

VERTRAGSSCHULUNG UROLOGIE-VERTRAG §140A SGB V

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Häufige Fragen

8 Internetauftritt

WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

- Gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V

Vorteile:



ZIELE DES VERTRAGS

- optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- Stärkung der ambulanten Versorgung
- Reduktion von stationären Aufenthalten
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Zusammenarbeit mit dem HZV-Arzt sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- mehr Zeit z.B. für Beratungsgespräche
- bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten

SYSTEMATIK DES VERTRAGS

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- spezieller Honorarsystematik
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen

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

VERTRAGLICH VORGEGEHENE SCHNITTSTELLEN

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



Struktureffekte, z.B.

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Häufige Fragen

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

8 Internetauftritt

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

- durchschnittlich **höhere Vergütung** als bei der KV
- **mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung
 - z.B. durch Vergütung von Gesprächsleistungen
- **keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung** (im Vergleich zum RLV)
- **wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
 - unbefristete Verträge
 - feste Vergütung

KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

- **Vertragsärzte:**

Fachärzte für Urologie

- **Persönlich ermächtigte Ärzte**

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

- **MVZ**

sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, welche die Teilnahmebedingungen erfüllen.

Der Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ.

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Teilnahmevoraussetzungen

Persönliche Voraussetzungen

vom Arzt selbst zu erfüllen
z.B. Vertragsschulung



Praxisbezogene Voraussetzungen

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



Abrechnungsvoraussetzungen

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

PERSÖNLICHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

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

PRAXISBEZOGENE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

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

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN I

Zum Erhalt der Qualitätszuschläge sind Nachweise erforderlich:

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

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN II

Zur Abrechnung bestimmter Leistungen sind Nachweise erforderlich:

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

SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

1. Unterlagen anfordern / downloaden
2. Vertragsschulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung und Nachweise einreichen (per E-Mail / Fax / Post) – siehe Checkliste
6. Ggf. fehlende Unterlagen nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
7. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND erhalten

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

SPRECHSTUNDENANGEBOT UND TERMINVERGABE

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

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

PRAXISPROZESSE

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

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

FORTBILDUNGEN

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Häufige Fragen

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

8 Internetauftritt

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

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

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Urologie → Allgemeine Informationen und Formulare

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

- **Teilnahmevoraussetzung:**
 - Versicherung bei AOK BW / Bosch BKK
 - Aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehende Facharztverträge)
- in Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte / Psychotherapeuten** aufgesucht werden,
- nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mindestens 12 Monate mit automatischer Verlängerung

FACHARZTPROGRAMM DER AOK / BOSCH BKK

Kardiologie

Gastroenterologie

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

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)





Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

TEILNAHMESTATUSPRÜFUNG

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

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!

ONLINE-VERSICHERTE NEINSCHREIBUNG

VERSICHERTE TEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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 Nichterfüllung 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; in dem 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.

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

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 besondere Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J

<TE-Code>

X

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

X

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

Ich teile 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.m. 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 erkläre 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 erfassen 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 werden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms.

Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

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 erkläre 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 erfassen 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 werden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms.

Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

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 erkläre 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 erfassen 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 werden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms.





Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

X

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

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

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

EINSCHREIBEFRISTEN IM FACHARZTPROGRAMM

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



AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Häufige Fragen

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

8 Internetauftritt

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV), sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist

Bedingungen:

- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung im Rahmen der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag **oder** wahlweise komplett über KV

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

Beispiel: Einschreibung am 15.03.

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

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

→ **Aktive Teilnahme ab Q3**

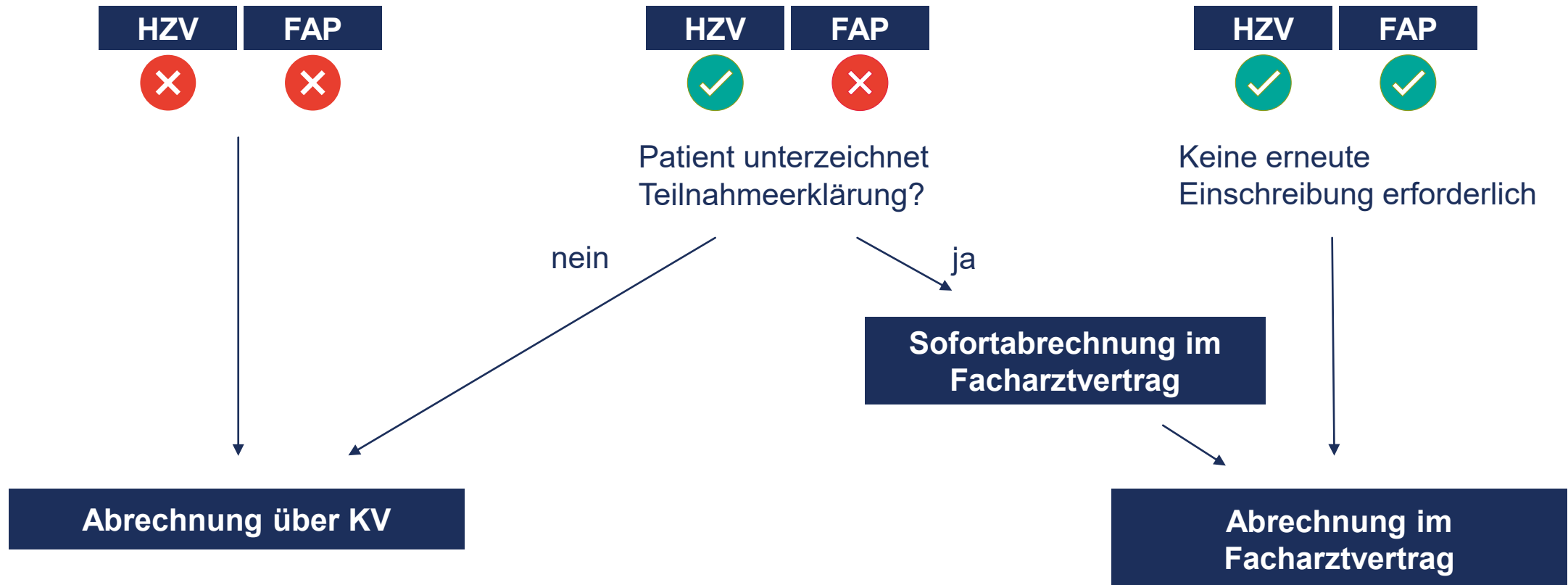


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

PRAXISABLAUF

Online-Teilnahmestatusprüfung



AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Häufige Fragen

8 Internetauftritt

WICHTIGE DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

Gesamtziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1):
Legt den Leistungsumfang des Vertrages fest

ICD-Liste (Anlage 12 Anhang 2):
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen

Honoraranlage (Anlage 12 Abschnitt I):
Enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge & Abrechnung → AOK / BOSCH BKK Urologie → Anlagen zum Vertrag

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

AUSZUG

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aller §140a-Verträge und HZV dürfen für eingeschriebene Versicherte **nicht über die KV** abgerechnet werden
- **nicht aufgelistete EBM-Ziffern** können für teilnehmende Versicherte **weiterhin** über KV abgerechnet werden

GOP	EBM-Grunddaten			HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie
	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
26313	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26315	Onkologiepauschalen Uro	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
26316	Zuschlag zu den GOPs 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26317	Zuschlag zu GOP 26316 für die Beobachtung eines Patienten im Anschluss an die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26320	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die Ausräumung einer Blutampnade der Harnblase	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
26321	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26322	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26323	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für den Wechsel einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26324	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nm. 26310 und 26311 für die endoskopische Entfernung einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch
26325	Wechsel eines Nierenfistelkatheters	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26330	ESWL	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26340	Kalibrierung/Bougierung der Harnröhre	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	obligatorisch

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

ANMERKUNGEN IM GZK

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

FAV-Leistung

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

HZV-Leistung

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

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

LABORLEISTUNGEN

- Laborleistungen, die im **Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind,
 - sind in den Pauschalen des Vertrags enthalten
 - Anforderung dieser Leistungen erfolgt über ein mit dem Labor abgestimmtes Verfahren (**nicht** mittels Laborüberweisung Muster 10/10A)
 - Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen), die **nicht im GZK** abgebildet sind:
 - Anforderung dieser Leistungen erfolgt weiterhin über Muster 10 beim Labor und werden dem Labor von der KV vergütet

- Fragen Sie bitte beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollen
- Bei Unsicherheiten, prüfen Sie den GZK auf die jeweilige Laborziffer

HINWEIS ZUM WIRTSCHAFTLICHKEITSBONUS

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

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

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

ICD-LISTE

AUSZUG

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

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
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		

HONORARANLAGE

AUSZUG

- **Honoraranlage** (Anl. 12, Abschnitt I): enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

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

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

- **Ambulantes Operieren** (Anl. 12, Anhang 4): enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien sowie postoperative Überwachungen und Behandlungen

Ambulantes Operieren		
Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM, ausgenommen die OPS-Codes der 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 €
		563,56 €

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK



oder

Auftragsleistungen

DEFINITION ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

APK

- Interaktion eines Facharztes und / oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und / oder dessen Bezugsperson






und

- beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten
 - **Persönlicher APK:** Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
 - **Telemedizinischer APK:** Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger erbracht, also nicht am gleichen Ort und / oder nicht zur gleichen Zeit



















Bitte beachten: Falls in einem Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden, bitte den Fall einmalig im Quartal mit der Ziffer **FBE** (Fernbehandlung) kennzeichnen

LEGENDE

Symbole

-  Fernbehandlung möglich (telemedizinischer APK per Video, Telefon oder Messenger möglich)
-  nicht delegierbare Leistung
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen (gem. ICD-Liste)
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  es muss ein entsprechender Nachweis bei der MEDIVERBUND AG vorliegen

GRUNDPAUSCHALEN UND DEREN ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale +	1 x pro Quartal	 	25,00 €
P1A* Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu P1	 	10,00 €
<div style="border: 1px solid red; border-radius: 10px; padding: 5px; display: inline-block;">Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in der Software</div>			
+ Q1 Rationale Pharmakotherapie + Q2 Zuschlag abdominelle Sonographie + Q3 Zuschlag Duplexsonographie + Q4A Zuschlag analoges Röntgen <u>oder</u> + Q4B Zuschlag digitales Röntgen + Q5 Zuschlag psychosomatische Grundversorgung + Q7 Zuschlag PSA		           	Max. 4,00 € 3,00 € 1,00 € 1,00 € 2,50 € 2,00 € 2,00 €
oder V1 Vertretungspauschale	1x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist  	12,50 €

* Bosch BKK: 5,00 €

PHARMAQUOTEN

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



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel (**Generika**), für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat
(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = **1,00€**)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden
(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = **0,50€**)







Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können
(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = **2,50€**)




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

ZUSATZPAUSCHALEN

P2A1	Vorsorge im gesetzlichen Umfang	1 x 4 Quartale		21,00 €
P2A2-3	Vorsorge inkl. PSA			
→ A2	wenn PSA < 1,5 ng/ml	1 x 20 Quartale		21,00 €
→ A3	wenn PSA 1,5-2,99 ng/ml	1 x 8 Quartale		
P2B	Verdacht auf PCa wenn PSA ≥ 3 ng/ml	3 x 4 Quartale		21,00 €
P3	Verdacht auf sonstige Karzinome / Tumore	1 x 4 Quartale		20,00 €






Ziffern am Behandlungsdatum ansetzen!
P2A2-3 ggf. rückdatieren, wenn Laborwert erst
später vorliegt.

BERATUNGSGESPRÄCHE UND GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG (GEF)

BG1A/B	Onkologie (PCa) → A Gleason-Score ≤ 7a → B Gleason-Score > 7a	<i>Behandlungsdatum!</i>	6 x 4 Quartale	  	17,00 €
BG2	Onkologie (Karzinome, C-Diagnosen „bösartige Neubildungen“)		4 x 4 Quartale	  	17,00 €
BG3	Onkologie (Tumore, D-Diagnosen Urogenitaltrakt)		2 x 4 Quartale	  	17,00 €
BG4	Benigne Erkrankungen I		4* x 4 Quartale	  	17,00 €
BG5	Benigne Erkrankungen II		2* x 4 Quartale	  	17,00 €

*10 Minuten pro Tag abrechenbar

bei metastasierenden Karzinomen nach Ausschöpfung von BG1A/B bzw. BG2 zusätzlich abrechenbar

+ BGU	unheilbare Krebserkrankung (C-Diagnosen „sekundäre bösartige Neubildungen“)		5 x 4 Quartale	  	17,00 €
+ Q6**	Strukturzuschlag EFA®		1 x Quartal	 	10,00 €

Zuschlag auf BG1 bis BG4 bzw. BGU

** Bosch BKK: 5,00 €

BERATUNGSGESPRÄCHE UND GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG (GEF) - KINDERUROLOGIE

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

BG4KU Benigne Erkrankungen I	4* x 4 Quartale	  	17,00 €
BG5KU Benigne Erkrankungen II	2* x 4 Quartale	  	17,00 €

*10 Minuten pro Tag abrechenbar

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

BERATUNGSGESPRÄCHE

REGELUNGEN

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

EINZELLEISTUNGEN I

Hausbesuch

E1A	Besuchszuschlag außerhalb der Praxis	15,00 €
------------	--------------------------------------	---------

Katheter

E1B	Wechsel suprapubischer und Legen / Wechsel transurethraler Katheter außerhalb der Praxis	35,00 €
E1C	Legen suprapubischer Katheter	25,00 €

E1B bzw. E1C sind auch zusätzlich zu E1A abrechenbar

EINZELLEISTUNGEN II

E2*	Stanzbiopsie der Prostata	inkl. Sachkosten		240,00 €
E3	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae	inkl. Sachkosten	 	260,00 €
E4L**	ESWL – linke Seite		 	1. Versuch 650,00 €
E4R**	ESWL – rechte Seite			2. Versuch 300,00 €
				3. Versuch 250,00 €
E5	Urethro(-zysto)skopie der Frau			60,00 €
E6	Urethro(-zysto)skopie des Mannes			90,00 €




* Nicht am selben Tag neben Leistungen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12 abrechenbar. Die Anästhesieleistungen AOP2 (entspricht EBM 31821) bzw. AOP3 (entspricht EBM 31822) können am selben Tag abgerechnet werden.

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

INZELLEISTUNGEN III











PRAXISKLINISCHE BETREUUNG UND NACHSORGE

E7A	2 Stunden (<i>additiv zu Onko 3</i>)	53,00 €
E7B	4 Stunden (<i>additiv zu Onko 3</i>)	101,00 €
E7C	6 Stunden (<i>additiv zu Onko 3</i>)	148,00 €
E7D	1 Stunde (<i>additiv zu ESWL und Prostatastanzbiopsie</i>)	30,00 €

E8	Urodynamik	inkl. Sachkosten		145,00 €
E9	Ambulantes Operieren			siehe Anhang 4 zu Anlage 12
E10	PSA-Wertbestimmung (<i>Praxen <u>ohne</u> Eigenlabor</i>)			4,80 €
E11	Postoperative Behandlung nach belegärztlicher OP			21,00 €
E12	Therapeutische Proktoskopie		 	18,50 €

INZELLEISTUNGEN IV

ONKOLOGIEVEREINBARUNG

Onko 1 Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86512)	 	33,38 €
Onko 2 Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	 	33,41 €
Onko 3 Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86516)	 	224,59 €
Onko 4 Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	224,59 €
Onko 5 Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86520), umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz	 	112,31 €

AMBULANTES OPERIEREN

ANHANG 4 ZU ANLAGE 12

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.01.2026
AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Ambulantes Operieren Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM, ausgenommen die OPS-Codes der Prostatastanzbiopsie 1-466.00 und 1-466.01.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	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 €

AMBULANTES OPERIEREN

ANHANG 4 ZU ANLAGE 12










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

AMBULANTES OPERIEREN

SACHKOSTEN

- Die Abrechnung tatsächlich entstandener **Sachkosten** bei Operationen erfolgt **analog der KV-Produktgruppenliste** in den entsprechenden Freitextfeldern der Vertragssoftware:
 - exakter Euro-Betrag im Feld „**Sach-und Materialkosten**“
 - Produktname im Feld „**Sachkostenbezeichnung**“
 - Produktgruppennummer (analog KV) im Feld „**freier Begründungstext**“
- **Wichtig:** in Verbindung mit folgenden Leistungen sind Sachkosten nicht gesondert abrechenbar, sondern bereits in der Vergütung der Einzelleistung beinhaltet:
 - E2 (Stanzbiopsie der Prostata)
 - E3/A4 (Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae)
 - E8 (Urodynamik)

AUFTRAGSLEISTUNGEN

A1	Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
A2	Abdominelle Sonographie		16,50 €
A3	Duplex-Sonographie		20,00 €
A4	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin A in den Detrusor vesicae	 	260,00 €
A5L*	ESWL – linke Seite	 	1. Versuch 650,00 €
A5R*	ESWL – rechte Seite		2. Versuch 300,00 €
			3. Versuch 250,00 €
A6	Röntgen		12,50 €
A7	Therapeutische Proktoskopie	 	18,50 €

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

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

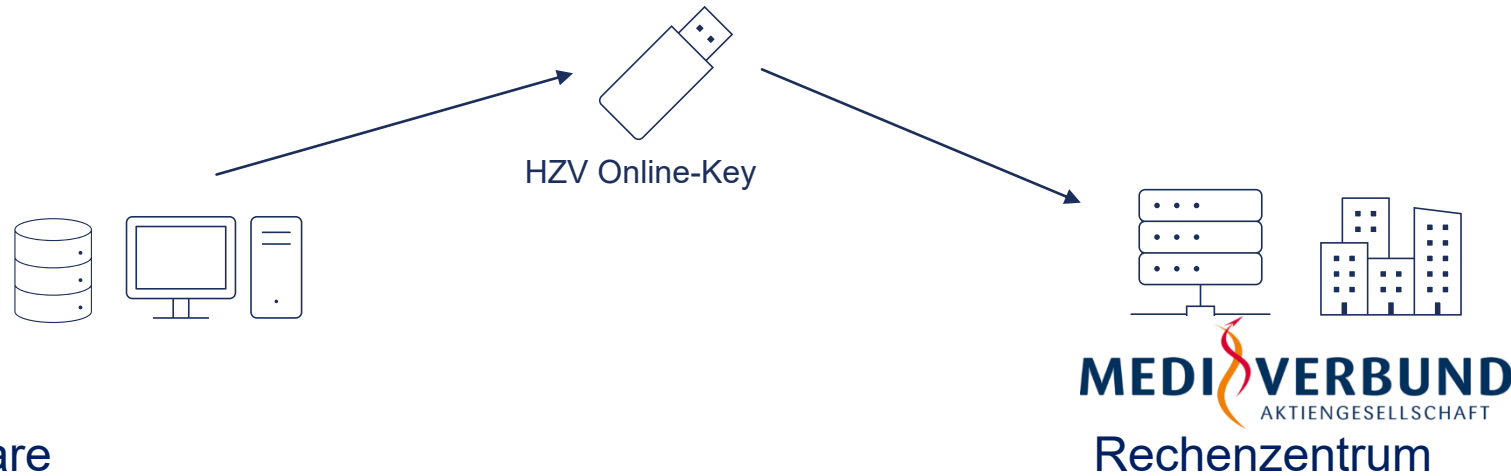
5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Häufige Fragen

8 Internetauftritt

DATENÜBERMITTLUNG

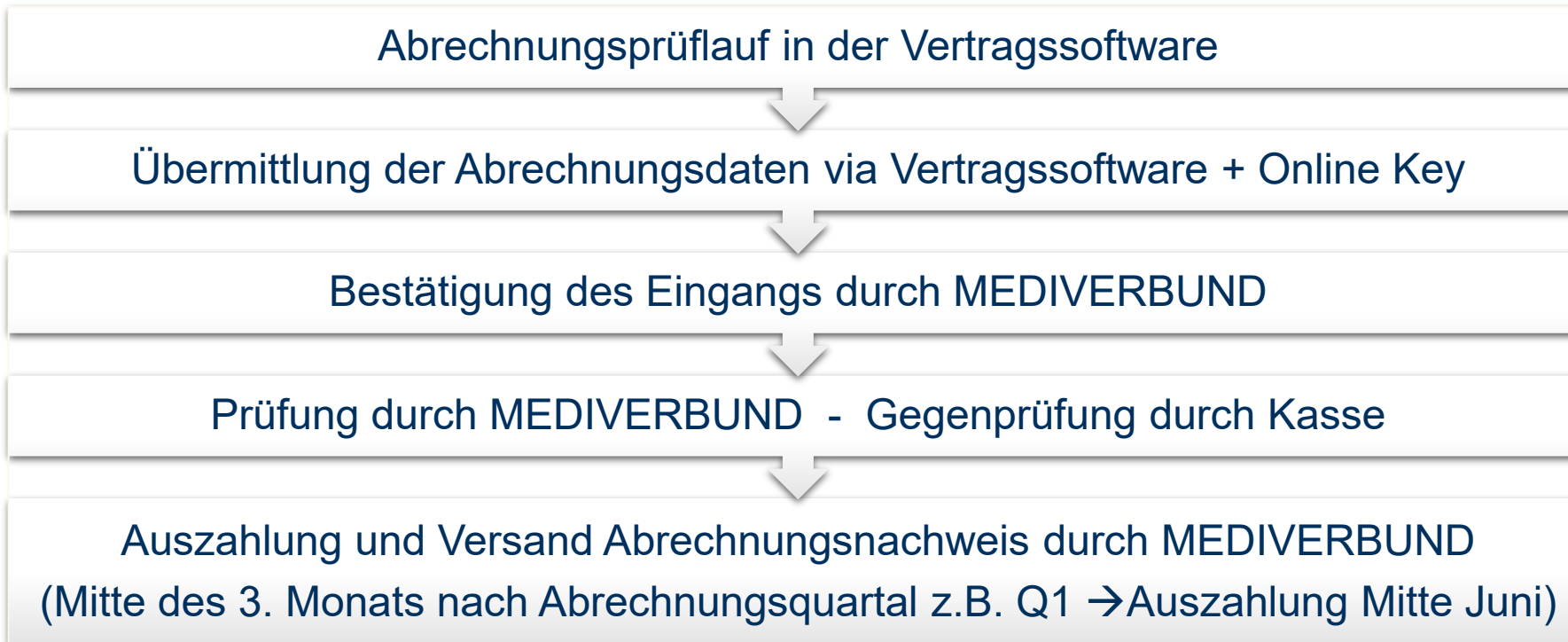


Vertragssoftware

- = Zusatzmodul im PVS
- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

- verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

ABRECHNUNGSPROZESS



ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
 - Beispiel: Leistungsdatum 12.02. → Korrekturübermittlung möglich bis zum 31.03. des Folgejahres
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer **den gesamten Behandlungsfall** (inkl. Korrekturen) **erneut übermitteln** und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten.
- Der neue Datensatz (Leistungen / Diagnosen) ersetzt dann den bisherigen Datensatz.



REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

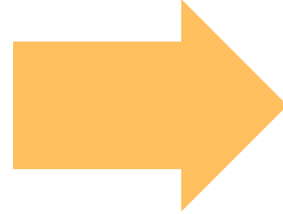
- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden, direkt aus der KV-Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.

Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

AUSZAHLUNGSPROZESS

Monatliche Abschlagszahlungen

- **19,50 €** pro Fall (Grundpauschale P1)
- Berechnung auf Basis der Abrechnungsdaten des Vorquartals



Schlusszahlung

ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

KOSTENÜBERSICHT

Einschreibepauschale

- einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
- Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums

Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar

- **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BvDU, AGNU
- **4,165 %** für Nichtmitglieder

IT-Kosten

- Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

BOSCH BKK: ANSCHUBFINANZIERUNG

- **300,00 €** erhalten Sie auf Antrag von der Bosch BKK
- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- Zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
- Antragstellung nach Zulassung zum Vertrag (nach Erhalt des „Starterpaket“) mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK

Beantragungsformular:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK / Bosch BKK Urologie
→ Inhalte des Infopaketes → Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss

BOSCH BKK MEDIVERBUND ANTIENGESELLSCHAFT

Bosch BKK
VMAO
Kuppelstraße 10
7040 Stuttgart

Fax Nr. 089/5199-2044

Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzterverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK

Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen dem Bosch BKK und meinem Fachärzterverband geschlossenen Vereinbarung auf mein oben nachfolgendes Konto.

Facharztvertrag

Gastroenterologie Nephrologie Orthopädie
 NHP Rheumatologie Urologie

IBAN: _____
Kontoinhaber: _____
BIC: _____
Bank: _____

Datum, Praxistempel und Unterschrift:

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

2 Teilnahme des Arztes

3 Teilnahme der Versicherten

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

6 Abrechnungsprozess

7 Häufige Fragen

8 Internetauftritt

HÄUFIGE FRAGEN

SONOGRAPHIE, RÖNTGEN UND KATHETER

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

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

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

Der Katheterwechsel in der Praxis ist über die Grundpauschale P1 vergütet. Für das Anlegen eines suprapubischen Katheters kann die Ziffer E1C abgerechnet werden.

Der Katheterwechsel außerhalb der Praxis kann mit den Ziffer E1A und E1B abgerechnet werden.

HÄUFIGE FRAGEN

PSA-WERTBESTIMMUNG

▪ **Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung abgerechnet?**

Die PSA-Beratung und Bestimmung **im Rahmen der Vorsorge unter Beachtung der S3-Leitlinie Prostatakarzinom** vom August 2025 ist für Patienten im Facharztprogramm ein Vertragsbestandteil und damit **nicht als IGeL** abrechenbar

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

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

HÄUFIGE FRAGEN

BEREINIGUNG RLV UND QZV

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

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

- **Nachweis** im KV-Honorarbescheid „**3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen**“

HÄUFIGE FRAGEN

BERECHNUNG UND DARSTELLUNG DER BEREINIGUNG

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

Praxisebene:

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

AGENDA

1 Grundlagen, Ziele und Systematik

5 Vergütungs- und Abrechnungssystematik

2 Teilnahme des Arztes

6 Abrechnungsprozess

3 Teilnahme der Versicherten

7 Häufige Fragen

4 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

8 Internetauftritt

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag

The image shows a screenshot of the website www.medi-verbund.de. The top navigation bar includes links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search bar is also present. The main content area features a sidebar with a menu: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner. The main content area displays a banner for 'MEDI-Mitglied werden' and a section for 'Urologie' under 'AOK BW / Bosch BKK'. This section includes three cards: 'Teilnahmeerklärung' (Herunterladen), 'Abrechnungsunterlagen' (Mehr erfahren), and 'Elektronische Arztvernetzung' (Mehr erfahren). Below these cards is a list of contract details with expandable sections: Allgemeine Informationen und Formulare, Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen, Direkte Vergütung von Anästhesien und postoperativer Überwachung, and Anlagen zum Vertrag. To the right, contact information for the Ansprechpartner Petra Müller and Rukman Mahmuti is provided, along with an email address: vertraege@medi-verbund.de. A large grey arrow points from the 'Urologie' section to a larger, zoomed-in view of the 'Urologie' card on the right, which shows the kidney icon and the text 'Urologie AOK BW > Mehr'.

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

- Individuelle Dokumente (z.B. Datenempfangsbestätigung, Abrechnungsnachweise, Patientenaufstellungen) in digitaler Form
- Persönliche Daten, z.B. Angaben zum Leistungsspektrum und Angestellten
- Änderungen können Sie uns einfach, zeitnah und komfortabel über das Arztportal mitteilen
- Persönliche Zugangsdaten und relevante Informationen zum Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket

Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arzttsuche

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

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

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

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

Hausärzte

- AOK Baden-Württemberg
- AOK BW HZV
- AOK BW HZV Kinderärzte

- Bosch BKK
- BKK BOSCH BW HZV

- BKK LV Süd
- BKK LV Süd HZV

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.


Fachärzte

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

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

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

AOK BW Urologie 140a

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

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

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

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10** km

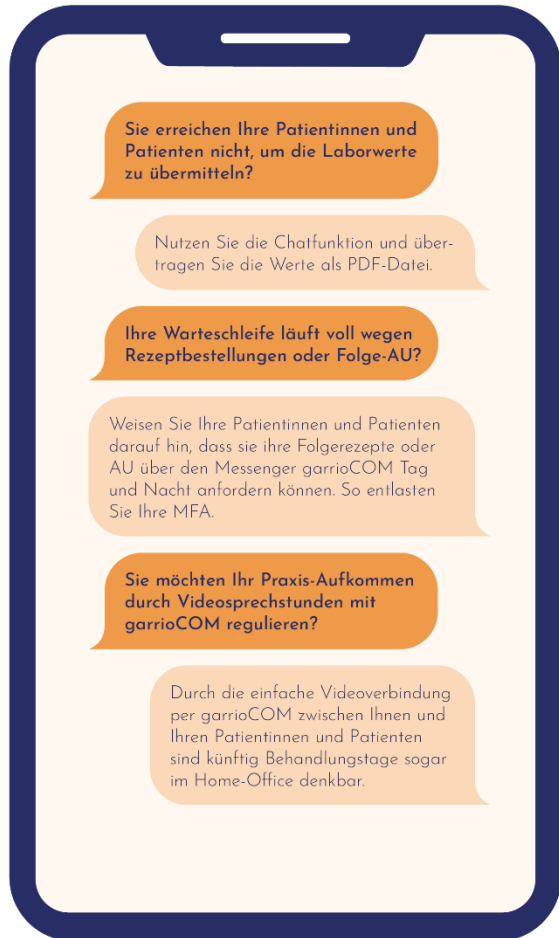
Leistung

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

 Suchen

garríoCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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



IHRE VORTEILE:

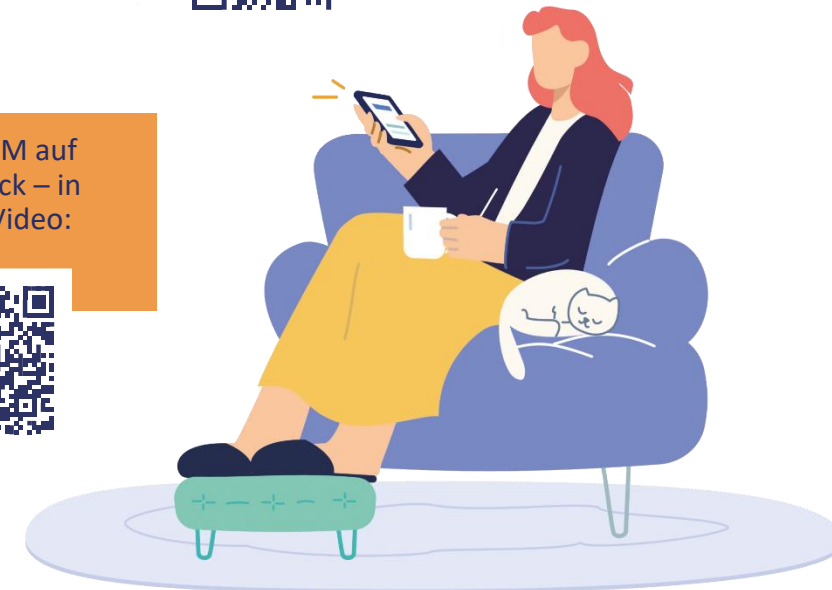
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



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



garríoCOM auf einen Blick – in diesem Video:



FÖRDERUNG STIPENDIEN PHYSICIAN ASSISTANT – AOK BW

Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:

- Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss.
- Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse reutter@mediverbund-iffm.de.
- Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
- Anspruch auf das Stipendium besitzt der / die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“).

→ Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden:

reutter@mediverbund-iffm.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



MEDI & VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Petra Müller: 0711 80 60 79 303



vertraege@medi-verbund.de