>Überweisung an den Facharzt enthält folgende Punkte:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose/Verdachtsdiagnose (inkl. ICD-10 Codes) ▪ Bekannte somatische und psychische Komorbiditäten, Risikofaktoren und Symptome (inkl. ICD-10 Codes) ▪ Ggf. bereits erhobene Befunde wie Laborparameter, Bildgebung usw. ▪ Ggf. Medikamentenplan ▪ Ggf. andere Besonderheiten wie z. B. häusliche Umstände <p>Befundbericht an weiterbehandelnden Arzt (HA) durch den Urologen:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnose einschließlich deren spezifische Kodierung nach ICD-10 	<p>HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.</p> <p>Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p>	
--	---	---	--

- Laborparameter auch zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HA erfolgt)
- Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan. Folgeverordnungen finden, sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte, beim Hausarzt statt.
- Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum Facharzt führen sollen, z. B. zu Verlaufskontrollen, wiederkehrenden therapeutischen Maßnahmen oder bei rezidivierenden Symptomen.

Facharzzebene

Urologische Versorgungsinhalte im Überblick

Grundsatz (siehe auch Anlage 17)

- Gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. gemeinsam klug entscheiden („choosing wisely“ www.awmf.org) auf Grundlage des persönlichen Gesprächs und unabhängiger Informationen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand fördern die Versorgungsqualität (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44), 2016, 113 (8); Der Urologe, 2011, 50; Das Gesundheitswesen, 2014, 76).
- Links zum Thema v. a.: www.awmf.org, www.patienten-information.de, www.gesundheitsinformation.de; Motto: verstehen, abwägen, entscheiden.
- Die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung für eine Behandlungsform entspricht zudem der Berufsordnung, dem Patientenrechtegesetz und bezogen auch auf die Krebsfrüherkennung dem Sozialgesetzbuch V (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)). Zudem fordert der Nationale Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit (2012; www.bmg.bund.de) in seinem Ziel 13, dass Patienten aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen werden.
- Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Informationsbedürfnissen (Der Urologe, 2011, 50) und Präferenzen bei der Entscheidungsbeteiligung (Das Gesundheitswesen, 2014, 76).

Die gemeinsame Entscheidungsfindung sollte konkret folgende Schritte umfassen

(Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40))

- Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass eine Entscheidung zwischen **zwei oder mehr Möglichkeiten** besteht.
- Der Patient erhält **wissenschaftlich geprüfte Informationen** über die Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken in verständlicher Form.
- Der Arzt gibt dem Patienten die Gelegenheit zu einem **gemeinsamen Abwägungsprozess**, in dem der Patient seine persönlichen Präferenzen klärt.

Grundlagen Versorgung

1. Biopsychosoziale Anamnese allgemein z. B.

- aktuelle (Anfangs-)Beschwerden zu urologischen Leitsymptomen
- Schmerzen
- Vorerkrankungen, Verletzungen und Operationen
- familiäre Krankheitsgeschichte z. B. v. a. Prostatakarzinom, Steinerkrankungen
- Komorbiditäten wie Adipositas, Hypertonus, Diabetes mellitus, psychische Störungen usw.
- bisherige Behandlungen z. B. Bestrahlungen, Operationen, Unfälle
- körperliche und seelische Beschwerden wie z. B. Müdigkeit, Leistungsknick, Appetitmangel, B-Symptomatik
- Größe, Gewicht, Allgemeinzustand
- Soziodemographische Anamnese z. B. Berufs-, Expositionsanamnese, Familienstand
- ggf. (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche/sportliche Aktivität usw.
- Medikamentenanamnese bzw. -plan
- Kontraindikationen, Allergien usw.

2. Körperliche Untersuchungen

- Inspektion und Palpation Abdomen und ggf. äußeres Genitale, ggf. digitorektale Untersuchung

3. Ggf. weiterführende Diagnostik in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten z. B.

- Urin-, Labordiagnostik
- Urogenital-Sonografie
- Spezielle urologische Diagnostik z. B.
 - Zystoskopie
 - Spermiogramm
 - Harnstrahlmessung
 - (Video-)Urodynamik
 - Fachgebundene radiologische Diagnostik
 - Sonstige Bildgebung wie CT, MRT, PET

4. Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung einschließlich Klärung zu möglichen Maßnahmen und zum Vorgehen für die weitere Gesundheitsversorgung wie z. B.

- ggf. nicht-medikamentöse Maßnahmen u. a. einschließlich gemeinsamer Zielvereinbarung mit dem Patienten und Motivationsförderung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (z. B. körperliche/sportliche Aktivität, Nikotinkarenz, Ernährung) gemäß Anlage 17
- ggf. medikamentöse Maßnahmen
- im Falle erforderlicher stationärer Aufnahme: vorbereitendes und vernetzendes Einweisungsmanagement und ggf. Hinweis zum Entlassmanagement der Krankenhäuser u. a. mit Informationen zur korrekten spezifischen und endstelligen Diagnoseverschlüsselung nach aktueller ICD GM sowie z. B. auch zu Behandlungsdauer, Behandlungsverlauf, Medikamentenplan und weiteren behandlungsrelevanten Informationen
- ggf. Hilfsmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 2
- ggf. Heilmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 3
- ggf. Rehabilitation gemäß Anlage 17, Anhang 4
- ggf. weitere supportive Maßnahmen v. a. zur Förderung der Teilhabe am Leben wie ggf. ergänzende Beratung durch den Sozialen Dienst der AOK bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17, Anhang 1
- ggf. invasive Verfahren als Therapie wie z. B. Harnableitung im Pflegeheim oder im Setting der häuslichen Krankenpflege (HKP)

5. Strukturierter Befundbericht

	– für den HAUSARZT vom FACHARZT mit korrekter spezifischer endstelliger Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw.		
Grundpauschale P1a	Siehe P1	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Nur additiv zu P1 abrechenbar.	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €
<p>II. Einführung zu den Versorgungsthemenblöcken mit besonderer patientenzentrierter fachärztlicher Beratung aufbauend auf der Grundversorgung:</p> <p>a. Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc. Korrekte spezifische endstellige Kodierung einschließlich z. B. arzneimittelinduzierter Blutbildveränderungen (D70.1-), Metastasen (C77-79) und chronische Schmerzen (R52.- oder F45.4-) auch im Verlauf</p> <p style="padding-left: 20px;">▪ Benigne Erkrankungen Korrekte spezifische endstellige Kodierung</p> <p>Grundlagen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance (Anm.: bzw. Adhärenz) sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in Therapieentscheidungen und das Selbstmanagement der Erkrankung. Als in der Versorgung noch verbesserungswürdig wird die Aufklärung über Therapiealternativen in der fachärztlichen Behandlung und die Beteiligung an der Entscheidungsfindung in Deutschland beschrieben (Das Gesundheitswesen, 2015, 77). ▪ Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen der Patienten, die Entscheidungsfindung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern und die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede. Sie soll auch dazu beitragen, dass die Entscheidung z. B. zur Teilnahme an der Krebsfrüherkennung nicht auf Basis von lückenhafter Information getroffen wird (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)). 			
Zusatzpauschalen			

<p>P2a1</p> <p>GEF Früherkennung ggf. körperliche Untersuchung</p>	<p>Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5, Z71 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt) ▪ Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiärem Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren ▪ Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen) ▪ Links z. B. www.awmf.org, www.krebsinformationsdienst.de bzw. www.dkfz.de, www.gesundheitsinformation.de, www.aezq.de, www.patienteninformation.de, www.krebsgesellschaft.de, www.leitlinienprogramm-onkologie.de, www.krebshilfe.de, www.rki.de ▪ Ggf. körperliche Untersuchung. 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2b und/oder P3.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) nicht zusammen mit/neben P2a2, P2a3 und/oder P2a4 abrechenbar.</p> <p>Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-5 abrechenbar. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p>	<p>21,00 €</p>
<p>P2a2 P2a3 P2a4</p> <p>GEF Früherkennung inkl. PSA, ggf. körperliche Untersuchung</p>	<p>Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand plus anschließende Durchführung</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt) ▪ Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiären Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar.</p> <p>Die PSA-Werte sind folgendermaßen zu dokumentieren: P2a2, wenn PSA < 1 ng/ml P2a3, wenn PSA 1-2 ng/ml P2a4, wenn PSA > 2 ng/ml</p>	<p>21,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen) ▪ Links z. B. www.awmf.org, www.krebsinformationsdienst.de bzw. www.dkfz.de, www.gesundheitsinformation.de, www.aezq.de, www.patienteninformation.de, www.krebsgesellschaft.de, www.leitlinienprogramm-onkologie.de, www.krebshilfe.de, www.rki.de ▪ Wenn das Ergebnis der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient die anschließende Durchführung der Krebsfrüherkennungsmaßnahme ist, erfolgen die PSA-Bestimmung und ggf. körperliche Untersuchung: <ul style="list-style-type: none"> – Kontrollintervalle z. B. gemäß der jeweils aktuell gültigen S3-Leitlinie Prostatakarzinom: <ul style="list-style-type: none"> ○ individuell auch seltener, wenn kein familiäres Risiko besteht bei PSA < 1 ng/ml: Intervall maximal alle 4 Jahre ○ PSA 1-2 ng/ml: Intervall maximal alle 2 Jahre ○ PSA > 2 ng/ml: Intervall maximal jedes Jahr <p>Anm.: Im Falle eines auffälligen rektalen Befundes Hinweis an den HAUSARZT zur weiteren interdisziplinären Abklärung und Betreuung durch den FACHARZT Gastroenterologie</p>	<p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2b und/oder P3.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) nicht zusammen mit/neben P2a1 abrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-5 abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p>	
<p>P2b GEF</p>	<p>Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf Prostatakarzinom</p> <p><i>„Die Grenzen zwischen der Wahl einer Verdachtsdiagnose und einer gesicherten Diagnose sind [...] fließend. Es obliegt letztendlich der Entscheidung des Arztes, die Festlegung zu treffen. Verdachtsdiagnosen sind weiterhin anzugeben, insbesondere bei ausstehenden Befunden, wenn mit einer spezifischen Therapie noch gewartet werden kann, bis der endgültige Befund vorliegt“ (Deutsches Ärzteblatt, 2011, 108 (6): A-271)</i></p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C61 V/G, D40.0 G bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 einschl. der den Verdacht begründenden Symptome wie R30.-, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R39.-, N02.-, N48.4</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen ▪ Körperliche Untersuchung 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P3.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-5 abrechenbar.</p>	<p>21,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Veranlassung der PSA-Bestimmung ▪ Transrektale Sonographie 	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p>	
<p>P3 GEF</p>	<p>Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf bzw. gesicherten sonstigen urologischen Karzinomen bzw. Tumoren, hier exklusiv Prostatakarzinom</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C60.- bis C68.- (exkl. C61), L90.0, D40.- (exkl. D40.0), D41.-, D44.-, D48.- V oder G gemäß Anlage 12 und Anhang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen ▪ Körperliche Untersuchung 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-5 abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p>	<p>20,00 €</p>
<p>Beratungsgespräche</p>			
<p>Versorgungsthemenblöcke</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc. (BG1a bzw. BG1b, BG2, BG3 sowie BGU) ▪ Benigne Erkrankungen (BG4 und BG5) <p>Grundlage wie eingangs o. g. gemeinsame Entscheidungsfindung und interdisziplinäre biopsychosoziale Versorgung gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand</p>			

<p>Beratungsgespräche</p> <p>BG1</p> <p>unterteilt in:</p> <p>BG1a BG1b (siehe Abrechnung regeln)</p>	<p>Beratungsgespräch Prostatakarzinom (BG1a bzw. BG1b)</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <p>Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese <ul style="list-style-type: none"> – Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung – Fragebögen zur Harnkontinenz (z. B. ICIQ) und zur erektilen Funktion (z. B. IIEF-5) auch im Verlauf z. B. prä- und postoperativ sowie jährlich ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B. <ul style="list-style-type: none"> – schrittweises Informieren durch Aufmalen der Befunde, Fragen klären und auf Wunsch des Patienten Angehörige einbeziehen – Berücksichtigung der Lebensqualität, Lebensziele und Patientenwünsche – ggf. insbesondere auch Aufklärung zur sekundären symptomorientierten Therapie (Abwartendes Verhalten/Watchful Waiting (WW)) – „choosing wisely“ v. a. gemäß www.awmf.org. v. a. auch in der Palliativversorgung – Verwendung von Patienteninfomaterialien bzw. -ratgebern bzw. Entscheidungshilfen gemäß aktuellem Wissensstand. – frühzeitige interdisziplinäre Vernetzung z. B. auch bei psychischen Störungen/Belastungen gemäß Facharztvertrag PNP – Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung) – Informationen zur Selbsthilfe, Krebsberatungsstellen und ggf. Rehabilitationssport – zu Möglichkeiten der Rehabilitation (falls noch nicht geklärt im Krankenhaus bzw. vom HAUSARZT) – zur Palliativversorgung (die multiprofessionell und interdisziplinär die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen in das Zentrum aller Bemühungen setzt, aktuelles Leitlinienprogramm Onkologie ((2015); 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 60 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) <p>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 Beratungsgespräch abgerechnet werden.</p> <p>(Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Für die Abrechnung von BG1 wird folgende zusätzliche Unterscheidung getroffen:</p> <p>BG1a: Gleason-Score ≤6 BG1b: Gleason-Score >6</p>	<p>17,00 €</p>
---	--	--	-----------------------

	<p>Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112, (50)); ggf. auch Vernetzung in Abstimmung mit VERAH/HAUSARZT sowie EFA wie z. B. Pflege und Betreuung zu Hause u. a. einschl. ggf. Hospiz gemäß Leitlinie Palliativmedizin</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf <ul style="list-style-type: none"> – zur Aktiven Überwachung (AS) bei „niedrig-Risiko“ je nach Risikolage kleiner/gleich Gleason-Score 6, ≤cT2a – Operation möglichst in zertifiziertem Zentrum – zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von körperlicher/sportlicher Aktivität (www.rki.de) speziell auch bei Prostatakarzinom auch zur Verminderung/Vermeidung von Inkontinenzbeschwerden prä- und postoperativ (v. a. Walking, Laufen) – interdisziplinäre Versorgung mit dem HAUSARZT v. a. bei Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas und insbesondere auch zur Palliativversorgung – Beachtung sonstiger Medikamenteneinnahme z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Störungen (ggf. auch Nebenwirkung erektile Dysfunktion) 		
<p>Beratungsgespräch BG2</p>	<p>Beratungsgespräch sonstige Karzinome exklusiv Prostata (BG2) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese <ul style="list-style-type: none"> – Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B. <ul style="list-style-type: none"> – Punkte analog wie o. g. unter BG1 ▪ Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf <ul style="list-style-type: none"> – zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe z. B. 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 40 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) <p>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.</p> <p>(Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das</p>	<p>17,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Blasenkarzinom: zu Risikofaktoren wie Rauchen, berufliche Exposition, bei langjährigen Katheterträgern usw., bei oberflächlichem Befund engmaschige Kontrollzystoskopien in der Nachsorge, bei Blasenersatz engmaschige biochemische Kontrollen sowie ggf. Kontrollkoloskopien ○ Nierenzellkarzinom: nicht chemotherapiesensibel, bei lokaler Begrenzung komplette Entfernung elementar, wenn fortgeschritten umfassende palliative Versorgung gemäß Leitlinie Palliativmedizin ○ Peniskarzinom: auch engmaschige Nachsorge und körperliche Untersuchungen (Lymphknotenmetastasen v. a. in den ersten zwei Jahren, Lokalrezidive auch später) ○ Hodenkarzinom: insgesamt sehr gute Prognose mit Nachsorge v. a. als körperliche Untersuchung (zudem Ultraschall kontralateraler Hoden und Abdomen, Rö-Thorax und Abdomen u. a.) ○ zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von Nikotinkarenz 	<p>Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p>	
<p>Beratungsgespräch BG3</p>	<p>Beratungsgespräch D-Diagnosen des Urogenitaltraktes (BG3)</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <p>Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese <ul style="list-style-type: none"> – ggf. Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B. <ul style="list-style-type: none"> – Punkte analog wie o. g. unter BG1 ▪ Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf <ul style="list-style-type: none"> – zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe, z. B. auch u. a. zum Lebensstil wie Nikotinkarenz 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 20 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) <p>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 Beratungsgespräches abgerechnet werden.</p> <p>(Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der</p>	<p>17,00 €</p>

		<p>Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p>	
<p>Beratungsgespräch</p> <p>BG4 BG4KU</p>	<p>Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG 4)</p> <p>Versorgungsthemen: Inkontinenz, neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, Prostatahyperplasie, chronische Entzündungen der Urogenitalorgane, Fehlbildungen, Urolithiasis (obere Harnwege), Enuresis (Alter 5-17 Jahre)</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <p>Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese <ul style="list-style-type: none"> – einschließlich Erörterung zu Fragebögen z. B. zur Miktion ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung bei <ul style="list-style-type: none"> – Inkontinenz u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ Gewichtsoptimierung, Ernährungsberatung, körperliche/sportliche Aktivitäten, Anpassung Miktions- und Trinkverhalten usw., schriftliches Material auch mit Übungen, ggf. Übungsbehandlung, ggf. Informationen zur Selbsthilfe ○ ggf. medikamentöse Therapie mit Förderung der Adhärenz ○ realistisches Therapieziel formulieren ○ ggf. zu weiteren Maßnahmen evtl. operativ usw. – neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ Erläuterung der Diagnostik und Therapie je nach Grunderkrankung/Ursache – Prostatahyperplasie u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ Aufklärung über und ggf. Durchführung der Diagnostik und stadiengerechten Therapie 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 10 Minuten pro Tag abrechenbar • Maximal 40 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar <p>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.</p> <p>(Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten</p>	<p>17,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ nicht-medikamentös: watchful waiting bei IPSS kleiner 7, Änderungen des Lebensstils wie Trinkmenge und Getränkeart ○ medikamentös verschiedene Möglichkeiten, möglichst mit erwiesener Wirksamkeit auch placebokontrolliert ○ ggf. operativ bei wiederholtem Harnverhalt, Infektionen, Steinen usw. wie transurethrale Resektion der Prostata TUR-P u. a. <p>– Chronische Entzündungen der Urogenitalorgane u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Erläuterung der Ursachen, Aufklärung über und ggf. Durchführung von Diagnostik, Therapie und Prophylaxe ○ nicht-medikamentös: low evidence wie Stressreduktion u. a. ○ medikamentös: z. B. Antibiotika, Alphablocker; NSAR ohne Evidenz <p>– Fehlbildungen urogenital je nach Ursache und Aufwand u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ individuell-situative Beratung je nach Erkrankung zur Diagnostik und Therapie bei Anomalien des Harntrakts, Beteiligung des Urogenitalsystems <p>– Urolithiasis/Kolik u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ nicht-medikamentös: Lebensstil im Vordergrund mit hyperkalorischer Ernährung, Bewegungsmangel, bei Koliken Wärmeapplikation z. B. heißes Bad, watchful waiting bei asymptomatischen Steinen ○ ggf. medikamentös ○ ggf. sonstige invasive Maßnahmen <p>– Enuresis u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ vor einer möglichen Behandlung umfassende Informationen über die Ursache und die Ausprägung der Enuresis in enger Abstimmung mit den Eltern z. B. zum Trinkverhalten, zu Toilettengängen und zur Motivationsförderung durch die Eltern 	<p>kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Besonderheit BG4 (KU): Das Beratungsgespräch BG4 (KU) ist nur bei Versicherten im Alter von 5-17 Jahren abrechenbar (siehe Anhang 2 zu Anlage 12). Im Übrigen gelten die vorgenannten Abrechnungsregeln entsprechend.</p>	
<p>Beratungsgespräch</p> <p>BG5</p> <p>BG5KU</p>	<p>Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG5)</p> <p>Versorgungsthemen: Urolithiasis (untere Harnwege), sexuell übertragbare Krankheiten, Andrologie, Infertilität, Impotenz organischen Ursprungs, Phimose (0-12 Jahre)</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <p>Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. E)) • Maximal 10 Minuten pro Tag abrechenbar 	<p>17,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung zur Diagnostik und Therapie: <ul style="list-style-type: none"> – Urolithiasis (untere Harnwege) s. o. – Sexuell übertragbare Krankheiten u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ die Beratung sollte den Sexualpartner einschließen ebenso wie die Behandlung mit Antibiotika meistens als Partnerdiagnostik und -therapie ○ Informationen auch über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) – Andrologie u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ v. a. Fertilitäts-, Erektions- und Sexualstörungen, Störungen der endokrinen Hodenfunktion mit ausführlicher Anamnese ○ ggf. Hormonanalysen ○ Beratung zur Vermeidung schädlicher Einflüsse, zum Lebensstil v. a. mit körperlicher Aktivität und Sport, Nikotinstopp, Gewichtsoptimierung, zum Missbrauch von anabol-androgenen Steroiden und zu sog. Lifestyle-Medikamenten ○ Informationen auch www.bzga.de und www.gesundheitsinformation.de – Infertilität/Sterilität u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ gemäß WHO-Definition, wenn nach mehr als 24 Monaten keine Schwangerschaft trotz ungeschütztem Verkehr eintritt ○ biopsychosoziale interdisziplinäre Beratung umfassend erforderlich – Sexuelle Funktionsstörungen u. a. <ul style="list-style-type: none"> ○ chronisches Krankheitsbild von mindestens 6-monatiger Dauer, bei der mindestens 70 % der Kohabitationsversuche erfolglos bleiben ○ biopsychosoziales Geschehen wie somatisch bei körperlichen Krankheiten, Medikamenten, Lebensstil v. a. auch Nikotin, Alkohol, Diabetes mellitus, v. a. psychisch bei Stress, Ängsten, sozial bei geschlechtertypischem Rollenverhalten, vermeintliche Normen usw. ○ Beratung zum Lebensstil, zur Lebensführung usw. – Phimose <ul style="list-style-type: none"> ○ Primäre Vorhautverengungen finden sich bei 50 bis 80 % der Jungen bis zum 3. Lebensjahr. Bei bestehender bedeutsamer Phimose i. d. R. ab dem 4. Lebensjahr, bei wiederholter Entzündung (Balanoposthitis) oder wiederholten Harnwegsinfekten Beratung zu entsprechenden 	<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 20 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar <p>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.</p> <p>(Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Besonderheit BG5 (KU): Das Beratungsgespräch BG5 (KU) ist nur bei Versicherten im Alter von 0-12 Jahren abrechenbar (siehe Anhang 2 zu Anlage 12). Im Übrigen gelten die vorgenannten Abrechnungsregeln entsprechend.</p>	
--	--	---	--

	Therapiemaßnahmen wie konservativ und ggf. teilweise oder vollständige Zirkumzision.		
Beratungsgespräch unheilbar BGU	<p>Beratungsgespräch und gemeinsame Entscheidungsfindung sowie biopsychosoziale Betreuung bei unheilbarer Krebserkrankung BGU (Anlage 17)</p> <p>Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Hier soll der Zeitrahmen für ein Bewusstsein geschaffen werden, dass ggf. auch ein „Zuviel“ an eingreifender Diagnostik und belastender Therapie von Nachteil und der Verzicht unnötigen Schaden abwenden bzw. schonende Alternativen die bessere Entscheidung sein könnten gemäß choosing wisley, u. a. Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (44), www.awmf.org ▪ Die Versorgungsziele sollen in dieser Lebenssituation gemeinsam vorausschauend bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche sowie die Lebensqualität und die Lebensumstände der Patientin/des Patienten abgestimmt werden z. B. ggf. einschließlich patientenbezogener Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung) (Anlage 17), ggf. Unterstützung durch die helfenden Inhalte im AOK-Pflegenavigator usw. 	<p>Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 50 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p>	17,00 €
Einzelleistungen			
Alle für den Behandlungsanlass relevanten Diagnosen sind spezifisch und endstellig zu kodieren.			
E1a	Besuchszuschlag außerhalb der Praxis	<p>Maximal einmal pro Tag pro Versicherten abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3 und/oder E2-E10 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nur bei einer Behandlung außerhalb einer ärztlichen Betriebsstätte abrechenbar.</p>	15,00 €
E1b	Besuchszuschlag Wechsel suprapubischer und Legen/Wechsel transurethraler Katheter außerhalb der Praxis	<p>Maximal einmal pro Tag pro Versicherten abrechenbar.</p>	35,00 €

		<p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1c und/oder E2-E10 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nur bei einer Behandlung außerhalb einer ärztlichen Betriebsstätte abrechenbar.</p>	
E1c	Legen suprapubischer Katheter	<p>Maximal einmal pro Tag pro Versicherten abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1b und/oder E2-E10 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	25,00 €
E2	<p>Stanzbiopsie der Prostata zur histologischen Verifizierung bei (Verdacht auf) Karzinom (nähere Ausführungen siehe Anlage 17 Versorgungspfad)</p> <p>in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten, wie o.g. indiziert, unter Abwägung allgemeiner und individueller Risikofaktoren (Anamnese, Alter, Komorbiditäten, PSA-Verlauf, Bedürfnisse usw.) unter Beachtung von Kontraindikationen (u.a. Harnwegsinfektionen, Prostatitis, Steinschnittlage nicht möglich, fehlendes Rektum, Gerinnungsstörungen. Die Detektionsrate von Karzinomen ist perineal wie transrektal gleichwertig (ASCO GU 2025).</p>	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12.</p> <p>Maximal einmal pro Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht am selben Tag neben Leistungen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12 abrechenbar. Die Anästhesieleistungen AOP2 (entspricht EBM 31821) bzw. AOP3 (entspricht EBM 31822) sind von dieser Regelung ausgenommen und können am selben Tag abgerechnet werden.</p>	240,00 €

		<p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. aller Sachkosten</p>	
E3	<p>Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae</p> <p>Indikationsstellung nach sorgfältiger Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen und Perspektiven zum realistischen Behandlungserfolg in gemeinsamer Entscheidungsfindung, ggf. wenn z. B. mindestens 2 x Anticholinergika-Behandlungsintervalle nicht gewirkt haben.</p>	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12.</p> <p>Maximal einmal pro Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b, E1c und/oder E8 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. aller Sachkosten, jedoch ohne Medikament.</p>	260,00 €
E4I	<p>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – linke Seite</p>	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich.</p> <p>Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar.</p> <p>Maximal einmal pro Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Auftragsleistung (A5I) erbracht, kann in diesem Krankheitsfall E4I nicht gesondert abgerechnet werden.</p>	<p>1. Versuch = 650,00 €</p> <p>2. Versuch = 300,00 €</p> <p>3. Versuch = 250,00 €</p>

		Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1cam selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
E4r	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – rechte Seite	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2 Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Auftragsleistung (A5r) erbracht, kann in diesem Krankheitsfall E4r nicht gesondert abgerechnet werden. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €
E5	Urethro(-zysto)skopie der Frau Nach Aufklärung und Beratung zur Durchführung der Leistung erfolgt die Leistungserbringung auf Wunsch der Versicherten mittels eines flexiblen Zystoskops.	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben E6 im selben Quartal abrechenbar.	60,00 €

		Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b, E1c und/oder E8 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
E6	Urethro(-zysto)skopie des Mannes	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben E5 im selben Quartal abrechenbar. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b, E1c und/oder E8 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	90,00 €
E7a	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 2 Stunden	Ist nur additiv zu Zuschlag Onko3 abrechenbar. Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01510 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern. Ist einmal pro Tag nicht am selben Tag neben E7b, E7c und/oder E7d abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	53,00 €
E7b	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden	Ist nur additiv zu Zuschlag Onko3 abrechenbar.	101,00 €

		<p>Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01511 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern.</p> <p>Ist einmal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7c und/oder E7d abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
E7c	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden	<p>Ist nur additiv zu Zuschlag Onko3 abrechenbar.</p> <p>Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01512 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Ist einmal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7b und/oder E7d abrechenbar. Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	148,00 €
E7d	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer eine Stunde i.V.m. Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (E4l/E4r, A5l/A5r) oder Stanzbiopsie der Prostata zur histologischen Verifizierung bei (Verdacht auf) Karzinom (E2)	<p>Ist nur additiv zu E2, E4l/E4r und/oder A5l/A5r abrechenbar.</p> <p>Ist einmal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7b und/oder E7c abrechenbar.</p> <p>Nicht am selben Tag abrechenbar mit Auftragsleistungen. Ausnahme: Am selben Tag neben A1, A5l und/oder A5r abrechenbar.</p>	30,00 €

		<p>Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
E8	Urodynamik	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Einmal im Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1a, E1b, E1c, E3, E5 und/oder E6 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p><i>Inkl. Sachkosten</i></p>	145,00 €
E9	E AOP – Ambulantes Operieren	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Maximal einmal pro Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Näheres ergibt sich aus Anhang 4 zu Anlage 12.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	Siehe Anhang 4 zu Anlage 12

E10	PSA-Wertbestimmung zur Früherkennung eines Prostatakarzinoms (Gilt ausschließlich für Praxen, welche die Voraussetzungen für den Strukturzuschlag Q7 nicht erfüllen)	Nur additiv zu P2a2-P2a4 am selben Tag abrechenbar. Nicht im selben Quartal mit den Auftragsleistungen und/oder Q7 abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Diese Vergütungsziffer steht unter der auflösenden Bedingung, dass ein oder mehrere Vertragslabor/e zur Erbringung von PSA-Werbestimmungen in den Vertrag einbezogen werden. D.h. die Vergütungsziffer ist nur so lange abrechenbar, bis in diesen Vertrag mindestens ein Vertragslabor zur Erbringung entsprechender Laborleistungen integriert wird.	4,80 €
E11	Postoperativer belegärztlicher Behandlungskomplex Leistungsinhalt analog EBM-Ziffer 99600	Nur einmalig nach einer belegärztlicher OP gem. EBM-Kapitel 36.2.11 (EBM-Ziffern 36271 – 36298) abrechenbar. Maximal einmal pro Quartal abrechenbar Nicht im selben Quartal mit Auftragsleistungen abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	21,00 €
E12	Therapeutische Proktoskopie	Maximal vier Mal im Quartal abrechnungsfähig. Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	18,50 €
Onko1 (solider Tumor)	Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie oder Active Surveillance gemäß Onkologie-Vereinbarung	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86512 der Onkologie-Vereinbarung.	33,38 €

		<p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510. <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
<p>Onko2 (intrakavitäre zytostatische Tumorthera pie)</p>	<p>Zuschlag zu Onko 1 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthera pie gemäß Onkologie-Vereinbarung</p>	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86514 der Onkologie-Vereinbarung.</p> <p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> o neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. o neben dem Zuschlag Onko3 und/oder Onko4 und/oder Onko5. <p>Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/ Medikamente berechnungsfähig.</p>	<p>33,41 €</p>

		<p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
<p>Onko3 (intravasale zytostatische Tumorthera pie)</p>	<p>Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthera pie gemäß Onkologie-Vereinbarung</p>	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86516 der Onkologie-Vereinbarung.</p> <p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> o neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. o neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko4 und/oder Onko5. <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p>	<p>224,59 €</p>

		<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
<p>Onko4 (Palliativversorgung)</p>	<p>Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ gemäß Onkologie-Vereinbarung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig ▪ obligater Leistungsinhalt: <ul style="list-style-type: none"> – Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung – umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und –behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie der Angehörigen 	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86518 der Onkologie-Vereinbarung.</p> <p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. ○ neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko 3 und/oder Onko5.. <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	<p>224,59 €</p>
<p>Onko5 (orale Tumortherapie)</p>	<p>Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung</p> <p>umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz, schließt die Gespräche im Zusammenhang mit einer peroralen medikamentösen Tumortherapie ein und ist bei einer ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkenden adjuvanten Therapie (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie) nicht berechnungsfähig</p>	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86520 der Onkologie-Vereinbarung.</p> <p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 	<p>112,31 €</p>

		<p>15345 und 26315.</p> <ul style="list-style-type: none"> o neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko3 und/oder Onko4. <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).</p> <p>Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.</p> <p>Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
Qualitäts- / Strukturzuschläge			
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimittel mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3 zu Anlage 12. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage der AOK-/BKK-Apothekenabrechnungsdaten.	Siehe Anhang 3 zu Anlage 12
Q2	Strukturzuschlag für abdominelle Sonografie	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	3,00 €
Q3	Strukturzuschlag für Duplex-Sonografie	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	1,00 €
Q4a	Strukturzuschlag für analoges Röntgen	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2. Innerhalb eines Quartales ist nur ein Strukturzuschlag Q4a oder Q4b abrechenbar.	1,00 €

<p>Q4b</p>	<p>Strukturzuschlag für digitales Röntgen</p>	<p>Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2. Innerhalb eines Quartales ist nur ein Strukturzuschlag Q4a oder Q4b abrechenbar.</p>	<p>2,50 €</p>
<p>Q5</p>	<p>Strukturzuschlag für psychosomatische Grundversorgung</p>	<p>Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.</p>	<p>2,00 €</p>
<p>Q6</p>	<p>Strukturzuschlag für EFA auf BG1-4 und BGU gemäß ICD-Liste (Anlage 12, Anhang 2)</p>	<p>Der Zuschlag wird automatisch auf BG1-4/BGU aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 5 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 5 zu Anlage 12 geregelt.</p>	<p>AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €</p>
<p>Q7</p>	<p>PSA-Strukturzuschlag</p>	<p>Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.</p>	<p>2,00 €</p>
<p>EAVP*</p>	<p>Pauschale Elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 6 zu Anlage 12 (bspw. Anwendungsschulung und Installation des Vertragssoftwaremoduls)</p>	<p>Der Zuschlag wird automatisch einMal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 6 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Urologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren</p>	<p>250,00 €</p>

		Facharztverträgen gem. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-Facharztprogramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einMal ausbezahlt.	
Vertretungsleistungen			
V1	Vertreterpauschale	<p>Einmal im Quartal abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal mit P1, P1a und/oder Auftragsleistungen abrechenbar. Nicht neben den P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)).</p> <p>Neben V1 bei Vorliegen der Voraussetzungen abrechenbar sind E1-E9, BG1-5, BGU und Onko 1-5.</p>	12,50 €
Auftragsleistungen			
A1	Grundpauschale für die Erbringung von Auftragsleistungen	<p>Einmal im Quartal abrechenbar. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, BG1-5, BGU, Onko1-5 und/oder E1-E12, im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.</p>	12,50 €
A2	Abdominelle Sonografie	<p>Einmal im Quartal abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar.</p>	16,50 €

		<p>Nicht neben A3, A4, A5l, A5r und/oder A6 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
A3	Duplex-Sonografie	<p>Einmal im Quartal abrechenbar.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar.</p> <p>Nicht neben A2, A4, A5l, A5r und/oder A6 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	20,00 €
A4	<p>Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae</p> <p>Indikationsstellung nach sorgfältiger Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen und Perspektiven zum realistischen Behandlungserfolg in gemeinsamer Entscheidungsfindung, ggf. wenn z. B. mindestens 2 x Anticholinergika-Behandlungsintervalle nicht gewirkt haben.</p>	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12.</p> <p>Einmal im Quartal abrechenbar.</p> <p>Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar.</p> <p>Nicht neben A2, A3, A5l, A5r und/oder A6 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme:</p>	260,00 €

		<p>Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. aller Sachkosten, jedoch ohne Medikament</p>	
A5l	<p>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – linke Seite</p>	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Einzelleistung (E4l) erbracht, kann A5l in diesem Krankheitsfall nicht gesondert abgerechnet werden. Nicht neben A2, A3, A4 und/oder A6 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGu und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	<p>1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €</p>
A5r	<p>Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – rechte Seite</p>	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar.</p>	<p>1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €</p>

		<p>Maximal einmal pro Tag abrechenbar.</p> <p>Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar.</p> <p>Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Einzelleistung (E4r) erbracht, kann A5r in diesem Krankheitsfall nicht gesondert abgerechnet werden.</p> <p>Nicht neben A2, A3, A4 und/oder A6 am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4 P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	
A6	Röntgen	<p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar.</p> <p>Einmal im Quartal abrechenbar.</p> <p>Nicht neben A2, A3, A4, A5l und/oder A5r am selben Tag abrechenbar.</p> <p>Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p>	12,50 €
A7	Therapeutische Proktoskopie	<p>Maximal vier Mal im Quartal abrechnungsfähig.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2.</p> <p>Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12.</p>	18,50 €

	<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2a4, P2b, P3, Onko1-5, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.</p>	
--	---	--

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK, die BKK und der MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des AOK-Facharztprogrammes bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms Urologie in Anspruch genommen haben

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.
- (2) **Verfügt ein am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich – im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

- (3) **Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm erbracht hat bzw. weiter erbringt.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.

- (4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.
- (5) Arzt-Patienten-Kontakte sind wie nachfolgend definiert:
- a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
 - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
 - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a) außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
 - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
 - e) Ein Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d) ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der **Ziffer "FBE"** zu dokumentieren.

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

(1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse

a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder

b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder

c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

(2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.

(3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b SGB V oder einem anderen Vertrag nach § 140a SGB V mit der AOK bzw. BKK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

(4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrages tätig

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 140a SGB V kann der Beirat gem. § 22 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

V. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Doppel- und Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind.

VI. Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK bzw. BKK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 140a Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK bzw. der BKK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK bzw. BKK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abbrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK bzw. der BKK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

- (3) Für den bei einer Fehlabbrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK bzw. BKK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK bzw. BKK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK bzw. BKK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit dieser zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK bzw. BKK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- a) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- b) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- c) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- d) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK nach diesem Vertrag

- (1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK bzw. BKK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.
- (2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- Q 1: Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

- Q 2: Strukturzuschlag abdominelle Sonographie
- Q 3: Strukturzuschlag Duplexsonographie
- Q 4a: Strukturzuschlag analoges Röntgen
- Q 4b: Strukturzuschlag digitales Röntgen
- Q 5: Qualitätszuschlag psychosomatische Grundversorgung
- Q 6: Qualitätszuschlag "EFA" gem. Anhang 5 zu Anlage 12
- Q 7: PSA-Strukturzuschlag

- (3) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK und die BKK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („Kassen-Prüffrist“), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in Anlage 13 aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK bzw. die BKK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser Anlage 12 entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („Rüge“). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.
- a) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK bzw. BKK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**“) zum Ausgleich des in der AOK- bzw. BKK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK und die BKK erhalten unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK- bzw. BKK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-Abrechnung**“). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen werden die AOK und die BKK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
- b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK bzw. BKK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024

AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK- bzw. BKK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK bzw. BKK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte Kassen-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (4) Die AOK und die BKK haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und der BKK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK bzw. die BKK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (5) Die AOK und die BKK leisten an die Managementgesellschaft jeweils monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro Abrechnungsfall (keine Auftragsleistungen) auf das Abrechnungskonto. Diese Abschlagszahlung ist am 10. Kalendertag eines jeden Monats fällig. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK und die BKK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 12 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten eines Quartales von der Managementgesellschaft nicht mindestens 12 Arbeitstage vor dem 10. Kalendertag eines Monats vorliegen, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.
- (6) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 5 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.
- (7) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (8) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die

Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.11.2024
AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.

- (9) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK bzw. BKK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
- (10) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: ANHÄNGE

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Urologie

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschläge Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Ambulantes Operieren

Anhang 5 zu Anlage 12: Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA“)

Anhang 6 zu Anlage 12: Elektronische Arztvernetzung

Anhang 7 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

ICD_Code	ICD_Text	BG1a & BG1b	BG2	BG3	BG4	BG5	BGU	ESWL	P2a1	P2a2-4	P2b	P3	Prostata Biopsie	Onko 1-5	Neurogene Blasenstörung i. V.m. Botoxinjektion	Proktoskopie
A18.1	Tuberkulose des Urogenitalsystems					G										
A49.3	Mykoplasmeninfektion nicht näher bezeichneter Lokalisation															
A51.0	Primärer syphilitischer Genitallafekt					G										
A51.1	Analer Primäraffekt bei Syphilis					G										
A51.2	Primäraffekt bei Syphilis, sonstige Lokalisationen					G										
A51.3	Sekundäre Syphilis der Haut und der Schleimhäute					G										
A51.4	Sonstige sekundäre Syphilis					G										
A51.5	Latente Frühsyphilis					G										
A52.0	Kardiovaskuläre Syphilis					G										
A52.1	Floride Neurosyphilis					G										
A52.2	Asymptomatische Neurosyphilis					G										
A52.3	Neurosyphilis, nicht näher bezeichnet					G										
A52.7	Sonstige floride Spätsyphilis					G										
A52.8	Latente Spätsyphilis					G										
A53.9	Syphilis, nicht näher bezeichnet					G										
A53.0	Latente Syphilis, nicht als früh oder spät bezeichnet					G										
A54.0	Gonokokkeninfektion des unteren Urogenitaltraktes ohne Abszess					G										
A54.1	Gonokokkeninfektion des unteren Urogenitaltraktes mit Abszess					G										
A54.2	Gonokokkeninfektion sonstiger Urogenitalorgane					G										
A55	Lymphogranuloma inguinale					G										
A56.0	Chlamydieninfektion des unteren Urogenitaltraktes					G										
A56.1	Chlamydieninfektion des Pelvipitoneums und sonstiger Urogenitalorgane					G										
A56.2	Chlamydieninfektion des Urogenitaltraktes, nicht näher bezeichnet					G										
A56.8	Durch Geschlechtsverkehr übertragene Chlamydieninfektion an sonstigen Lokalisationen					G										
A57	Ulcus molle					G										
A58	Granuloma venerum					G										
A59.0	Trichomoniasis urogenitalis					G										
A60.0	Infektion der Genitalorgane und des Urogenitaltraktes durch Herpesviren					G										
A60.1	Infektion der Perianalhaut und des Rektums durch Herpesviren					G										
A60.9	Infektion des Anogenitalbereiches durch Herpesviren, nicht näher bezeichnet					G										
A63.0	Anogenitale (venerische) Warzen					G										
B90.1	Folgezustände der Tuberkulose des Urogenitalsystems					G										
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet		G ³													
C60.0	Bösartige Neubildung: Praeputium penis		G									V ⁶		G		
C60.1	Bösartige Neubildung: Glans penis		G									V ⁶		G		
C60.2	Bösartige Neubildung: Penisschaft		G									V ⁶		G		
C60.8	Bösartige Neubildung: Penis, mehrere Teilbereiche überlappend		G									V ⁶		G		
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		
C63.8	Bösartige Neubildung: Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend		G									V ⁶		G		
C63.9	Bösartige Neubildung: Männliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken		G									V ⁶		G		
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens		G									V ⁶		G		
C66	Bösartige Neubildung des Ureters		G									V ⁶		G		
C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae		G									V ⁶		G		
C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae		G									V ⁶		G		
C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand		G									V ⁶		G		
C67.3	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand		G									V ⁶		G		
C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand		G									V ⁶		G		
C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals		G									V ⁶		G		
C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris		G									V ⁶		G		
C67.7	Bösartige Neubildung: Urachus		G									V ⁶		G		
C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend		G									V ⁶		G		
C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G		
C68.0	Bösartige Neubildung: Urethra		G									V ⁶		G		
C68.1	Bösartige Neubildung: Paraurethrale Drüse		G									V ⁶		G		
C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend		G									V ⁶		G		
C68.9	Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G		
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde		G									V ⁶		G		
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark		G									V ⁶		G		
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G		
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses						G ¹					V ⁶		G		
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten						G ¹					V ⁶		G		
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten						G ¹					V ⁶		G		
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität						G ¹					V ⁶		G		

ICD_Code	ICD_Text	EG1a & BG1b	BG2	BG3	BG4	BG5	BGU	ESWL	P2a1	P2a2-4	P2b	P3	Prostata Biopsie	Onko 1-5	Neurogene Blasenstörung i.V.m. Botoxinjektion	Proktoskopie
Q61.4	Nierendysplasie				G											
Q61.5	Medulläre Zystenniere				G											
Q61.8	Sonstige zystische Nierenkrankheiten				G											
Q62.0	Angeborene Hydronephrose				G											
Q62.1	Atresie und (angeborene) Stenose des Ureters				G											
Q62.2	Angeborener Megaureter				G											
Q62.3	Sonstige (angeborene) obstruktive Defekte des Nierenbeckens und des Ureters				G											
Q62.4	Agenesie des Ureters				G											
Q62.5	Duplikatur des Ureters				G											
Q62.6	Lageanomalie des Ureters				G											
Q62.7	Angeborener vesiko-uretero-renaler Reflux				G											
Q64.0	Epispadie				G											
Q64.1	Ekstrophie der Harnblase				G											
Q64.2	Angeborene Urethralklappen im hinteren Teil der Harnröhre				G											
Q64.3	Sonstige Atresie und (angeborene) Stenose der Urethra und des Harnblasenhalses				G											
Q64.4	Fehlbildung des Urachus				G											
Q64.5	Angeborenes Fehlen der Harnblase und der Urethra				G											
R32	Enuresis				G ³											
Z12.5	Vorsorge Prostata								G	G						
Z71	Personen, die das Gesundheitswesen zum Zwecke anderer Beratung oder ärztlicher Konsultation in Anspruch nehmen, anderenorts nicht klassifiziert								G							
¹ Codes nur in Verbindung mit einem Primärtumor (C6- und C74.-) zulässig																
² Gilt nur für Versicherte im Alter von 0-12 Jahren																
³ Gilt nur für Versicherte im Alter von 5-17 Jahren																
⁴ Nur in Verbindung mit Primärtumor aus gleichem BG																
⁵ Es ist die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich																
⁶ Wird der Verdacht durch die Diagnostik bestätigt, berechtigt auch eine gesicherte Diagnose zur Abrechnung																
⁷ Gilt ausschließlich für die Beratungsziffer BG4, nicht für BG4KU																
⁸ Gilt ausschließlich für Versicherte mit dem Geschlecht "männlich"																
G = Gesichert																
V = Verdacht																

Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der FACHARZT sowohl in den Qualitätszirkeln gem. Anlage 2 als auch in der Vertragssoftware.

1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen urologischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern und Ärzten der AOK und BKK sowie Vertretern von BDU, AGNU und MEDIVERBUND auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Grundpauschale P1 ausgezahlt wird, können von der AOK, der BKK und vom MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Falls ein FACHARZT in einem Quartal Arzneimittel außerhalb der Vertragssoftware verordnet und die Ermittlung einer oder mehrerer seiner Quoten dadurch verfälscht wird, kann der Zuschlag Rationale Pharmakotherapie für diesen FACHARZT für dieses Quartal auch im Nachhinein gestrichen und verrechnet werden.

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

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

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

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

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem FACHARZT wird empfohlen, im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen gegenüber Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (2,50€),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (1,00€) und
3. einen Zuschlag Blau (0,50€).

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

Rot	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 70\%$

Über weitere Plausibilisierungsmaßnahmen verständigen sich die Vertragspartner und ergänzen diese Anlage.

Für die Zuschläge und deren Ausbezahlung werden die Abrechnungsdaten der AOK bzw. BKK zugrunde gelegt.

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	111,42 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	182,01 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	270,13 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	82,45 €
Visceralchirurgie		
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM	290,73 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM	383,74 €
31158	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155	89,65 €
Urologische Eingriffe		
31271	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	127,02 €
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	210,62 €
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	318,30 €
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	431,28 €
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	608,65 €

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2026

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

31278	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31271 bis 31277	97,77 €
Endoskopisch urologische Eingriffe		
31281	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R1	153,15 €
31282	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R2	233,28 €
31283	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R3	340,84 €
31284	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R4	453,82 €
31285	Endoskopischer urologischer Eingriff der Kategorie R5	623,20 €
31288	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31281 bis 31287	93,26 €
Urologische Eingriffe mit Bildwandler		
31291	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR1	153,15 €
31292	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR2	233,28 €
31293	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR3	340,84 €
31294	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR4	453,82 €
31295	Urologischer Eingriff mit Bildwandler der Kategorie RR5	631,07 €
31298	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 31291 bis 31297	97,77 €
Zuschläge zur Förderung ambulanter Operationen		
31451	Zuschlag I	28,73 €
31452	Zuschlag II	33,87 €
31453	Zuschlag III	46,37 €
31454	Zuschlag IV	104,33 €

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2026

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

31455	Zuschlag V	123,78 €
31456	Zuschlag VI	170,42 €
Hygienezuschläge		
31020	Hygienezuschlag zu GOP 31271 gem. EBM	3,57 €
31023	Hygienezuschlag zu GOP 31101 gem. EBM	7,13 €
31024	Hygienezuschlag zu GOP 31102 gem. EBM	7,39 €
31029	Hygienezuschlag zu GOP 31103 gem. EBM	15,16 €
31032	Hygienezuschlag zu GOP 31281 gem. EBM	16,82 €
31042	Hygienezuschlag zu GOP 31272 gem. EBM	22,29 €
31044	Hygienezuschlag zu GOP 31273 gem. EBM	24,97 €
31045	Hygienezuschlag zu GOP 31282 und 31292 gem. EBM	25,35 €
31049	Hygienezuschlag zu GOP 31283 und 31293 gem. EBM	28,02 €
31053	Hygienezuschlag zu GOP 31274, 31284 und 31294 gem. EBM	30,71 €
31056	Hygienezuschlag zu GOP 31153 gem. EBM	32,88 €
31064	Hygienezuschlag zu GOP 31275 und 31295 gem. EBM	38,74 €
31073	Hygienezuschlag zu GOP 31154 gem. EBM	46,25 €
31074	Hygienezuschlag zu GOP 31285 gem. EBM	57,07 €
Sonstige Sachkostenpauschalen		
Sachkosten im Rahmen der ambulanten Operation können über ein Eingabefeld Ihrer Software erfasst werden, soweit sie nicht bereits in der entsprechenden Ziffer enthalten sind. Der Bezug des Sprechstundenbedarfs bleibt hiervon unberührt.		

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2026

AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Anästhesien		
AOP1	Regionalanästhesie gem. 31800 Nur durch den Operateur durchführbar	49,59 €
AOP2	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31101, 31121, 31271, 31281,31291 oder der Einzelleistung E2 Entspricht EBM 31821	128,43 €
AOP3	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31102, 31272, 31282, 31292 oder der Einzelleistung E2 oder E3 oder der Auftragsleistung A4	173,38 €
AOP4	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31103, 31153, 31273, 31283 und/oder 31293 Entspricht EBM 31823	218,34 €
AOP5	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31154, 31184, 31274, 31284 und/oder 31294 Entspricht EBM 31824	263,43 €
AOP6	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den 31275, 31285 und/oder 31295 Entspricht EBM 31825	353,48 €
AOP7	Zuschlag auf 31821- 31827 für Simultaneingriff Entspricht EBM 31828	44,96 €
Postoperative Überwachung		
AOP8	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31101, 31271 und/oder 31281 Entspricht EBM 31502	31,30 €
AOP9	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31102, 31272, 31282, 31291 und/oder 31292 oder der Einzelleistung E3 oder der Auftragsleistung A4	62,86 €
AOP10	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31103 Entspricht EBM 31504	89,39 €
AOP11	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31153, 31154, 31273, 31274, 31283, 31284, 31293 und/oder 31294 Entspricht EBM 31505	125,85 €
AOP12	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31275, 31285 und/oder 31295 Entspricht EBM 31506	178,80 €
AOP26	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung, je vollendete 30 Minuten Entspricht EBM 31530	9,92 €
Postoperative Behandlung		
AOP13	Postoperative Behandlung I/1a bei Überweisung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31101 31271 Entspricht EBM 31601	18,81 €
AOP14	Postoperative Behandlung I/1b bei Erbringung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31101 oder 31271 Entspricht EBM 31602	10,96 €

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2026

AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

AOP15	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2a bei Überweisung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31102, 31103, 31153, 31272 oder 31273 Entspricht EBM 31608	30,91 €
AOP16	Postoperative Behandlung Chirurgie I/2b bei Erbringung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31102, 31103, 31153, 31272 oder 31273 Entspricht EBM 31609	22,92 €
AOP17	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3a bei Überweisung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31154, 31274 oder 31275 Entspricht EBM 31610	38,78 €
AOP18	Postoperative Behandlung Chirurgie I/3b bei Erbringung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31154, 31274 oder 31275 Entspricht EBM 31611	30,91 €
AOP20	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1a bei Überweisung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31281 oder 31291 Entspricht EBM 31682	19,19 €
AOP21	Postoperative Behandlung Urologie VIII/1b bei Erbringung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31281 oder 31291 Entspricht EBM 31683	12,50 €
AOP22	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2a bei Überweisung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31282, 31283, 31292 oder 31293 Entspricht EBM 31684	32,21 €
AOP23	Postoperative Behandlung Urologie VIII/2b bei Erbringung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31282, 31283, 31292 oder 31293 Entspricht EBM 31685	25,25 €
AOP24	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3a bei Überweisung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31284, 31285, 31294 oder 31295 Entspricht EBM 31686	38,52 €
AOP25	Postoperative Behandlung Urologie VIII/3b bei Erbringung durch den Operateur im Anschluss an die EL 31284, 31285, 31294 oder 31295 Entspricht EBM 31687	31,56 €

1. Sachkostenziffern

Zur Überprüfung der Übereinstimmung der im Zusammenhang mit den ambulanten Operationen geltend gemachten Sachkosten in Höhe der tatsächlich entstandenen Kosten wird die Managementgesellschaft je Quartal stichprobenhaft für 5 v. H. der operierenden Praxen und jeweils 5 v. H. der Fälle dieser Praxen Rechnungsnachweise anfordern. Ggf. erfolgt eine Rückvergütung des übersteigenden Betrages. Die weiteren Vertragspartner erhalten die Rechnungsnachweise auf Anfrage.

2. Anästhesieziffern

Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt durch den Teilnehmer am Vertrag nach § 140a SGB V zur Urologie (FACHARZT). Dies gilt auch dann, wenn die Leistung nicht durch den Operateur, sondern durch einen Anästhesisten durchgeführt wird. In diesem Fall leitet der Vertragsteilnehmer (FACHARZT) die für die Anästhesien im Vertrag nach § 140a SGB V zur Urologie vorgesehene Vergütung an den Anästhesisten weiter. Für den Ziffernkranz ist nur die Anästhesie maßgeblich, die im Zusammenhang mit einer Operation gem. der oben vereinbarten Operationen abgerechnet wird.

Auf Wunsch des Anästhesisten erteilt der Operateur der MEDIVERBUND AG den Auftrag, die Vergütung für die Anästhesie unmittelbar an den Anästhesisten weiterzuleiten. Die technischen Voraussetzungen hierfür werden baldmöglichst geschaffen. Die Vertragspartner können sich auf eine anderweitige Abrechnungssystematik verständigen.

3. Postoperative Überwachung und Behandlung

3.1 Postoperative Überwachung

Die Abrechnung der postoperativen Überwachung erfolgt durch den Teilnehmer am Vertrag nach § 140a SGB V zur Urologie (FACHARZT). Dies gilt auch dann, wenn die Leistung nicht durch den Operateur, sondern durch einen anderen Arzt durchgeführt wird. In diesem Fall leitet der Vertragsteilnehmer (FACHARZT) die für die postoperative Betreuung im Vertrag nach § 140a SGB V zur Urologie vorgesehene Vergütung an den anderen Arzt weiter.

Für den Ziffernkranz ist nur die postoperative Überwachung maßgeblich, die im Zusammenhang mit einer in dieser Anlage geregelten ambulanten Operation, abgerechnet wird.

3.2 Postoperative Behandlung

Die postoperative Behandlung ist - für den Fall der Durchführung durch den an der HZV teilnehmenden Hausarzt – im Ziffernkranz des Hausarztvertrages enthalten. Im Fall der Durchführung durch den Teilnehmer am Vertrag nach § 140a SGB V zur Urologie (FACHARZT) erfolgt die Abrechnung über diese Anlage.

4. Wirtschaftlicher Praxisbedarf

Die Vertragspartner streben an, einen kostengünstigen Bezug zu fördern und das bisherige Ausgabenniveau zu senken.

Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA®

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle FACHÄRZTE, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete und bei MEDIVERBUND gemeldete Medizinische Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische/r Fachangestellte/r bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

- a) Erfolgreiche Teilnahme der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA® Urologie“ in Baden-Württemberg.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFA@s, regelt der Beirat gemäß § 22 des Hauptvertrages.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt urologischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer/s MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA® sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der EFA® an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA®-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des EFA®-Zuschlages

Der EFA®-Zuschlag wird auf die Beratungsgespräche BG1-BG4 sowie BGU erstmalig ab dem Beginn des Quartals der Weiterbildung zur EFA® Urologie gem. Ziffer 2. lit. a) und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt. Die Meldung der EFA® erfolgt mit dem vereinbarten Formvordruck. Während der Durchführung der Weiterbildung gem. Ziffer 2 lit. a) erfolgt die Auszahlung des EFA®-Zuschlages unter dem Vorbehalt des

erfolgreichen Abschlusses der Weiterbildung. Der erfolgreiche Abschluss der Weiterbildung ist durch eine Urkunde bzw. ein Zertifikat nachzuweisen.

Der EFA®-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA®-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht. Pro Quartal und pro EFA®-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 400 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 75% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 300 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei einem Tätigkeitsumfang von 50% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 200 EFA®-Zuschläge vergütet. Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA® an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA®-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA®-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA®-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA® in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA®-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA®-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

Anhang 5 zu Anlage 12

Aufgabenbeschreibung EFA® Urologie

Allgemeine Aufgaben der Urologie-EFA®	Urologische Erkrankungen	
	Obligatorisch	Nicht-obligatorisch
Feste erste Ansprechpartnerin für Patienten und Angehörigen; niederschwellige Ansprechpartnerin	x	
Strukturiertes Vorgespräch in der Sprechstunde mit Notizen, mitgebrachte Befunde und Bilder sichten und sortieren, Arztgespräch vorbereiten, Fragen notieren, Verlaufsdokumentation für das entsprechende Krankheitsbild erstellen	x	
Aufstellung eines Therapieplans nach Vorgaben des Arztes	x	
Beratung von Pat. und Angehörigen zur Compliance der medikamentösen Behandlung (Tages- und Wochendosette, Erinnerungshilfen, Einnahmezeiten, Überwachung durch Angehörige und Betreuer, Fragen zu Umstellung auf rabattierte Arzneimittel etc.)	x	
Hinweise auf Angebote der Krankenkasse zur Mitbetreuung und Aufzeigen spezifischer nicht- medikamentöse Therapieangebote (Curaplan)	x	
Ergänzende Beratung zu psychosozialen Fragen, z.B. REHA, REHA-Sport Rentenantrag, Schwerbehinderterecht, Kfz-Eignung, Mobilität, Vollmachtwesen, Patientenverfügung	x	
Beratung von Angehörigen und Betreuern		x
Bei Bedarf Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK bzw. Bosch BKK Patientenbegleitung	x	
Feste Telefonsprechstunde für Pat. oder Angehörige (z.B. 1 Std / Woche); telefonische Beratung bei besonderen Problemen mit den Symptomen und der Therapie – ggf. Weitergabe an den Arzt		x
Terminvergabe für ihre Patienten zu festgelegten Zeiten, (z.B. 1 Std / Woche) / ggf. Verschicken eines Fragebogens bei Terminvergabe	x	
Unterstützung der Umsetzung von Rabattarzneimittel bei Arzneimittelverordnungen im Praxisalltag	x	
Strukturierte Arztbriefe vorbereiten		x
Unterstützung der korrekten Kodierung	x	
Kontakt zu Selbsthilfegruppen pflegen, Vermittlung von Patienten an Selbsthilfegruppen z.B. über Flyer		x
Organisation von Patientenschulungen		x
Patienteninformationen und Abrechnung Urologievertrag	x	
Kontakt zu Hausarztpraxen (VERAH/MFA) pflegen	x	
Ergänzende Beratung zu Gesundheitsförderung und klimaresilienter Versorgung (gemäß Tischvorlage)		x

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den FACHARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. FacharztProgramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitest möglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen.

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU) - - gültig bis 30.06.2023, Umstellung auf eAU gemäß Anforderungen Telematik-Infrastruktur mit erweiterter Regelwerksprüfung ab 01.04.2023

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des Urologie-Vertrags und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden.

Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreiber-gesellschaft.

Die Fachanwendung eAU ist gültig bis 30.06.2023. Die Umstellung der eAU auf die gesetzlichen Anforderungen der Telematik-Infrastruktur ist ab 01.04.2023 möglich. Mit dem Übergangsquartal Q2/2023 endet die Möglichkeit eAUs über die Infrastruktur der eAV an die AOK BW übermitteln zu können. Im Zuge dessen müssen die eAUs gem. der Regelungen innerhalb der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke) Anlage 2b BMV-Ä übertragen werden. Ergänzend zu dem gesetzlichen Weg wird die erweiterte Regelwerksprüfung der eAU für alle HZV-Versicherten der AOK BW bei Ausstellung einer eAU verwendet.

b) eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefs die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter-)verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitest möglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a. Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen).

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholt eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Urologie-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis

über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führen die AOK bzw. die BKK eine solche Prüfung anhand der AOK- bzw. BKK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK – bzw. BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK bzw. BKK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.
- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK bzw. die BKK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.

- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.

- (8) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK bzw. die BKK prüfen die Abrechnungen der FACHÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK- bzw. BKK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzten und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT -Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK bzw. die BKK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die AOK und die BKK unterrichten die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme

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

nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein von VgURO, AGNU, MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK/BKK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK oder BKK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. d kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK/BKK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK bzw. zwei Vertretern der BKK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).
- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK oder die BKK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.
- (8) Die AOK und die BKK können, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK oder die BKK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.

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

- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK oder BKK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

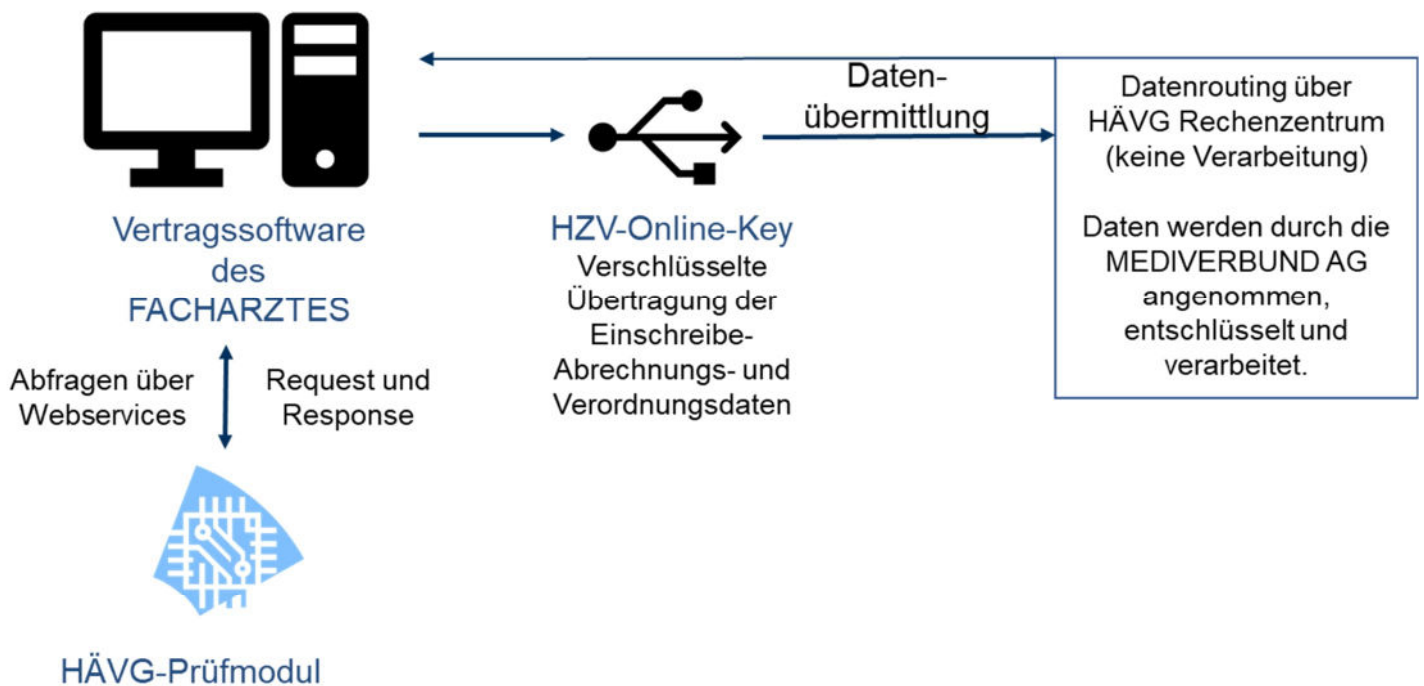
- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK/BKK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahlungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK/BKK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK/BKK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK/Bosch BKK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK/Bosch BKK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/BOSCH BKK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichten.

- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen des HZV-Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden FACHARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACHARZT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere

Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die jeweiligen Teilnahmeerklärungen der FACHÄRZTE.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK/Bosch BKK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., die VgURO AGNU und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und die teilnehmenden Vertreter der VgURO und AGNU.
- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.
- (4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mühlheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de).
- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Facharztverbände und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managementgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0 / Fax: 0711/615541-15

Evidenzbasierte Qualitätsförderung in der Urologie

Einführung

- Die **ambulante Gesundheitsversorgung** hat in Deutschland einen hohen Stellenwert, um Krankheiten und Gesundheitsprobleme in der Bevölkerung zu erkennen und zu behandeln (Gesundheitsbericht RKI 2015, S. 303):
- Im Jahr 2013 wurden über 155 Mrd. Euro für ambulante Versorgungsleistungen ausgegeben (5,7 % des Bundesinlandsprodukts), was eine enge Kooperation und **funktionierende Zusammenarbeit** zwischen den Ärzten bzw. Praxen etc. erfordert basierend auf im Idealfall **gemeinsam definierten Versorgungs- und Qualitätszielen** (zitiert nach Gesundheitsbericht RKI 2015).
- Zur **Förderung der Patientensicherheit** im Sinne von Qualitätsverbesserung wurde u.a. der sog. PDCA-Zyklus (nach ÄZQ 2008, Deutscher Ärzteverlag Köln Kompendium QMA Qualitätsmanagement in der ambulanten Versorgung) entwickelt:
 - **Plan: Qualitätsstandards und Qualitätsziele festlegen**
 - **Do: Gesundheitsversorgung umsetzen**
 - **Check: Qualität überprüfen**
 - **Act: Qualität verbessern**
- **Patientensicherheit** bedeutet dabei die „Abwesenheit unerwünschter Ereignisse“ als vermeidbares oder unvermeidbares Vorkommnis, das eher auf der Behandlung beruht als auf der Erkrankung des jeweiligen Betroffenen. Sie gehört seit 2013 zu den nationalen Gesundheitszielen mit Beteiligung an verschiedenen Projekten u.a. „Action on Patient Safety“ der Weltgesundheitsorganisation (WHO WHA55-18 von 2015) und Rat der Europäischen Union (www.ec.europa.ec/health/patient 2009).
- Fachliche Standards für die Versorgungsqualität werden durch die **evidenzbasierte Medizin** gesetzt (**EbM**), was bedeutet, dass für Entscheidungen neben individueller ärztlicher Erfahrung (interne Evidenz) und den Wertvorstellungen des Patienten die besten verfügbaren wissenschaftlichen Erkenntnisse (externe Evidenz) herangezogen werden (Sackett et al von 1996 in BMJ 312(7023): 71-72).
- **Leitlinien** (www.awmf.org) dienen als Entscheidungshilfen, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann oder ggf. muss (Bloch et al. von 1997 im Dt. Ärzteblatt 94(33):A2154-2155 als Beschlüsse der Vorstände von Bundesärztekammer und Kassenärztlicher Bundesvereinigung).
- **Neben der Patientensicherheit spielt die Patientenorientierung** eine zunehmende Bedeutung, was beinhaltet, ihre Interessen, Bedürfnisse und Wünsche wahrzunehmen und zu respektieren auch als Beitrag zur „Weiterentwicklung“ des Patienten/der Patientin
(u.a. Sachverständigenrat 2001 Gutachten Band IBT Drs. 14/5660 und 15/530 www.svr.de; Badura et al. „Bürgerorientierung im Gesundheitswesen, Nomos Verlagsgesellschaft Baden-Baden, 1999; Härter M et al. Gemeinsam entscheiden – erfolgreich behandeln, Deutscher Ärzteverlag Köln, 2005; zudem Patientenrechtgesetz gemäss Bürgerlichem Gesetzbuch seit 2013, Bundesanzeiger Verlag Bonn S. 277-282;).

- In der Beziehung zwischen Patientinnen/Patienten und Ärztinnen/Ärzten gewinnt die **partizipative Entscheidungsfindung** zunehmend an Bedeutung mit dem Ziel, unter gleichberechtigter aktiver Beteiligung auf der Grundlage geteilter Informationen zu einer gemeinsamen Übereinkunft zu kommen, was die Zufriedenheit wie auch die Behandlungsqualität positiv beeinflusst (u.a. Härter M von 2004 Partizipative Entscheidungsfindung Z Ärztl Fortbild Qualitätssich 98:89-92).
- Dafür bedarf es bestimmter **Rahmenbedingungen u.a.**
 - Zum einen **bei dem Patienten** die Fähigkeit, Gesundheitsinformationen und –angebote aufzufinden, zu verarbeiten und zu verstehen, Vor- und Nachteile von Behandlungsoptionen abzuwägen und realistisch einschätzen zu können (u.a. Härter et al. von 2013 „Wollen Patienten partizipative Entscheidungsfindung..- Aufbruch in ein transparentes Gesundheitswesen“, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin S. 55-60; Gaismaier et al von 2013: „Wenn fehlinformierte Patienten versuchen, informierte Entscheidungen zu treffen...Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin S.29-44: beide Artikel aus „Bessere Ärzte, bessere Patienten, bessere Medizin...“, Hrsg. Gigerenzer C und Muir Gray J).
 - **Auf ärztlicher Seite** wird am häufigsten Zeitmangel benannt, was eine gemeinsame Entscheidungsfindung erschwert, jedoch ist für das Abwägen v.a. fundiertes ärztliches Wissen zur Einschätzung von Risiken relevant und eine entsprechende Fähigkeit, diese dem Patienten zu vermitteln (u.a. Wegwarth et al. von 2013 „Overdiagnosis and overtreatment: Evaluation of what physicians tell patients about screening harms“ in, JAMA IntMed 173 (22):2086-2087).
- Das Thema Stärkung von **PatientInnensouveränität** gehört auch zu den zentralen nationalen Gesundheitszielen (2015) gemäss u.a. Bundesministerium für Gesundheit www.gesundheitsziele.de
- Zudem spielen zu gesundheitsbezogenen, sozialen und psychosozialen Aspekten die **Selbsthilfegruppen und –vereinigungen** eine bedeutsame Rolle in der gesundheitlichen Versorgung der PatientInnen (Kontaktstelle NAKOS Berlin)

Lebensführung und Risikokonstellationen

- In Deutschland mit einer **Gesellschaft des längeren Lebens** von Geburt an vollzieht sich ein Wandel des Krankheitsspektrums hin zu chronischen Erkrankungen gefördert durch eine Reihe von Risikofaktoren zur Lebensführung bzw. bestimmte Verhaltensweisen wie u.g. v.a. Rauchen als bedeutendstes einzelnes Gesundheitsrisiko und führende Ursache vorzeitiger Sterblichkeit (zitiert nach Bericht „Gesundheit in Deutschland Gesundheitsberichtserstattung des Bundes gemeinsam getragen vom Robert Koch Institut und DESTATIS“, Nov. 2015, gbe@rki.de bzw. www.rki.de/gesundheitsbericht).

- Gesellschaftlich **psychosoziale Bedingungen wie auch biologische** Gegebenheiten wirken sich auf die Lebensqualität, die Lebenserwartung und die Krankheitsentwicklung aus.
- Jedes Alter und auch Geschlecht hat zudem bestimmte Risikofaktoren und weist Unterschiede in der Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen u.a. auf, daher wird z.B. im Präventionsgesetz das Ziel formuliert, „die **gesundheitliche Ungleichheit** zu verringern und geschlechtsspezifischen Besonderheiten Rechnung zu tragen“ (KFRG 2013, Bundesgesetzblatt 2013 Teil I Nr. 16 vom 8.4.2013, Bundesanzeiger Verlag Köln S. 617-623).
- Eine wichtige Grundlage für die Bedeutung verschiedener Risikofaktoren von Sterblichkeit ist die **Global Burden of Diseases and Risk Factors Study** (GBD 2010 im Auftrag der Weltgesundheitsorganisation WHO u.a.) mit den darin beschriebenen wichtigsten Risikofaktoren in Deutschland Fehlernährung, Übergewicht, Bluthochdruck und Rauchen und zunehmend auch Bewegungsmangel (Nationaler Aktionsplan IN FORM zur Prävention von Fehlernährung, Bewegungsmangel, Übergewicht und damit zusammenhängenden Krankheiten, Bundesministerium für Ernährung, Landwirtschaft und Verbraucherschutz 2012).
- Im Sinne der Weltgesundheitsorganisation sind neben Gesundheitsförderung und Prävention vor **allem Maßnahmen der Früherkennung** sowie einer **hochwertigen Gesundheitsversorgung**, der Verbesserung der physischen und sozialen Umwelt wie auch der besseren Integration älterer und hochaltriger Menschen in das gesellschaftliche Leben zu verstehen (WHO 2012: good health adds life to years, Global brief for World Health Day, 2012, WHO, Genf).
- Der vom Bundesministerium für Gesundheit, der Deutschen Krebsgesellschaft, Deutschen Krebshilfe und Arbeitsgemeinschaft Deutscher Tumorzentren angeregte **Nationale Krebsplan** fokussiert vor allem auf die Krebsfrüherkennung, die Versorgung und deren Qualität sowie die **Stärkung der Patientenorientierung** (BMG 2012 Nationaler Krebsplan http://www.bundesgesundheitsministerium.de/Presse/pressemitteilung_2013-02)
- Unter anderem gehören dazu auch eine **Stärkung der psychoonkologischen Versorgung krebskranker Menschen und der Arzt-Patienten-Kommunikation**, was daher in diesem Versorgungsvertrag insbesondere durch die Förderung und auch Honorierung von Beratung, gemeinsamer Entscheidungsfindung und biopsychosozialer Betreuung konkretisiert wird.

Mehrdimensionales biopsychosoziales Krankheitsmodell

Das biopsychosoziale Modell berücksichtigt die Komplexität von Anlage versus Umwelt und Krankheit versus Gesundheit bzw. die Wechselwirkungen von biologischen und psychosozialen Faktoren. Eineiige Zwillingsstudien konnten vor allem das Wechselspiel von genetischen und umweltbedingten Faktoren bestätigen, die in unterschiedlichen Interaktionsmodellen zusammenwirken (Schepank, 1996, Zwillingschicksale u.a.).

- aufbauend auf der sog. Systemtheorie beschrieb in den 70er Jahren Engel das bio-psycho-soziale Modell (Engel, 1977, the need for a new model, Science 196: 129-136), das im Wesentlichen auf die Verbindung zwischen Person, Organsystem und Gemeinschaft/Umwelt hinweist als Austausch, Wechselwirkung im Sinne von Multikausalität
- bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind also Einflüsse der sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso von Bedeutung wie entsprechende molekulare oder organpathologische Gegebenheiten
- jede Person ist maßgeblich geprägt durch die individuelle Sozialisation (Ontogenese), die sich im Rahmen der biologisch-genetisch vorgegebenen Entwicklungsmöglichkeiten vollzieht (Phylogenese)
- der angebliche Gegensatz zwischen Biologie und Umwelt ist damit hinfällig.

Differenzierte Betrachtung

Das bio-psycho-soziale Modell berücksichtigt mithin die Komplexität von Anlage versus Umwelt, Krankheit versus Gesundheit als Anpassungsprozesse auf biochemischer, physiologischer, immunologischer, psychischer, sozialer oder kultureller Ebene:

- bei vorliegender extremer Belastung kann jede beliebige Person erkranken (z.B. extreme körperliche Belastungen wie Durst)
- die gleiche Herausforderung kann zu verschiedenartigen Störungen führen je nach individueller Gegebenheit und Entwicklung (z.B. Trennungserlebnisse können zu depressiven Störungen oder Angststörungen führen)
- verschiedenartige Herausforderungen können zur gleichen Krankheit führen (Fehlernährung oder Bewegungsmangel können zu extremer Adipositas führen)
- bestimmte Menschen neigen eher dazu zu erkranken als andere (z.B. Schicht, Herkunft usw.)
- kulturelle und historische Einflüsse einschließlich Ernährungs-, Bewegungs-, Suchtverhalten.

Biologische und psycho-soziale Faktoren können in der Entstehung, im Verlauf und als Folge der Erkrankung in unterschiedlichem Ausmaß an Bedeutung gewinnen. Unikausale Ursachenzuschreibungen sind zu vermeiden.

Psycho-soziale Faktoren wirken neben den biologisch-genetischen mitbedingend und verlaufsbeeinflussend, z.B. Lebensereignisse, sie können zudem auch Folge einer Erkrankung sein.

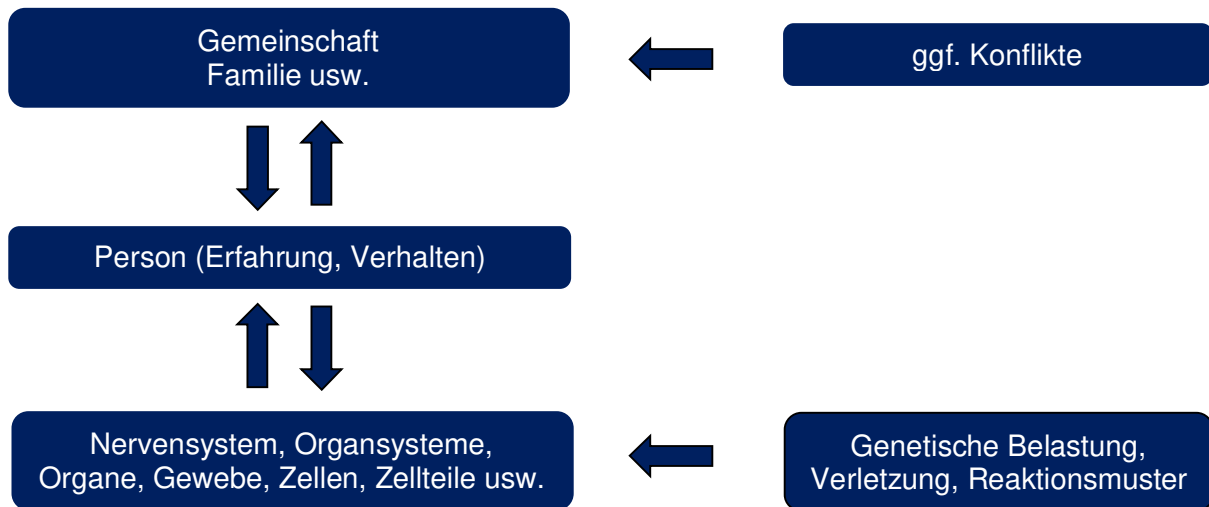


Abb. 1: Bio-psycho-soziale Wechselwirkungen (nach Engel, GL, 1977, Science 196: 129-136)

Die bio-psycho-soziale Anamnese erfragt:

- biologische (körperlich, somatisch, organisch wie Verschleiß, Unfallfolgen, Defekte)
- psychologische (affektiv, kognitiv, verhaltensbezogen, lebensgeschichtlich, unbewusst)
- soziale (aus dem familiären Umfeld, aus den sozialen Sicherungssystemen)

Faktoren der Krankheit.

Biopsychosoziale Versorgung in der Urologie

- Wechselwirkungen zwischen biologischen, sozialen und psychischen Einflüssen und Bedingungen (biopsychosoziale Perspektive und Versorgung) bestehen gerade auch in der Urologie unter anderem z.B. bei
 - **Inkontinenzbeschwerden:**
 - In epidemiologischen Studien findet sich laut Sönnichsen (EbM-Guidelines, 2015) für Harninkontinenz bei erwachsenen Frauen eine Prävalenz von 5 % - 58 %. Bei Frauen über 70 Jahren leiden etwa 60 % daran. Mehr als die Hälfte der Betroffenen verheimlicht ihr Problem. Bei etwa 6 % der Bevölkerung ist die Harninkontinenz so stark ausgeprägt, dass die **Lebensqualität beeinträchtigt** ist. Bei Männern sind u.a. traumatische Einwirkungen (z.B. in Zusammenhang mit einer radikalen Prostatektomie) Ursache für die Schädigung des äußeren Blasenschließmuskels (Börgermann C. et al „Therapie der

- Belastungsinkontinenz beim Mann“, Dtsch Arztebl Int 2010; 107(27): 484-91; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0484)
- Gewichtskontrolle, Erhaltung der Beckenbodenmuskulatur, Rauchverzicht, Stuhlregulierung und körperliche Aktivität beugen einer Harninkontinenz vor
 - Eine **Lebensstilmodifikation** kann sowohl bei Drang- als auch bei Belastungsinkontinenz Besserung bewirken und die Lebensqualität steigern (Sönnichsen, EbM-Guidelines, 2015)
 - Entscheidend in der Therapie der männlichen Belastungsinkontinenz ist die **aktive Thematisierung** des Tabuthemas mit dem Patienten (Börgermann C. et al „Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann“, Dtsch Arztebl Int 2010; 107(27): 484-91; DOI: 10.3238/arztebl.2010.0484)
- **Krebserkrankungen:**
 - Das **Prostatakarzinom** ist zum beherrschenden Tumor des älteren Mannes geworden mit einem jährlichen Inzidenzanstieg von ca. 5 %. Die Inzidenzen der **Harnblasenkarzinome** und **Nierenzellkarzinome** steigen stetig. **Hodentumoren** stellen die häufigsten Karzinome des jungen Mannes (20-40 Jahre) dar. Auch hier ist ein langsamer, aber steter Inzidenzanstieg zu beobachten. (Klaus Hurrelmann et al „Prävention und Gesundheitsförderung“, 3. Auflage, Bern 2010)
 - Die Entscheidung über die klinische Relevanz einer Tumorerkrankung mit nachfolgender Therapiekonsequenz kann nur in der **individuellen Arzt-Patienten-Beziehung** getroffen werden, wobei medizinische Komorbiditäten, Alter und soziales Umfeld zu berücksichtigen sind (Baillie et al „Using communicative action in the primary prevention of cancer“ Health Educ Behav 2000, 27(4): 442-453)
 - Lebensgewohnheiten, soziale Umstände, psychische Faktoren und Ernährungsgewohnheiten haben für das Auftreten einer onkologischen Erkrankung eine entscheidende Relevanz. Je nach Quelle werden bis zu 70 % aller Tumorerkrankungen ursächlich auf sogenannte **Lifestyle-Faktoren** zurückgeführt. (Klaus Hurrelmann et al „Prävention und Gesundheitsförderung“, 3. Auflage, Bern 2010). So ist **Rauchen** der wichtigste Risikofaktor sowohl für Nierenkrebs als auch für Blasenkrebs, **Adipositas** erhöht das Risiko beispielsweise für Nierenkrebs und Prostatakarzinom (Sönnichsen, EbM-Guidelines, 2015)
 -
 - **Steinerkrankungen:**
 - In Deutschland liegt die Prävalenz für Harnsteine bei etwa 5 %, der Häufigkeitsgipfel liegt zwischen dem 30. Und 60. Lebensjahr.

- In Wohlstandszeiten steigt bei eiweißreicher Kost die Harnsäure-, Oxalat- und Kalziumausscheidung im Urin und damit auch die Häufigkeit der Urolithiasis.
- Da die Rezidivrate bei Harnsteinen ohne Prophylaxe bei 50 % liegt, sollte immer eine **Steinprophylaxe** betrieben werden. Konsequente Prophylaxe senkt die Rezidivrate auf unter 5%. Wichtig dafür ist eine ausreichende Trinkmenge, eine Ernährungsumstellung, Abbau von Übergewicht und körperliche Bewegung (Sönnichsen).

 - **Kinderwunsch und Infertilität:**
 - Die Ursachen der Infertilität verteilen sich **zu gleichen Teilen auf männliche und weibliche Faktoren** (30-40% der Paare). Bei den verbleibenden Paaren sind wohl beide Partner beteiligt bzw. es findet sich keine eindeutige Ursache. (Harrisons „Innere Medizin“, 19. Auflage, 2016)
 - Die Erstabklärung bei Infertilität umfasst eine Besprechung des richtigen Zeitpunkts für den Geschlechtsverkehr sowie der **modifizierbaren Risikofaktoren** wie Rauchen, Alkoholkonsum und Übergewicht. (Harrisons „Innere Medizin“, 19. Auflage, 2016)

 - **Sexuell übertragbare Krankheiten:**
 - Die WHO bezeichnet sexuell übertragbare Infektionen als eine der fünf häufigsten Erkrankungen weltweit, die dazu führen, dass Erwachsene medizinische aufsuchen.
 - Von Syphilis und HIV/AIDS, Hepatitis B und C sind **signifikant mehr Männer** als Frauen betroffen. Risikoverhalten, wie z.B. der Verzicht auf Kondome zum Schutz vor STI kann dabei eine Ursache sein, auch wenn die Hauptbetroffenengruppen nicht mit Risikogruppen gleichzusetzen sind. (RKI „Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland“, 2014)
 - Um die sexuelle Gesundheit zu fördern, zu bewahren und wiederherzustellen, kommt auch der **Beratung** zu sexuell übertragbaren Infektionen **besondere Bedeutung** zu, sowohl im Hinblick auf Prävention als auch auf Diagnostik und Therapie.
 - Ein wesentliches Ziel der Therapie sexuell übertragbarer Infektionen ist die **Verhinderung von Reinfektionen und Rezidiven**. Entsprechend kommt auch der **Partnerbehandlung** ein hoher Stellenwert zu (Wagenlehner et al, „Klinik, Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Infektionen“, Deutsches Ärzteblatt, Heft 1-2, 2016)

Die 5 A-Strategie zur Einleitung von Verhaltensänderungen

- Die 5-A-Strategie wurde ursprünglich von dem amerikanischen Nationalen Krebsinstitut entwickelt, um Ärzten einen Leitfaden für die Beratung zur Raucherentwöhnung an die Hand zu geben. Von der kanadischen Task Force für Preventive Health wurde sie um die Zustimmung des Patienten zur Verhaltensänderung (agree) ergänzt.
- Unter den 5 A's sind die folgenden fünf Maßnahmen, die systematisch nacheinander abgearbeitet werden sollten, zusammengefasst (Ludt, Glassen, Wiesemann & Szecsenyi, 2009; DMP-Handbücher AOK/Hausärzte):
 - Assess/Ask (Erheben)
 - Advise (Beraten)
 - Agree/Assess (Einigen)
 - Assist (Unterstützen)
 - Arrange (Vereinbaren)

- **Erheben**

Das Erheben der gesundheitlichen Risikofaktoren und der Motivation (d.h. die Änderungsbereitschaft des Patienten) ist zunächst eine Bestandsaufnahme der Ist-Situation. Dies kann erfolgen über:

- einen Fragebogen (z.B. im Wartezimmer ausfüllen),
- ein Verhaltenstagebuch,
- ein Kurzprotokoll (auch über die Motivationsstufen nach Prochaska oder
- ein einfaches Gespräch

- **Beraten**

Dem Erheben folgt die kooperative, empathische und vorurteilsfreie Beratung, um Interesse zu wecken sowie das Selbstvertrauen und die Selbstwirksamkeit des Patienten zu stärken. Diese Phase kann zum Beispiel die Bereitstellung von Informationen über die gesundheitlichen Risiken des aktuellen Verhaltens, die Vorteile der Verhaltensänderung und Angebote von Hilfestellungen, Kursen usw. umfassen.

- **Einigen**

In diesem Abschnitt der Behandlung werden gemeinsame Ziele bzw. Vereinbarungen festgesetzt, die an die individuelle Veränderungsbereitschaft des Patienten angepasst sind. Der Patient wird dabei in die Entscheidungsfindung mit einbezogen, damit er ein höheres Maß an innerer Überzeugung gewinnt.

- **Unterstützen**

Unter "Assist" versteht die 5-A-Strategie das Anbieten von Hilfestellungen, z. B. Informationen zur Selbsthilfe, zu Medikamenten, Vereinen sowie die Weitergabe von Adressen, Institutionen, Überweisungen zu Gruppen, zu anderen Fachberufen und/oder -gruppen, die in Abhängigkeit von der Veränderungsbereitschaft gegeben werden. Sie sollen es dem Patienten erleichtern, die zuvor vereinbarten Ziele zu erreichen. Auch sollten hier idealerweise verschiedene Präventionsansätze und -angebote im Gesundheitswesen ineinandergreifen.

- **Vereinbaren**

Abhängig von der Ausgangssituation werden weitere Empfehlungen ausgesprochen zur Sicherung der Nachhaltigkeit der Gesundheitsberatung, wie z. B. Follow-ups bei chronischen Krankheiten.

Arzt-Patienten-Beziehung und evidenzbasierte Patienteninformation

- Evidenz zum Einfluss der Arzt-Patient-Beziehung auf patientenrelevante Outcomes wird von mehreren Autoren z. B. auch in dem Gutachten des Sachverständigenrats SVR vorgestellt (SVR, 2009).
- Eine gute Arzt-Patient-Beziehung zeichnet sich aus Sicht der Patienten auch durch längere Konsultationszeiten aus und steht im Zusammenhang mit einer schnelleren Genesung und Verbesserung des Gesundheitszustandes bei niedrigeren Gesundheitsausgaben durch Verringerung medizinischer Tests und selteneren Überweisungen. Ärzte mit durchschnittlich längeren Konsultationszeiten verschreiben weniger Medikamente und geben eher Empfehlungen zu Lebensstil und präventiven Maßnahmen (SVR 2009, 2012).

Patientenorientierung

- Eine patientenorientierte Kommunikation bedeutet ein kommunikatives Verhalten unter Wahrnehmung der aktuellen körperlichen und emotionalen Verfassung des Patienten und unter Berücksichtigung seiner persönlichen Werte, Bedürfnisse und Präferenzen sowie Förderung seiner Selbstkompetenz, Handlungs- und Entscheidungsfähigkeit (AWMF, DKG & DKH, 2014).
- Insbesondere auch die Kommunikation mit Krebspatienten und Angehörigen soll durch alle Berufsgruppen patientenzentriert erfolgen und sich an deren individuellen Anliegen, Bedürfnissen sowie Präferenzen bezüglich Information, Aufklärung und Entscheidungsbeteiligung orientieren. Die Erfragung soll

wiederholt im Krankheitsverlauf insbesondere in kritischen Krankheitsphasen erfolgen (EK¹) (AWMF, DKG & DKH, 2014).

Wachsende Bedeutung der Patienten-/Nutzerinformation und -beratung

- Gemäß des Sachverständigenrates (2012) wächst aufgrund der zunehmenden Bedeutung auch von chronischen Beschwerden und Erkrankungen mit komplexer Versorgung und zahlreichen Bewältigungsanforderungen der Bedarf an Information, Wissen und an edukativer Unterstützung sowie Maßnahmen zur Verhältnis- und Verhaltensprävention. Das weitere Leben auf die Beschwerden und deren Prävention mit (bedingter) Gesundheit auszurichten gelingt umso besser je höher die Gesundheitskompetenz ist (SVR, 2012).
- Auch wandelt sich das Verständnis der Patientenrolle vom passiven Leistungsempfänger oder sog. Laien hin zum „Nutzer“ unter anderem, um die Möglichkeit der Selbstbestimmung und die verantwortlich-konstruktive Mitwirkung hervorzuheben (SVR, 2012):
 - dabei gewinnen die Selbstbeobachtung und Selbstmanagementfähigkeit zunehmend an Bedeutung durch Information, Beratung und Edukation bzw. Wissensvermittlung und Kompetenzsteigerung insbesondere durch den Arzt bzw. Zugang zu validen Informationen
 - durch die steigende Ausdifferenzierung und Fragmentierung des Gesundheitswesens und den Zuwachs an Kommunikationsmedien sind gesundheits- und krankheitsrelevante Informationen oft nur schwer einzuschätzen sowie versteh- und nutzbar zu machen
 - die aktive Beteiligung und Stärkung von Patienten und Nutzern bedingt auch aufseiten der Patienten ein Umdenken und setzt zudem Unterstützung durch unabhängige Informationen und Kompetenzvermittlung voraus
 - die wichtigste Informationsinstanz bei Gesundheitsproblemen sind Ärzte als erste Anlaufstelle
 - obwohl Ärzte fast uneingeschränkt das Vertrauen der Bevölkerung genießen, sind etwa zwei Drittel der Meinung, dass die Information der Ärzte verbesserungswürdig ist
 - Informationen und Aufklärung von Krankenkassen werden ebenfalls von einer großen Mehrheit der Bevölkerung erwünscht, immerhin von drei Viertel der Befragten zudem durch das Internet (2011 waren

¹ EK = Expertenkonsens

über 80% der Männer und fast 70% der Frauen online in Deutschland) zusätzlich zu Beratungsangeboten vor Ort zur Gesundheit, zur Pflegeberatung, zu sozialrechtlichen Themen, zur Rehabilitation, Selbsthilfe usw.

- Die Schaffung einer effektiven und effizienten flächendeckenden Informations- und Beratungsstruktur ist erforderlich auch über neue Versorgungsformen, um Patienten und Nutzern zu helfen, informierte Entscheidungen zu treffen und sich auch bei Bedarf verantwortungsvoll über die eigenen Präferenzen klar zu werden (SVR, 2012).

Zunehmende Bedeutung partizipativer Entscheidungsfindung

- Mehr als jeder zweite Patient wünscht sich eine partizipative Entscheidungsfindung. Rund ein Viertel der Befragten erwartet vom Arzt, dass er die Therapieentscheidung alleine fällt, etwa 20 von 100 Befragten möchten die Entscheidung ohne Einbeziehung des Arztes treffen. (Bertelsmannstiftung (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor-Newsletter 02/2014)
- Eine Auswertung internationaler Literatur zeigt, dass Patientenaktivierung und Patientenengagement nachweislich positiven Einfluss haben auf Behandlungsergebnisse und die Behandlungserfahrungen der Patienten. Beides ist ausgeprägter bei partizipativer Entscheidungsfindung. (Hibbard, JH, Greene J. What The Evidence Shows About Patient Activation: Better Health Outcomes And Care Experiences; Fewer Data On Costs. Health Affairs (2) 32 2013. 207–214)
- Gefordert werden zur Unterstützung der Umsetzung partizipativer Entscheidungsfindung in die Praxis insbesondere auch die Entwicklung und der Einsatz evidenzbasierter Entscheidungshilfen. (u.a. Bertelsmannstiftung (2014). Partizipative Entscheidungsfindung beim Arzt: Anspruch und Wirklichkeit. Gesundheitsmonitor-Newsletter 02/2014)

Partizipative Entscheidungsfindung am Beispiel des Prostatakarzinoms

- Karzinompatienten profitieren von Ärzten, die über Kompetenzen in partizipativer Entscheidungsfindung verfügen. Untersuchungen zeigen, dass Patienten, die in die Entscheidungsfindung eingebunden waren, direkt nach dem Arztgespräch und auch drei Monate später weniger ängstlich waren und auch niedrigere Depressionswerte aufweisen. (Härter M, Buchholz A, Nicolai J et al. Shared Decision Making and the Use of Decision Aids. A cluster-randomized study on the efficacy of a

training in an oncology setting Dtsch Arztebl Int 2015; 112(40): 672-9; DOI: 10.3238/arztebl.2015.0672)

- Wesentlich für eine gelingende gemeinsame Entscheidungsfindung ist die verständliche und umfassende Information des Patienten. Ein Mangel an Information kann zu unrealistischen Erwartungen hinsichtlich der Behandlungsergebnisse führen. Die langfristige Zufriedenheit mit der Therapieentscheidung ist jedoch insbesondere beim nicht-metastasierten Prostatakarzinom ein wichtiges Ziel, da diese Patienten eine sehr gute Prognose haben und meist noch viele Jahre mit der Erkrankung und/oder den Folgen der Therapie leben.
(Groeben C, Streuli JC, Krones T et al (2014) Therapie des nichtmetastasierten Prostatakarzinoms: Eine systematische Übersicht interaktiv personalisierter patientenorientierter Entscheidungshilfen. Urologe 53:854-864)
- Entscheidungshilfen vermitteln Wissen, helfen dem Patienten dabei, sich seiner individuellen Präferenzen und Werte bewusst zu werden, fördern die Einbeziehung des Patienten und senken letztlich die Unsicherheit bezüglich der getroffenen Entscheidung.
(Stacey D, Légaré F, Col NF et al (2014) Decision aids for people facing health treatment or screening decisions. Cochrane Database Syst Rev 1:CD001431)
- Im Idealfall unterstützen Entscheidungshilfen den gesamten Prozess der Entscheidungsfindung – von der Vorbereitung des Arzt-Patienten-Gesprächs bis hin zur Einbeziehung individueller Wertvorstellungen – und können somit das Beratungsgespräch entlasten.
(Hirsch O, Keller H, Krones T, Donner-Banzhoff N (2011) Acceptance of shared decision making with reference to an electronic library of decision aids (arribalib) and its association to decision making in patients: an evaluation study. Implement Sci 6:70)

In der Früherkennung

- Bei den zehn häufigsten Todesursachen steht das Prostatakarzinom bei Männern mit 3,1 % an 7. Stelle der Todesursachenstatistik (bei Frauen im Vergleich Lungenkrebs, Gesundheitsbericht RKI 2015, S. 25) und ist die dritthäufigste Krebstodesursache des Mannes:
 - die Zahl der Neuerkrankungen ist in den letzten Jahrzehnten kontinuierlich gestiegen auf etwa 64.500, die altersstandardisierte Erkrankungsrate ist zwar leicht rückläufig, liegt jedoch noch um 10,2 % über dem Wert aus 2001 z.B..

- der Nutzen eines PSA-Screenings ist nach wie vor umstritten, weil es zu Überdiagnosen und unnötigen Behandlungen führen könnte (Bericht Gesundheit in Deutschland 2015, S. 56).
- Bisher umfasst die Früherkennung von Prostatakrebs ab 45 Jahren die jährliche digital-rektale Untersuchung, was daher in diesem Versorgungsvertrag vor allem um Informationen und risikoadaptierte Beratung und Untersuchung erweitert wurde und damit auch ersetzt.
- Die Krebsfrüherkennungsuntersuchung nehmen laut der Studie zur Gesundheit Erwachsener DEGS1 (2013) über 55% der 70- bis 79-Jährigen in Anspruch. Gemäss Zentralinstitut der kassenärztlichen Vereinigung ZI (Stand 16.6.2015: Teilnahme an gesetzlichen Früherkennungsuntersuchungen) lässt sich in der Tat eine Zunahme der Beanspruchung mit dem Alter erkennen: 12,6% der 45- bis 49-Jährigen und 40% der 65- bis 69-Jährigen.
- Da sich das Krebsfrüherkennungsangebot an beschwerdefreie Männer richtet, müssen sie laut RKI-Bericht zur „Gesundheitlichen Lage der Männer in Deutschland“ (2014) zu diesem Zeitpunkt den Nutzen und das Risiko z.B. von falsch-positiven Diagnosen gegeneinander abwägen, um sich dann für oder gegen eine Teilnahme an der Krebsfrüherkennungsuntersuchung zu entscheiden. Damit eine informierte Entscheidung zustande kommt, sind objektive und verständliche Informationen über potenzielle Vor- und Nachteile der Untersuchung für die Zielgruppe nötig.
- Neben Einflüssen von Alter und Geschlecht spielt auch der sozioökonomische Aspekt bei der Inanspruchnahme von Früherkennung u.a. eine besondere Rolle.
- Als Gründe für eine Nichtteilnahme z.B. an Früherkennungsmaßnahmen gemäß GEDA (Studie Gesundheit in Deutschland 2010, Dt. Ärzteblatt 110(41):679-685 von Hoebel J et al) wurde v.a. ein **Bedarf an verbesserten Informationen** für die Inanspruchnahme festgestellt (Gesundheitsbericht RKI 2015, S. 262).
- Erste Ergebnisse der PROBASE-Studie zeigen, dass mehr als 90 % der Studienteilnehmer unauffällige PSA-Werte aufweisen. Sie zeigt auch, dass Männer mit hohen PSA-Werten weiterführenden Untersuchungen zurückhaltend gegenüberstehen. (Arsov C, Becker N, Herkommer K et al (2015) The German risk-adapted PCA Screening Trial (PROBASE) – first results, Poster beim Europäischen Urologenkongress (EAU), Madrid)
- Bei einem Wert über 10 ng/ml wird bei jedem zweiten Mann ein Karzinom gefunden (evidenzbasierter Patientenratgeber Prostatakrebs zur S3-Leitlinie www.urologenportal.de/index.php?id oder www.awmf.org)
- Früherkennung bedeutet jedoch keinesfalls immer eine tatsächliche Früherkennung, sondern kann auch bereits fortgeschrittene Krankheitszustände betreffen je nach feingeweblichem Befund und Risiko, so

dass dann die Palliativversorgung mit bewusster Hinwendung zum Menschen damit stark in den Vordergrund treten sollte (Erhalt der Lebensqualität) in enger Abstimmung mit dem Hausarzt.

Anm.: Hauptdiagnosen der Palliativ-Erfassung (HOPE 2014: www.hope-clara.de von Lindena G.) sind zu 80% bösartige Neubildungen.

In der Therapie des Prostatakarzinoms

- Männer mit einem lokal begrenzten Prostatakarzinom mit niedrigem Progressionsrisiko sollten über die geringe Wahrscheinlichkeit informiert werden, dass sie aufgrund dieser Diagnose Schaden nehmen. Tosoian et al plädieren auf Basis ihrer Studie dafür, diese Männer zu ermutigen, eine aktive Überwachung statt einer Operation zu erwägen.
(Tosoian JJ, Mamawala M., Epstein JI et al. (2015) Intermediate and Longer-Term Outcomes from a Prospective Active-Surveillance Program for Favorable-Risk Prostate Cancer. Journal of Clinical Oncologie, 33(30), 3379-3385)
- Die ProtecT-Studie zeigte bei einem Vergleich zwischen Active Surveillance, Operation und Strahlentherapie keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich der prostatakrebs-spezifischen Sterblichkeit. Auch hinsichtlich der Sterblichkeit aufgrund anderer Todesursachen ergab sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Vergleichsgruppen. Allerdings war die Progression der Erkrankung in der Gruppe der operierten Männer und der mit Strahlentherapie behandelten Männer geringer als in der Gruppe der Männer, die sich einer aktiven Überwachung unterzogen. Gleiches gilt für das Auftreten von Metastasen.
(Hamdy FC, Donovan JL, et al. 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. N Engl J Med 2016; 375:1415-1424 DOI: 10.1056/NEJMoa1606220)
- In die Therapieplanung sollten außer der Einstufung des Tumors das Alter des Patienten, eventuelle Komorbiditäten und die Präferenz des Patienten mit einbezogen werden. Ältere Patienten, die aufgrund einer höheren Komorbidität bzw. einer mutmaßlichen Lebenserwartung von weniger als 10 Jahren möglicherweise nicht für eine kurative Behandlung in Frage kommen, sollen zu Watchful Waiting beraten werden.
(AWMF, DKG & DKH (2014). Interdisziplinäre S3-Leitlinie zur Früherkennung, Diagnose und Therapie der verschiedenen Stadien des Prostatakarzinoms. Leitlinienprogramm Onkologie, Langversion 3.1, verfügbar unter <http://leitlinienprogrammmonkologie.de/Prostatakarzinom.58.0.html>)
- Da ein Prostatakarzinom meist nur langsam fortschreitet und auch ohne Therapie lange Gesamtüberlebenszeiten erreicht werden, gilt es die durch eine Therapie möglicherweise gewonnene Lebenszeit abzuwägen gegen

einen möglichen Verlust an Lebensqualität aufgrund von Nebenwirkungen und Langzeitfolgen der Therapie. Bei der Entscheidungsfindung sollten daher Komorbiditäten mit einbezogen werden (Charlson-Score). Selbst Patienten, die älter als 65 Jahre sind und einen Charlson-Score <3 aufweisen, profitieren hinsichtlich des tumorspezifischen Überlebens nur moderat von einer Operation.

(Daskivic TJ et al „Comparative Effectiveness of Aggressive Versus Nonaggressive Treatment Among Men With Early-Stage Prostate Cancer and Differing Comorbid Disease Burdens at Diagnosis“, Cancer 2014;120:2432–2439)

Online-Entscheidungshilfe bei lokal begrenztem Prostatakarzinom

- Aufgrund des häufig begrenzten Wissens der Patienten über die Erkrankung und der Zahl an Therapiemöglichkeiten stellt die Entscheidungsfindung beim lokal begrenzten Prostatakarzinom eine komplexe Angelegenheit dar. (Huber J (2016) Therapiewahl beim Prostatakarzinom: Entscheidungsfindung in der Urologie von morgen. URO-NEWS 20:47-51)
- Während im angelsächsischen Raum Prostata-Patienten zunehmend interaktive Online-Entscheidungshilfen zur Verfügung stehen, die eine Personalisierung der Information möglich machen, gibt es derzeit lediglich eine interaktive deutschsprachige Entscheidungshilfe für Patienten mit lokal begrenztem Prostatakarzinom. Diese Entscheidungshilfe wurde nach den Kriterien der „Guten Praxis Gesundheitsinformation“ entwickelt, und wird durch die Urologische Stiftung Gesundheit gGmbH der Deutschen Gesellschaft für Urologie e.V. (DGU) digital bereitgestellt. Sie vermittelt bewusst keine Therapieempfehlung und dient allein der Vorbereitung des Patienten auf das Arzt-Patienten-Gespräch. Der Patient erhält am Ende eine Zusammenfassung, die er ausgedruckt zum Arztgespräch mitnehmen kann. Dies ermöglicht eine individuelle Beratung des Patienten. (Groeben C, Streuli JC, Krones T et al (2014) Therapie des nichtmetastasierten Prostatakarzinoms: Eine systematische Übersicht interaktiv personalisierter patientenorientierter Entscheidungshilfen. Urologe 53:854-864; Huber J (2016) Therapiewahl beim Prostatakarzinom: Entscheidungsfindung in der Urologie von morgen. URO-NEWS 20:47-51)
- Die Drei-Monats-Daten zur Evaluation der Entscheidungshilfe Prostatakrebs zeigen eine hohe Zufriedenheit der Patienten und der behandelnden Fachärzte. Die Gesamtzufriedenheit bei den Patienten liegt bei 87 %. Die Mehrzahl (57,5 %) nutzt die Entscheidungshilfe

gemeinsam mit dem Partner.

(Groeben C, Ihrig A, Hölscher T et al. (2016) Evaluation der Entscheidungshilfe Prostatakrebs aus Patientensicht: Ergebnisse der ersten drei Monate, Originalarbeit)

- Um die Entscheidungshilfe nutzen zu können, erhält der Patient von seinem behandelnden Urologen eine persönliche Zugangskarte mit einem Login. Damit die Angaben des Patienten zur Risikostratifizierung zuverlässig sind, sollte der behandelnde Urologe auf der Zugangskarte einige wenige medizinische Angaben eintragen. Die Hälfte der Angaben werden im Multiple-Choice-Verfahren erfasst.
- Über den Link <https://urologische-stiftung-gesundheit.de/entscheidungshilfen> können Informationen zur Entscheidungshilfe abgerufen werden.

Quellen bzw. weiterführende Links

- www.krebshilfe.de
Allgemeinverständliche Informationen auf der Homepage sowie teilweise als Broschüre, Flyer & DVD: rund um speziellen Tumorerkrankungen z. B. Prostatakarzinom, zum Lebensstil u.v.a.
- www.aeqz.de (Ärztliches Zentrum für Qualität in der Medizin) bzw. www.patienten-information.de
- www.awmf.org (Leitlinien für Ärzte & Patienten z. B. zu Prostatakarzinom, Palliativmedizin, Psychosoziale Onkologie)
- www.rki.de (Robert Koch-Institut)
- www.krebsgesellschaft.de
- Internationale Leitlinien z. B. über www.nccn.org, www.guideline.gov, www.nice.org.uk, www.esmo.org
- www.dkfz.de und www.krebsinformationsdienst.de (Deutsches Krebsforschungszentrum) Homepage + Broschüren; KIP-2-Seiter
- www.gesundheitsinformation.de (IQWiG: allgemeinverständliche Informationen)
- www.leitlinienprogramm-onkologie.de
- www.ebm-netzwerk.de
- www.patienten-information.de
- www.bzga.de (Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung)
- www.dimdi.de
- www.g-ba.de
- www.bptk.de (Bundespsychotherapeutenkammer; Informationen u. a. zu Psychotherapieverfahren)
- www.patientenberatung.de (Unabhängige Patientenberatung Deutschland; UPD)
- www.nakos.de (Nationale Kontakt- und Informationsstelle zur Anregung und Unterstützung von Selbsthilfegruppen)
- www.sportprogesundheit.de
- www.dosb.de/de/organisation/mitgliedsorganisationen/landessportbuende
- www.vereinsverzeichnis.eu
- www.sport-in-bw.de
- www.wlsb.de www.landwirtschaft-mlr.baden-wuerttemberg

Literaturverzeichnis im Kontext der Recherche u.a.

- ÄZQ (2006). Manual Patienteninformation. Empfehlung zur Erstellung evidenzbasierter Patienteninformation. Schriftenreihe Band 25. Berlin: ÄZQ.
- AWMF, DKG & DKH (2014). S3-Leitlinie Psychoonkologische Diagnostik, Beratung und Behandlung von erwachsenen Krebspatienten. Langversion 1.1. verfügbar unter: www.leitlinienprogramm-onkologie.de/Leitlinien.7.0.
- Blair S, Kohl H, Paffenbarger R et al (1989) Physical fitness and all-cause mortality. A prospective study of healthy men and women. JAMA 262:2395–2401.
- Börgermann C, Kaufmann A et al (2010). Therapie der Belastungsinkontinenz beim Mann. Deutsches Ärzteblatt 107 (27), 484-491.
- Bundesministerium für Gesundheit (2012). Nationaler Krebsplan. Handlungsfelder, Ziele und Umsetzungsempfehlungen. Berlin: BMG.
- von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.
- Daskivic T, Lai J et al (2014) Comparative effectiveness of aggressive versus nonaggressive treatment among men with early-stage prostate cancer and differing comorbid disease burdens at diagnosis. Cancer, 120 (16), 2432-2439.
- Department of Health (2004) Physical activity – health improvement and prevention: at least five a week. London: Department of Health.
- Dietel M, Suttrop N, Zeitz M (Hrsg) (2016) Harrisons Innere Medizin. In Zusammenarbeit mit der Charité. Band 3. Teil 13: Nieren- und Harnwegserkrankungen. Teil 16 Endokrinologie und Stoffwechsel. Berlin: ABW Wissenschaftsverlag.
- DKH (2014). Bewegung und Sport bei Krebs. Die blauen Ratgeber, Heft 48, Bonn: DKH.
-
- DMP-Handbücher AOK/Hausärzte
- Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.
- Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544
- Ernst, J., Brähler, E. & Weißflog, G. (2014). Beteiligung von Patienten an medizinischen Entscheidungen – ein Überblick zu Patientenpräferenzen und Einflussfaktoren. Das Gesundheitswesen, 76 (04), 187-192.
- Festinger L (1957). A theory of cognitive dissonance. Stanford: Stanford University Press.
- Hamdy FC, Donovan JL, et al (2016). 10-Year Outcomes after Monitoring, Surgery, or Radiotherapy for Localized Prostate Cancer. New Engl J Med; 375:1415-1424 DOI: 10.1056/NEJMoa1606220.
- Herold, G. (2016). Innere Medizin. Köln: Herold.
- Herold, G (2014). Innere Medizin. Köln: Herold.
- Huber J (2016) Therapiewahl beim Prostatakarzinom: Entscheidungsfindung in der Urologie von morgen. URO-NEWS 20:47-51.
- Holland, J., Breitbart, W., Jacobsen, P., Lederberg, M., Loscalzo, M., McCorkle, R. (2010). Psycho-Oncology. New York: Oxford University Press.
- Hurrelmann K, Klotz T, Haisch J (2010) Lehrbuch. Prävention und Gesundheitsförderung. Bern: Hans Huber.
- Jacobi, F., Wittchen, H.-U., Höfing, C., Höfler, M., Pfister, H., Müller, N. & Lieb, R. (2004). Prevalence, co-morbidity and correlates of mental disorders in the general population: results from the German Health interview and Examination Survey (GHS). Psychol Med; 34 (4): 597-611.
- Jensen MP (2002). Enhancing motivation to change in pain treatment. In: Turk DC & Gatchel RJ (Eds) Psychological approaches to pain management. New York, London: The Guilford Press, 71-93.
- KID & DKFZ (2014). Informationsblatt – Bewegung und Sport bei Krebs, während der Krebsbehandlung und in der Krebsnachsorge. Zugriff am 17.02.2015, verfügbar unter: <https://www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/iblatt/iblatt-bewegung-krebsvorbeugung.pdf> .
- Klemperer, D. (2015). Patientenbeteiligung zur Verbesserung der Versorgungsqualität. Deutsches Ärzteblatt, 112 (40), 663-664.

- Krug, S., Jordan, S., Mensink, G. Müters, S, Finger, J. & Lampert, T. (2013). Körperliche Aktivität. Ergebnisse der Studie zur Gesundheit Erwachsener in Deutschland (DEGS1). Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 56, 765-771.
- Loh, A., Simon, D., Kristion, L. & Härter, M. (2007). Patiententeilnahme bei medizinischen Entscheidungen. Effekte der partizipativen Entscheidungsfindung aus systematischen Reviews. Deutsches Ärzteblatt, 104, 21, A1483-A1488.
- Ludt, S., Glassen, K., Wiesemann, A. & Szecsenyi, J. (2009). Prävention. Qualitätsindikatoren für die Vermeidung von Krankheiten. Band E1. In Szecsenyi, J., Broge, B. & Stock, J. QiSA – Das Qualitätsindikatorensystem für die ambulante Versorgung. Berlin: KomPart Verlagsgesellschaft mbH & Co KG.
- Markland D, Ryan RM, Tobin VJ, Rollnick S (2005). Motivational Interviewing and Self-Determination Theory. Journal of Social and Clinical Psychology. Vol 24 (6): 811-831.
- Richter-Kuhlmann, E. (2015). Choosing wisely: Mut haben, etwas nicht zu tun. Deutsches Ärzteblatt, 112 (44), 1810-1811.
- Rabady S, Sönnichsen A (2015). EbM-Guidelines. Evidenzbasierte Medizin für Klinik und Praxis. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e.V. (2013). Krebs in Deutschland 2009/2010. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. 9. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut & Gesellschaft der epidemiologischen Krebsregister in Deutschland e. V. (2008). Krebs in Deutschland 2003 – 2004. Häufigkeiten und Trends. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (2014). Gesundheitliche Lage der Männer in Deutschland. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes. Berlin: RKI.
- Robert Koch-Institut (2005). Körperliche Aktivität. Gesundheitsberichtserstattung des Bundes, Heft 26. Berlin: RKI.
- Rollnick S, Miller R, Butler C (2012). Motivierende Gesprächsführung in den Heilberufen. Core Skills für Helfer. Lichtenau/Westfalen: G P Probst.
- Rummer, A. & Scheibler, F. (2016). Patientenrechte. Informierte Entscheidung als patientenrelevanter Endpunkt. Deutsches Ärzteblatt, 113 (8), A322-A324.
- Sachverständigenrat (2012). Wettbewerb an der Schnittstelle zwischen ambulanter und stationärer Gesundheitsversorgung. Sondergutachten. Bern: SVR.
- Sachverständigenrat (2009). Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens. Sondergutachten. Baden-Baden: SVR. Verfügbar unter: www.svr.de
- Sachverständigenrat (2007). www.svr.de
- Samitz, G., Egger, M. & Zwahlen, M. (2011). Domains of physical activity and all-cause mortality: systematic review and dose-response meta-analysis of cohort studies. Int J Epidemiol 40, 1382–1400.
- Schaffert, R. et al. (2011). Informationsbedürfnisse von Prostatakrebspatienten. Große individuelle Unterschiede nach Diagnose eines lokalisierten Prostatakarzinoms. Der Urologe, 9 (50), 1089-1094.
- Schepank, H. (1996). Zwillingschicksale – Gesundheit und psychische Erkrankungen bei 100 Zwillingen im Verlauf von drei Jahrzehnten. Stuttgart: Enke.
- Schlag (2012). Anforderungen und Erwartungen an die Psychoonkologie aus Sicht des chirurgischen Onkologen, S. 139 -144. In Weis & Brähler, Psychoonkologie in Forschung und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH
- Singer, S. & Krauß, O. (2012). Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. In Weis & Brähler, Psychoonkologie in Forschung und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH.
- Stock, S., Hertle, D. & Veit, C. (2015). Patientenzentrierung und Qualität der Versorgung in Deutschland im internationalen Vergleich – Ergebnisse eines Telefon-Surveys von Patienten in 11 Ländern. Das Gesundheitswesen, 77 (10), 761-767.
- Teychenne, M., Ball, K. & Salmon, J. (2008). Physical activity and likelihood of depression in adults: a review. Prev Med 46, 397–411.
- Turk, DC, Swanson, KS, Tunks, ER (2008). Psychological approaches in the treatment of chronic pain patients-when pills, scalpels, and needles are not enough.Can J Psychiatry, 53 (4), 213-23.

- Ulrich, C., Wiskemann, J. & Steindorf, K. (2012). Physiologische und molekulare Mechanismen der Wirkung von körperlicher Aktivität auf das Krebsrisiko und den Verlauf einer Krebserkrankung. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz, 55, 1, 3-9.
- US Department of Health and Human Services (1996). Physical activity and health: a report of the Surgeon General. Centers of Disease Control and Prevention. CDC, Atlanta: USDHHS.
- US Department of Health and Human Services (2008). Physical activity guidelines for Americans. Washington: USDHHS.
- Von Uexküll, T. & Wesiack, W. (1996). Wissenschaftstheorie und Psychosomatische Medizin, ein bio-psycho-soziales Modell. In Adler, R. et al. Psychosomatische Medizin. München: Urban & Schwarzenberg.
- Wagenlehner F, Brockmeyer N et al (2016). Klinik, Diagnostik und Therapie sexuell übertragbarer Infektionen. Deutsches Ärzteblatt, 113 (1-2), 11-21..
- Warburton, D., Charlesworth, S., Ivey, A. et al (2010). A systematic review of the evidence for Canada's physical activity guidelines for adults. Int J Behav Nutr Phys Act 7, 39.
- Weis, J. & Boehncke, A. (2011). Psychische Komorbidität bei Krebserkrankungen. Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz. 54: 46-51.
- Weis, J. & Giesler, J. (2014). Psychosoziale Beratung für Krebspatienten. Best practice Onkologie. 9 (4): 38-42.
- Weis, J., Schumacher, A., Blettner, G., Determann, M., Reinert, E., Rütter, J., Werner, A. & Weyland, P. (2007) Psychoonkologie. Konzepte und Aufgaben einer jungen Fachdisziplin. Der Onkologe, 13: 185-194.
- Wickert, M., Lehmann-Lauer, A. & Blettner, G. (2012). Ambulante psychosoziale Krebsberatung in Deutschland – Geschichte und Versorgungssituation, S. 67 -78. In Weis & Brähler, Psychoonkologie in Forschung und Praxis, Stuttgart: Schattauer GmbH.
- World Health Organization (2010). Global recommendations on physical activity for health. Geneva: WHO

Sozialer Dienst AOK Baden-Württemberg / Patientenbegleitung Bosch BKK

Biopsychosoziale Versorgung

Inhalt

1. Hintergrund	2
1.1 Biopsychosoziale Versorgung	2
2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK	3
3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK.....	3
4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen.....	4
5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK.....	6
5.1 Versorgungsplanung	6
5.2 Einzelfallberatung.....	6
5.3 Case Management	7
6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren	8
6.1 Strukturierte Zuweisung.....	9
6.2 Dokumenteneinsatz.....	9
7. Rechtsgrundlagen	10
7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V	10
7.2 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V.....	10
8. Formulare für die Facharztpraxis.....	12

1. Hintergrund

1.1 Biopsychosoziale Versorgung

Aufbauend auf der Systemtheorie¹ beschrieb bereits in den 70er Jahren George Engel das biopsychosoziale Modell^{2,3}.

Dieses beinhaltet folgende Kernaussagen:

Bei der Entstehung und im Verlauf einer Erkrankung sind Einflüsse einer sozialen Gemeinschaft, der Familie und individuelle Verhaltensmuster ebenso bedeutsam wie entsprechende organpathologische Gegebenheiten. Aus Zwillingstudien ließen sich viele Wechselwirkungen ableiten zwischen Umwelt, genetischer Veranlagung und psychosozialen bzw. biologischen Faktoren.

Biologisch-genetische und psychosoziale Faktoren können mithin eine Erkrankung ursächlich bedingen, den Verlauf bestimmen oder als Folge erscheinen.

Das biopsychosoziale Bedingungsgefüge wird insbesondere bei bedrohlichen oder komplexen Diagnosen wie z. B. Karzinomen, jedoch auch bei potentiell gutartigen Tumorverläufen, die nicht immer klar vorhersehbar sind beansprucht, d. h.:

- Krebsdiagnosen gehen häufig mit massiven Belastungen im psychischen und sozialen Bereich einher.
- Krebsdiagnosen lösen häufig bei Betroffenen Hilflosigkeit, Orientierungslosigkeit und Ängste aus.
- Psychosoziale Beratung soll Krebspatienten und Angehörigen frühzeitig angeboten werden.
- Erkennen von potentiellen psychosozialen Belastungen durch Information, Aufklärung und ganzheitliche Betreuung.
- Berücksichtigung von Kommunikationspräferenzen onkologischer Patienten und ansprechen auf ihre persönlichen Verhältnisse.

¹ von Bertalanffy, L. (1968). General systems theory: Foundations, development, applications. New York: George Braziller Inc.

² Engel, G. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. Science, 196, 4286, 129-136.

³ Engel, GL (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. Am J Psychiatry, 137: 535-544.

2. Definition und Auftrag des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Im Sozialen Dienst der AOK (SD)⁴ arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen bspw. in der systemischen Beratung, zertifizierte Pflegeberatung nach § 7a SGB XI und Weiterbildung Psychoonkologie.

Die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG)⁵ besteht aus Pflegefachkräften, Sozialarbeitern (Hochschulstudium) und Sozialversicherungsfachkräften mit Zusatzqualifikationen in Pflegeberatung nach § 7 a SGB XI, Burnoutberatung und Präventionsberatung.

Hauptauftrag des SD / der PBG ist es, Versicherte im Gesamtkontext zu betrachten und hieraus eine stabile Gesamtversorgungssituation für die Versicherten herzustellen. Für die Versicherten soll so eine angemessene Versorgung, eine individuelle Betreuung sowie eine wirtschaftliche Optimierung der Versorgung gefördert werden.

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Beratungen durch den SD / durch die PBG sicherzustellen, bedarf es strukturierter, einheitlicher und definierter Prozesse, die in der AOK Baden-Württemberg und Bosch BKK umgesetzt werden.

Die Arbeitsweisen dieser individuellen Versorgungsgestaltung zielen im Einzelfall z. B. auf eine Steigerung der Lebensqualität und eine Verbesserung der Wirtschaftlichkeit in der Versorgung.

Dem Versicherten wird eine qualitativ hochwertige, optimale Gestaltung in einer oft unübersichtlichen und intransparenten Versorgungslandschaft des Gesundheitswesens zur Verfügung gestellt. Komplexe und sektorenübergreifende Versorgungsbedarfe stehen dabei im Vordergrund (vgl. Kapitel 4).

3. Ziele im Sozialen Dienst der AOK / in der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Durch die strukturierte Zusammenarbeit zwischen dem SD bzw. mit der PBG und der Hausarzt- / Facharztpraxis soll das übergeordnete Gesamtziel einer stabilen Gesamtversorgungssituation des einzelnen Versicherten erreicht und so Über-, Unter- und Fehlversorgungen vermieden werden.

Der Arzt erhält von dem SD / von der PBG Unterstützung bei der Betreuung und Begleitung von z. B. onkologisch erkrankten und / oder multimorbiden Versicherten. Gemeinsam zielen sie auf das Herstellen von Adhärenz und Empowerment, so dass der Versicherte im

⁴ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden der Soziale Dienst der AOK mit SD abgekürzt

⁵ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird im Folgenden die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit PBG abgekürzt

Gesamtprozess der Betreuung und Begleitung mitwirkt. Durch die Kooperation und Kommunikation mit dem Arzt erreicht der SD / die PBG frühzeitig potentielle Risikopatienten und kann so möglichst zeitnah Interventionen in die Wege leiten.

Grundauftrag und Grundsatzziele im Überblick:

- Sektorenübergreifende Bedarfsermittlung
- Herstellen / Beibehalten einer stabilen Gesamtversorgungssituation
- Individuelle Betreuung und Unterstützung
- Frühzeitige und nachhaltige Interventionen
- Strukturierte und interdisziplinäre Handlungsabläufe

4. Zielgruppe und Zugangsvoraussetzungen

Der Fokus der Beratung durch den SD / durch die PBG liegt in einer, die medizinische / ärztliche Behandlung der Facharztpraxen **ergänzenden, nicht-medizinischen Beratung**. Der SD / die PBG hat einen Überblick über das regionale Leistungsangebot im Gesundheitswesen und bietet beratende und organisatorische Unterstützung bei Patienten an, bei welchen **neben der medizinischen Diagnose und Therapie ein weiterer Unterstützungsbedarf** in einem oder mehreren Bereichen vorliegt.

Seelische Belastungen im privaten und / oder beruflichen Umfeld münden ggf. bei Versicherten in Hilflosigkeit, Katastrophisierungsgedanken, Stimmungsstörungen und Passivität. In diesen Fällen kann von einer komplexen Versorgungssituation ausgegangen werden, so dass bspw. bei nachfolgenden **Kontextfaktoren** Unterstützung angeboten werden kann:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungsprobleme mit Eltern / Familie)
- Häusliche Situation / Wohnen ist nicht sichergestellt bzw. Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Problem mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung

- Problem mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.

Die **ganzheitliche Betreuung und Begleitung** bei Versicherten z. B. mit Krebsdiagnosen durch den SD / die PBG kann – in enger Absprache mit den jeweils beteiligten Akteuren – demnach Folgendes umfassen:

- Entwicklung eines individuellen Versorgungsplans (Ziel- / Maßnahmenplanung)
- Unterstützung bei der Krankheitsbewältigung bzw. beim Umgang mit der Erkrankung
- Einbezug der familiären und sozialen Situation
- Berücksichtigung des Arbeitsplatzes und beruflicher Perspektiven
- Berücksichtigung wirtschaftlicher / sozialer Probleme
- Unterstützung bei der Organisation der Rehabilitation / Nachsorge
- Umgang mit Tod und Sterben.

Basis der begründeten Zusammenarbeit bilden die generellen, gesetzlichen Rechtsgrundlagen⁶.

Die Facharztpraxis kann zudem den SD / die PBG als kompetente Ansprechpartner zu spezifischen, regionalen Versorgungsthemen heranziehen. Der SD / die PBG unterstützt die Facharztpraxis mit und ohne direkten Versichertenbezug beispielsweise bei der Suche nach Selbsthilfegruppen oder anderen Angeboten im regionalen Netzwerk. Durch den gemeinsamen Austausch im Rahmen dieses Unterstützungsmanagements kann sich auch ein direkter Beratungsbedarf für den Versicherten durch den SD / die PBG ergeben.

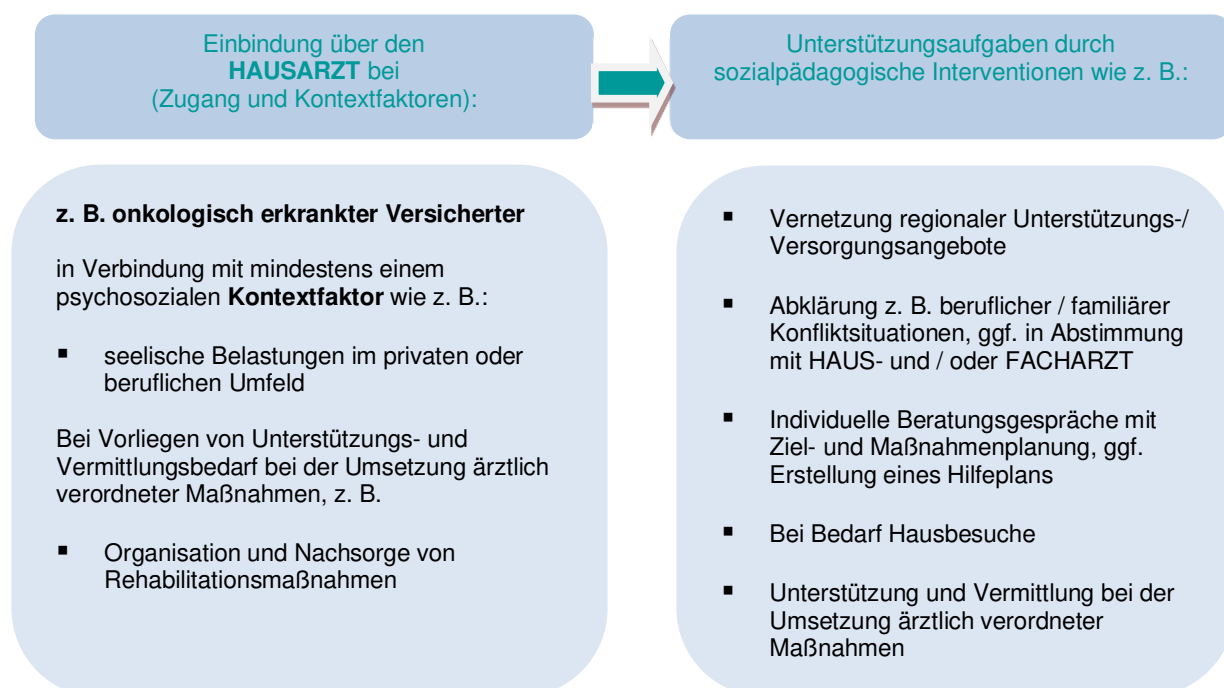


Abb. 1: Übersicht Kontextfaktoren und Zugang zum SD / zur PBG

⁶ §11 (4) SGB V, §7a SGB XI, §27 i.V.m. §10 und §26 (3) SGB IX, §17 SGB I, §100f SGB X i.V.m. §203 StGB

Kontextfaktoren und Zugang im Überblick:

- Bei erkennbarer Veränderungsbereitschaft des Patienten nach biopsychosozialer Beratung und gemeinsamer Entscheidungsfindung durch den UROLOGEN und
- Versicherte, bei welchen z. B. neben einer onkologischen Erkrankung mindestens ein psychosozialer Kontextfaktor vorliegt:
Soziale, berufliche, familiäre Problemsituationen
- HAUSARZT als Lotse und Koordinator/in: Zugang zum SD / PBG über den HAUSARZT

5. Methoden des Sozialen Dienstes der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK

Der SD / die PBG ergänzt im konkreten Fall die medizinische Behandlung durch gezielte sozialpädagogische Interventionen, um eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Je nach Fallkomplexität, Zielsetzung und Maßnahmenplanung werden im gesamten Betreuungszeitraum verschiedene sozialpädagogische Methoden eingesetzt.

5.1 Versorgungsplanung

Der SD / die PBG erstellen im Bedarfsfall einen individuellen Versorgungsplan mit dem Versicherten. Der Versorgungsplan basiert auf einer Situationsanalyse, die sich an die Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) anlehnt. Er ermöglicht die Dokumentation einer umfassenden sozialpädagogischen Anamnese, die Planung und Verlaufskontrolle von Zielen und Maßnahmen sowie eine abschließende Fallevaulation. Bezugnehmend auf ICF und das biopsychosoziale Modell nimmt die Versorgungsplanung folgende Bereiche näher in den Blick:

- soziale & familiäre Teilhabe
- gesellschaftliche & berufliche Teilhabe
- haushalterische Versorgung / Wohnumfeld
- Verfassung / Konstitution
- medizinische Versorgung.

5.2 Einzelfallberatung

Der SD / die PBG erkennen im Rahmen der Einzelfallberatung mögliche psychische und soziale Belastungen sowie Einschränkungen, bringen diese in Zusammenhang mit den aktuellen Versorgungsdefiziten und berücksichtigen sie in der Versorgungsplanung. Diese fundamentale Art der Betrachtung von Lebens- und Gesundheitssituationen ist im Verständnis der Zusammenarbeit zwischen Sozialer Arbeit und Versicherten die Grundlage für eine

tragfähige Problemlösung⁷. Sie berücksichtigt ferner Ressourcen der regionalen Versorgung und des Versicherten selbst⁸.

Kernmerkmale der Einzelfallberatung im Überblick:

- Individuell und ganzheitlich
- Ressourcen- und lösungsorientiert
- Bezieht Versicherte und ihr soziales Umfeld mit ein.

5.3 Case Management

Der SD / die PBG erhebt eine strukturierte Analyse, um so die Basis zur Weiterentwicklung der Versorgungsstruktur im Einzelfall zu schaffen (impliziert eine Versorgungsplanung). Dabei geht der SD / die PBG ggf. situationsbezogenen Kooperationen mit anderen, regionalen Institutionen und Beratungsstellen ein. Die regionalen Versorgungsstrukturen werden hinzugezogen. Die Methode des Case Managements ist ein phasenhafter, ineinander übergehender und sich ggf. wiederholender Prozess⁹ :

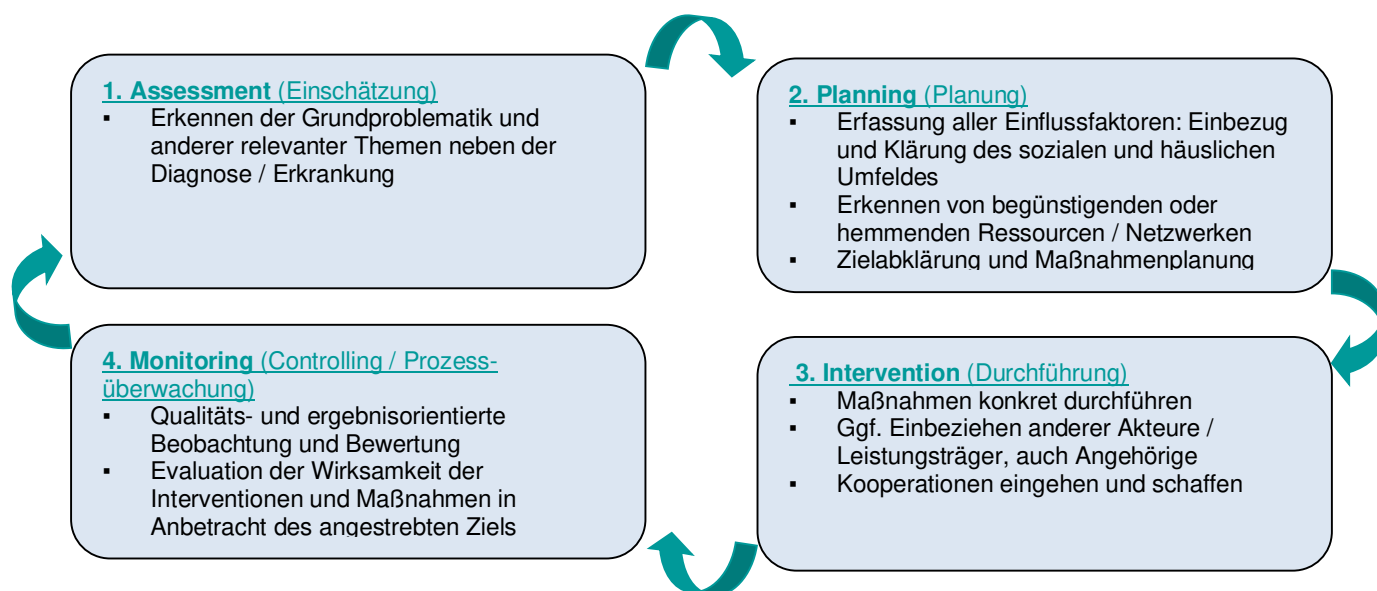


Abb. 1: Kernmerkmale des Case Managements im SD / in der PBG im Überblick

Der Case Management-Ansatz verdeutlicht, dass der SD / die PBG durch strukturierte Bedarfsarbeit und regionalen Netzwerkarbeit bei multikomplexen Problemlagen neben den medizinischen Determinanten die sozialen Determinanten gemeinsam mit dem Versicherten in den Blick nimmt. Im Rahmen des Case Managements kooperiert der SD / die PBG im Einzelfall z. B. mit folgenden **Netzwerkpartnern**:

⁷ Sickendiek, U. et al. (2008). Eine Einführung in sozialpädagogische und psychosoziale Beratungsansätze. 3. Auflage, Weinheim/München: Juventa-Verlag.

⁸ Belardi, N. (2007). Beratung. Eine sozialpädagogische Einführung. 5., überarbeitete Auflage. München: Juventa-Verlag.

⁹ Wendt, Wolf-Rainer (2008). Case-Management im Sozial- und Gesundheitswesen. Eine Einführung. Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag.

- Psychologische Beratungsstellen
- Selbsthilfegruppen
- Sozialleistungsträger wie Bundesagentur für Arbeit, Jobcenter, Grundsicherung für Erwerbsunfähige
- Soziale Einrichtungen (Pflegeheime, Jugendhilfeeinrichtungen)
- Jugendamt
- Ggf. Arbeitgeber (mit Einverständnis des Versicherten)
- Integrationsfachdienst
- Rentenversicherung und weitere.

6. Kooperation und Kommunikation zwischen den Akteuren

In der Regel erfolgt die Kommunikation zwischen SD / PBG und HAUSARZT (vgl. 6.1). Dadurch wird die Rolle des HAUSARZTES als Lotse und Koordinator in der interdisziplinären Versorgung deutlich:

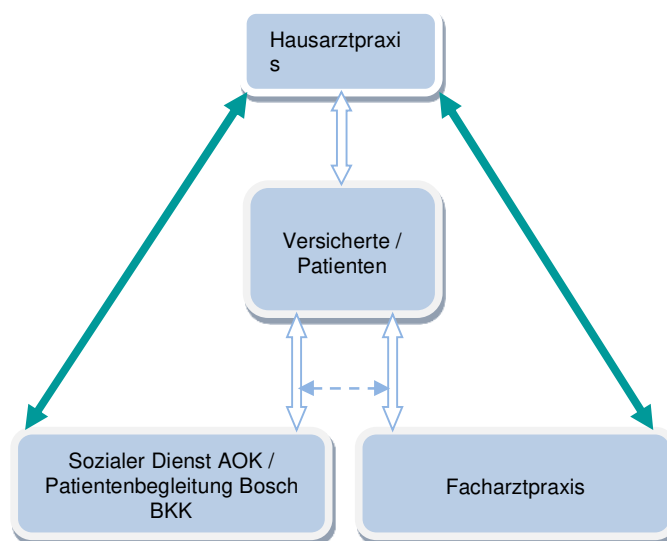


Abb. 2: Kommunikationsstruktur in der interdisziplinären Versorgung

6.1 Strukturierte Zuweisung

Der SD / die PBG werden zeitnah mittels Beratungsbogen über Versicherte mit einem zusätzlichen Beratungsbedarf durch den behandelnden HAUSARZT informiert.

Für eine gelingende Kooperation sind strukturierte Zuweisungs- und Einschaltwege vorgesehen¹⁰:

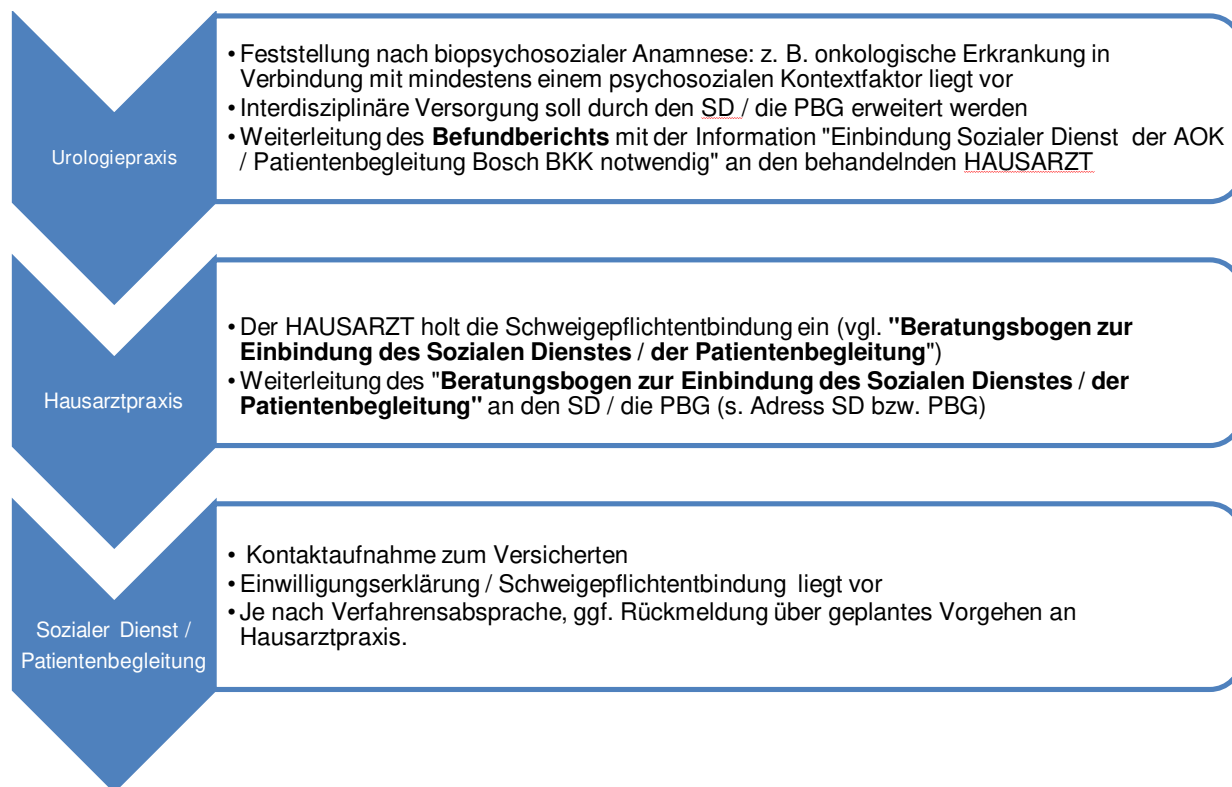


Abb. 3: Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren in der interdisziplinären Versorgung

Die Kontaktaufnahme zum SD / zur PBG soll über die Hausarztpraxis erfolgen. Die Hausarztpraxis soll in jedem Fall über die Einbindung und den weiteren Verlauf informiert sein.

Auch der SD / die PBG können im Rahmen der interdisziplinären Versorgung bei Versichertenfällen mit z. B. onkologischen Erkrankungen, in Absprache mit den aktuell behandelnden Praxen, weitere FACHÄRZTE (z.B. PNP-Praxis) über den gewählten HAUSARZT einschalten.

6.2 Dokumenteneinsatz

Der FACHARZT informiert i. d. R. den HAUSARZT mittels Befundbericht über seine Empfehlung zur Einbindung des SD / der PBG (vgl. Kapitel 4 und 6.1).

¹⁰ Im strukturiertem Zuweisungs- und Kommunikationsverfahren nehmen die unter Kapitel 6 beschriebenen Verfahrensabsprachen eine zentrale Rolle ein.

Der „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes / der Patientenbegleitung“ (vgl. HZV-Anlage 17, Anhang 6.2/ HZV- Bosch BKK Anlage 14 Anhang 5) gilt als Auftragsformular und wird i. d. R. von der Hausarztpraxis an den SD / die PBG übermittelt. Erfasst werden neben den persönlichen und medizinischen Daten der Unterstützungs- und Beratungsbedarf der Versicherten. Dieser ergibt sich aus den unter Kapitel 4 beschriebenen psychosozialen Kontextfaktoren.

Hintergrundinformation für die Facharztpraxis:

Der HAUSARZT hat die Möglichkeit, konkret empfohlene Ziele und Maßnahmen auszusprechen. Diese werden vom SD / der PBG verfolgt und können im weiteren Beratungsverlauf im konkreten Versichertenkontakt ergänzt bzw. verändert werden.

Der HAUSARZT holt im Vorfeld der Einschaltung das Einverständnis zur Kooperation des Versicherten ein. Der SD / die PBG stehen unter besonderer Schweigepflicht, so dass ein Austausch zwischen ihnen und HAUSARZT nur nach Einwilligung und Schweigepflichtentbindung des Versicherten erfolgen kann.

Liegt diese Schweigepflichtentbindung seitens des Versicherten vor, gibt der SD / die PBG eine Rückmeldung zur Versorgungssituation an die Hausarztpraxis, sofern dies auf dem „Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes / der Patientenbegleitung“ entsprechend angekreuzt ist.

Der o. g. Beratungsbogen steht in Verbindung mit der „**Information für die Hausarzt-/ Facharzt und Psychotherapiepraxis**“. Diese entspricht einer Schnellinformation über den Beratungsservice des SD / der PBG und steht der Hausarzt-/ Facharzt- und Psychotherapiepraxis als Übersicht zur Verfügung (s. Kapitel 8).

7. Rechtsgrundlagen

7.1 Versorgungsmanagement § 11 (4) SGB V

Unabhängig des § 140a SGB V haben Versicherte gemäß [§ 11 Absatz 4 SGB V](#) Anspruch auf Versorgungsmanagement. Das Versorgungsmanagement zielt auf die Lösung von Schnittstellenproblemen für reibungslose Übergänge in verschiedene Versorgungsbereiche. Die betroffenen Leistungserbringer arbeiten zusammen und übermitteln sich gegenseitig erforderliche Informationen. Hieraus ergibt sich für die AOK Baden-Württemberg und für die Bosch BKK der Sicherstellungsauftrag für eine sachgerechte Anschlussversorgung und Hilfevermittlung.

7.2 Integrierte Versorgung nach § 140a SGB V

In seinen Grundzügen basiert [§ 140a SGB V](#) auf sektorenübergreifende Versorgungsformen für eine optimiertere Vernetzung verschiedener Fachdisziplinen und Sektoren. In den Verträgen nach [§ 140a SGB V](#) werden Inhalt, Umfang und Durchführung der

Versorgungsaufträge, insbesondere die Ausgestaltung der Qualitätsanforderungen, sowie die Vergütung näher geregelt.

Auf der Grundlage des § 140a SGB V setzen die AOK Baden-Württemberg und die Bosch BKK zusätzlich im Bereich u. a. der onkologischen Leistungen auf Versorgungsaufträge, die flächendeckend zur verbesserten Versorgung dieser Patienten beitragen. Zur Überbrückung von Schnittstellen wird neben der fachspezifischen Sicherstellung der Versorgung u. a. die engmaschige Zusammenarbeit mit den hausärztlichen Vertragspartnern gefördert und dabei die Kompetenz des SD und der PBG genutzt.

8. Formulare für die Facharztpraxis

Information für die Hausarzt- / Facharzt- und Psychotherapiepraxis



Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl. MEDI <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/>) und HÄVG <https://www.haevbw.de/hzv-aok>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
 - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
 - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
 - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
 - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
 - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
 - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
 - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
 - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
 - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
 - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
 - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

Psychosozial – Ressourcenorientiert –

Individuell

Information für die Hausarzt- / Facharzt - und Psychotherapiepraxis



Beratungsservice der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK

Worin liegt der Mehrwert?

Die PBG unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. In der PBG arbeiten ausschließlich erfahrene Mitarbeiter/innen unterschiedlicher Berufsqualifikationen mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise Burnoutberatung, Präventionsberatung und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert die PBG die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Sie stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur/Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt die PBG im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch die PBG wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter der PBG sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

In welchen Fällen ist es sinnvoll, die PBG einzubinden?

Die Einbindung der PBG ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl. MEDI <https://www.medi-verbund.de/facharztvertraege/>) und HÄVG <https://www.haevbw.de/hzv-aok>). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:

- Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
- Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
- Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
- Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
- Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
- Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
- Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
- Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
- Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
- Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
- Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

**Psychosozial – Ressourcenorientiert –
Individuell**

Hilfsmittelversorgung

Nach § 30 Abs.1 Bundesmantelvertrag – Ärzte ist in der Verordnung das Hilfsmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen; ferner sind alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen.

Darüber hinaus ist bei der Verordnung eines Hilfsmittels die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/13/>) zu beachten.

Die Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich. Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll unter Nennung der Diagnose und des Datums insbesondere

- die Bezeichnung des Hilfsmittels nach Maßgabe des Hilfsmittelverzeichnisses (soweit dort aufgeführt),
- die Anzahl und
- ggf. Hinweise (z. B. über Zweckbestimmung, Art der Herstellung, Material, Abmessungen), die eine funktionsgerechte Anfertigung, Zurichtung oder Abänderung durch den Leistungserbringer gewährleisten,

angeben. Ggf. sind die notwendigen Angaben der Verordnung gesondert beizufügen.

Bei der Verordnung eines Hilfsmittels, das im Hilfsmittelverzeichnis aufgeführt ist, kann entweder die Produktart entsprechend dem Hilfsmittelverzeichnis genannt oder die 7-stellige Positionsnummer angegeben werden. Das Einzelprodukt (bezeichnet durch die 10-stellige Positionsnummer) wird grundsätzlich vom Leistungserbringer nach Maßgabe der mit den Krankenkassen abgeschlossenen Verträge zur wirtschaftlichen Versorgung mit der oder dem Versicherten ausgewählt. Hält es die verordnende Ärztin oder der verordnende Arzt für erforderlich, ein spezielles Hilfsmittel einzusetzen, so bleibt es ihr oder ihm freigestellt, in diesen Fällen unter Verwendung der 10-stelligen Positionsnummer eine spezifische Einzelproduktverordnung durchzuführen. Eine entsprechende Begründung ist erforderlich.

Die Vertragsärztin oder der Vertragsarzt soll prüfen, ob das abgegebene Hilfsmittel ihrer oder seiner Verordnung entspricht und den vorgesehenen Zweck erfüllt, insbesondere dann, wenn es individuell angefertigt oder zugerichtet wurde.

Der Spitzenverband Bund der Krankenkassen erstellt gemäß § 139 SGB V ein systematisch strukturiertes [Hilfsmittelverzeichnis](#) in dem von der Leistungspflicht umfasste Hilfsmittel aufgeführt sind. Das Hilfsmittelverzeichnis ist nicht abschließend.

Besonderheiten aus Verträgen der AOK Baden-Württemberg mit Leistungserbringern zur Versorgung der Versicherten mit Inkontinenzhilfsmitteln:

Es ist darauf zu achten, zwischen Hilfsmitteln und Sprechstundenbedarf zu differenzieren (einzelne Produkte der Produktgruppe 15 sind gemäß der Anlage 1 der Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf zwischen der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Stuttgart, und den Krankenkassen in der aktuell gültigen Fassung (Stand 21.02.2018) vom Vertragsarzt über den Sprechstundenbedarf zu beziehen).

Quellenangaben:

Bundesmantelvertrag – Ärzte vom 1. Januar 2016 der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, K. d. ö. R., Berlin und des GKV-Spitzenverbandes (Spitzenverband Bund der Krankenkassen), K. d. ö. R., Berlin.

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Hilfsmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Hilfsmittel-Richtlinie/Hilfsm-RL) in der Neufassung vom 21. Dezember 2011/ 15. März 2012 veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 10.04.2012 B2 in Kraft getreten am 1. April 2012 zuletzt geändert am 24. November 2016, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 16.02.2017 B3, in Kraft getreten am 17. Februar 2017.

Heilmittelversorgung

Nach § 30 Abs.1 Bundesmantelvertrag – Ärzte ist in der Verordnung das Heilmittel so eindeutig wie möglich zu bezeichnen; ferner sind alle für die individuelle Therapie oder Versorgung erforderlichen Einzelangaben zu machen.

Darüber hinaus ist bei der Verordnung von Heilmitteln die vom Gemeinsamen Bundesausschuss beschlossene Richtlinie über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (<https://www.g-ba.de/informationen/richtlinien/12/>) zu beachten.

Die Heilmittel-Richtlinie ist für die Versicherten, die Krankenkassen, die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärztinnen und Ärzte und ärztlich geleiteten Einrichtungen sowie die Leistungserbringer verbindlich.

Vertragsärztinnen/-ärzte und Krankenkasse haben darauf hinzuwirken, dass die Versicherten eigenverantwortlich durch gesundheitsbewusste Lebensführung, durch frühzeitige Beteiligung an Vorsorge- und aktive Mitwirkung an Behandlungsmaßnahmen dazu beitragen, Krankheiten zu verhindern und deren Verlauf und Folgen zu mildern.

Heilmittel können zu Lasten der Krankenkassen nur verordnet werden, wenn sie notwendig sind, um

- eine Krankheit zu heilen, ihre Verschlimmerung zu verhüten oder Krankheitsbeschwerden zu lindern,
- eine Schwächung der Gesundheit, die in absehbarer Zeit voraussichtlich zu einer Krankheit führe würde, zu beseitigen,
- einer Gefährdung der gesundheitlichen Entwicklung eines Kindes entgegenzuwirken, oder
- Pflegebedürftigkeit zu vermeiden oder zu mindern.

Vor jeder Verordnung von Heilmitteln soll der Vertragsarzt oder die Vertragsärztin prüfen, ob das angestrebte Therapieziel im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots z. B. auch

- durch eigenverantwortliche Maßnahmen der Patientin oder des Patienten (z. B. nach Erlernen eines Eigenübungsprogramms)
- durch eine Hilfsmittelversorgung

unter Abwägung der jeweiligen Therapierisiken qualitativ gleichwertig und kostengünstiger erreicht werden kann.

Die Indikation für die Verordnung von Heilmitteln ergibt sich nicht aus der Diagnose allein, sondern nur dann, wenn unter Gesamtbetrachtung der funktionellen/strukturellen Schädigungen, der Beeinträchtigung der Aktivitäten (Fähigkeitsstörungen) unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren in Bezug auf Person und Umwelt eine Heilmittelanwendung notwendig ist.

Die Gesamtverordnungsmenge und die Anzahl der Behandlungen je Verordnung im Regelfall ergeben sich aus dem Heilmittelkatalog. Lässt sich die Behandlung mit der nach Maßgabe des Heilmittelkatalogs bestimmten Gesamtverordnungsmenge nicht abschließen, sind Verordnungen außerhalb des Regelfalls möglich. Solche Verordnungen bedürfen einer besonderen Begründung mit prognostischer Einschätzung. Dabei gelten die Grundsätze des Regelfalls, wobei die Verordnungsmenge in Abhängigkeit von der Behandlungsfrequenz so zu bemessen ist, das mindestens eine ärztliche Untersuchung innerhalb einer Zeitspanne von 12 Wochen nach der Verordnung gewährleistet ist.

Die Auswahl und die Anwendung (insbesondere Einheiten pro Verordnung, Gesamtverordnungsmenge, Empfehlung zur Behandlungsfrequenz) des Heilmittels hängt von Ausprägung und Schweregrad der Erkrankung (funktionelle/strukturelle Schädigung, Beeinträchtigung der Aktivitäten unter Berücksichtigung der individuellen Kontextfaktoren) sowie von dem mit dieser Verordnung angestrebten Ziel (Therapieziel) ab.

SO2 Störungen der Ausscheidung - Stuhlinkontinenz - Harninkontinenz	a motorische, funktionelle Störungen des Schließmuskels bzw. der Beckenbodenmuskulatur	Verbesserung der Sphinkter- und Beckenbodenmuskulatur	A. KG B. Übungsbehandlung C. Elektrotherapie	Erst-VO: • bis zu 6x/VO Folge-VO: • bis zu 6x/VO Gesamtverordnungsmenge des Regelfalls: • bis zu 12 Einheiten Frequenzempfehlung: • mind. 2x wöchentlich Ziel: Erlernen eines Eigenübungsprogrammes
--	--	---	---	---

Abb. 1: Auszug aus dem Heilmittel-Katalog

Sofern Einzeltherapie nicht zwingend geboten ist, ist wegen gruppenspezifischer gewünschter Effekte oder im Sinne des Wirtschaftlichkeitsgebots Gruppentherapie zu verordnen.

Die Verordnung von Heilmitteln erfolgt ausschließlich auf vereinbarten Vordrucken. Die Vordrucke müssen vollständig ausgefüllt werden.

Quellenangabe:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Verordnung von Heilmitteln in der vertragsärztlichen Versorgung (Heilmittel-Richtlinie/HeilM-RL) in der Fassung vom 19. Mai 2011, veröffentlicht im Bundesanzeiger Nr. 96 (S. 2247) vom 30. Juni 2011, in Kraft getreten am 1. Juli 2011, zuletzt geändert am 16. März 2017, veröffentlicht im Bundesanzeiger BAnz AT 29.05.2017 B7, in Kraft getreten am 30. Mai 2017.

Medizinische Rehabilitation

Die medizinische Rehabilitation ist perspektivisch Teil eines Langzeitmanagements von chronisch erkrankten Versicherten mit dem Ziel der Verbesserung, mindestens aber Stabilisierung (Verhinderung einer Verschlechterung) des gesundheitlichen Status quo.

Voraussetzung für eine medizinische Rehabilitation ist eine erfolglos durchgeführte ambulante Kuration (Fachärztliche Behandlung, Medikation und ambulante Heilmitteltherapie).

Rehabilitationsträger

Die Träger der gesetzlichen Rentenversicherung sind vorrangig für Beschäftigte oder im Erwerbsleben stehender zuständig. In diesen Fällen sind die Antragsformulare des zuständigen Rentenversicherungsträger zu verwenden.

Link:

http://www.deutsche-rentenversicherung.de/BadenWuerttemberg/de/Inhalt/5_Services/04_formulare_antraege/01_versicherte/03_reha/DRV/BW_Paket_MedizinischeReha.html

Bei onkologischer Nachsorge besteht eine Gleichrangigkeit der Rentenversicherungsträger und der Gesetzlichen Krankenversicherung.

Festlegung der Rehabilitationsbedürftigkeit

Rehabilitationsbedürftigkeit besteht, wenn aufgrund einer körperlichen, geistigen oder seelischen Schädigung voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten vorliegen und ein mehrdimensionaler und interdisziplinärer Ansatz der medizinischen Rehabilitation erforderlich ist.

Feststellung der Rehabilitationsfähigkeit

Rehabilitationsfähig ist ein/e Versicherte/r, wenn sie/er aufgrund ihrer/seiner somatischen (körperlichen) und psychischen Verfassung die für die Durchführung und die Mitwirkung bei der Rehabilitationsleistung notwendige Belastbarkeit und Motivation oder Motivierbarkeit besitzt. Dies bedeutet, dass die/der Versicherte in der Lage sein muss mehrmals täglich aktiv an Therapien, die mindestens 30 Minuten dauern, teilzunehmen.

Rehabilitationsziele

Die Rehabilitationsziele bestehen darin, möglichst frühzeitig voraussichtlich nicht nur vorübergehende alltagsrelevante Beeinträchtigungen der Aktivitäten zu beseitigen, zu vermindern oder eine Verschlimmerung zu verhüten.

Rehabilitationsprognose

Die Rehabilitationsprognose ist eine medizinisch begründete Wahrscheinlichkeitsaussage für den Erfolg der Leistung zur medizinischen Rehabilitation.

Quellenangabe:

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) vom 16. März 2004, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2004 S. 6769, in Kraft getreten am 1. April 2004, zuletzt geändert am 22. Januar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009 S 2131, in Kraft getreten am 19. Juni 2009.