

# ABRECHNUNGSSCHULUNG 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** Teilnahme der Versicherten

**5** Pharmaquoten

**2** Sofortabrechnung nach Einschreibung  
(SANE)

**6** Internetauftritt

**3** Vergütungs- und  
Abrechnungssystematik

**4** Abrechnungsprozess

# VORTEILE

## FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

- ✓ Terminvergabe schnell und flexibel
- ✓ 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](http://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 mind. 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-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

## VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG

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>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

**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>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

8

Abrechnungsschulung Urologie-Vertrag

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





# ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

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

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

# VERSICHERTENEINSCHREIBUNG - DETE

## DIGITALE EINVERSTÄNDNIS- UND TEILNAHMEERKLÄRUNG

1. Information des Versicherten über den Vertrag / Bereitstellung des Versicherten-Merkblatts 
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Darstellung der Teilnahmeerklärung auf einem digitalen Endgerät (z.B. Tablet) 
3. die Teilnahmeerklärung wird vom Versicherten elektronisch unterzeichnet 
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware 

**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** Teilnahme der Versicherten

**5** Pharmaquoten

**2** Sofortabrechnung nach Einschreibung  
(SANE)

**6** Internetauftritt

**3** Vergütungs- und  
Abrechnungssystematik

**4** Abrechnungsprozess

# SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

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

## Bedingungen:

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

# SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

**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

# SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

## ABLEHNUNG VON SANE-FÄLLEN

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

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

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

– keine HZV-Teilnahme

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

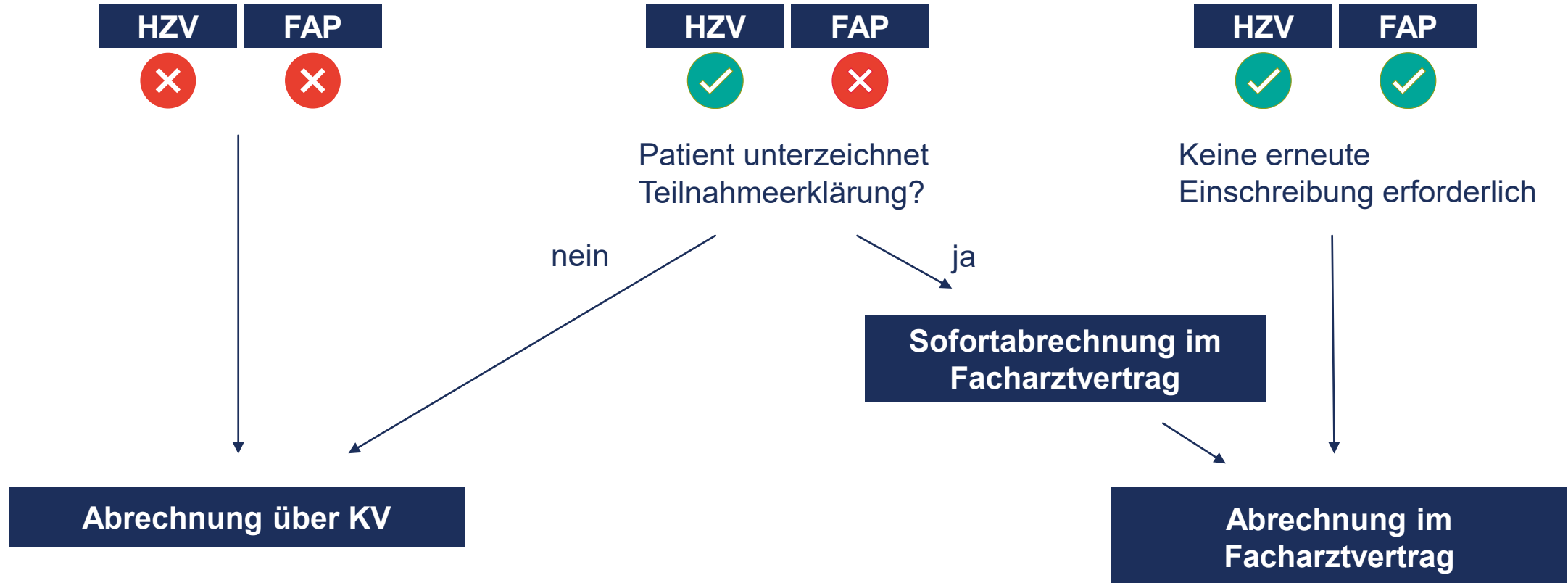
– keine Mitgliedschaft bei der AOK BW / Bosch BKK

– Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)

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

# PRAXISABLAUF

## Online-Teilnahmestatusprüfung



# AGENDA

**1** Teilnahme der Versicherten

**5** Pharmaquoten

**2** Sofortabrechnung nach Einschreibung  
(SANE)

**6** Internetauftritt

**3** Vergütungs- und  
Abrechnungssystematik

**4** Abrechnungsprozess

# 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](http://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 mehr über die KV** abgerechnet werden
- **nicht aufgelistete** EBM-Ziffern können für teilnehmende Versicherte **weiterhin** über KV abgerechnet werden

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
26313	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	FAV-Leistung	nicht obligatorisch
26315	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

- Für Laborleistungen, die **im Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind, gilt:
  - Vergütung 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
- Speziallaborleistungen, die **nicht im GZK** abgebildet sind:
  - Anforderung dieser Leistungen erfolgt weiterhin über Muster 10 beim Labor und wird dem Labor von der KV vergütet

- Fragen Sie bitte beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten
- 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 1-4	Neurogene Blasenstörung i.V.m. Botoxinjektion
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet		G									V <sup>6</sup>		G	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	G									V <sup>6</sup>		V <sup>6</sup>	G	
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden		G									V <sup>6</sup>		G	
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden		G									V <sup>6</sup>		G	
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum		G									V <sup>6</sup>		G	
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane		G									V <sup>6</sup>		G	

# HONORARANLAGE

## AUSZUG

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

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

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

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

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

# 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

<b>P1 Grundpauschale</b> +	1 x pro Quartal	 	25,00 €
<b>P1a* Überweisung vom HZV-Hausarzt</b>	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 + 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 €
<b>oder V1 Vertretungspauschale</b>	1x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist  	12,50 €

\* Bosch BKK: 5,00 €

# ZUSATZPAUSCHALEN







<b>P2a1</b>	Vorsorge im gesetzlichen Umfang	1 x 4 Quartale		21,00 €
<b>P2a2-3</b>	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		
<b>P2b</b>	Verdacht auf PCa wenn PSA ≥ 3 ng/ml	3 x 4 Quartale		21,00 €
<b>P3</b>	Verdacht auf sonstige Karzinome / Tumore	1 x 4 Quartale		20,00 €

Ziffern am Behandlungsdatum ansetzen!  
P2a2-3 ggf. rückdatieren, wenn Laborwert erst  
später vorliegt.

# WEITERE ZUSCHLÄGE

NEU: zunächst bis zum 31.03.2029 befristet

Der Zuschlag dient u.a. der Steuerung einschließlich der bedarfsgerechten Überweisung an den Radiologen

<b>Z1</b>	Organisation mp/bp MRT der Prostata bei V.a. PCa  Überweisungstext Radiologie:  „Keine suspekte Läsion im Ultraschall bei dringendem V. a. einen signifikanten Prostatatumor. Bitte Durchführung MRT der Prostata inkl. Befundskizzierung.“	  	1 x 4 Quartale additiv zu P2b	13,00 €
<b>Z2</b>	Organisation mp/bp MRT der Prostata bei der Aktiven Überwachung  Überweisungstext Radiologie:  „Bitte um Durchführung mp/bp MRT zur Verlaufskontrolle des Tumors bei Aktiver Überwachung inkl. Befundskizzierung.“	  	1 x 4 Quartale additiv zu BG1a	13,00 €

# ABRECHNUNG DER PSA-WERT-BESTIMMUNG


## ▪ Präventive PSA-Wert-Bestimmung

- Die PSA-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 automatisch den Zuschlag Q7 (PSA-Strukturzuschlag) auf jede abgerechnete Grundpauschale P1 (Voraussetzung: Gerätenachweis liegt vor).
- Praxen ohne Eigenlabor kennzeichnen die Laboranforderung als Selektivvertragsfall, erhalten vom Labor eine Rechnung über die PSA-Bestimmung und rechnen als Ausgleich die Ziffer E10 pro präventiver PSA-Bestimmung ab.

## ▪ Kurative PSA-Wert-Bestimmung (z.B. im Rahmen der Nachsorge oder bei Verdachtsdiagnose)




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

# BERATUNGSGESPRÄCHE UND GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG (GEF)

<b>BG1a/b</b>	Onkologie (Pca) → a Gleason-Score ≤ 7a → b Gleason-Score > 7a	<i>Behandlungsdatum!</i>	6 x 4 Quartale	  	19,00 €
<b>BG2</b>	Onkologie (Karzinome, C-Diagnosen „bösartige Neubildungen)		4 x 4 Quartale	  	19,00 €
<b>BG3</b>	Onkologie (Tumore, D-Diagnosen Urogenitaltrakt)		2 x 4 Quartale	  	19,00 €
<b>BG4</b>	Benigne Erkrankungen I		4* x 4 Quartale	  	19,00 €
<b>BG5</b>	Benigne Erkrankungen II		2* x 4 Quartale	  	19,00 €

\*10 Minuten pro Tag abrechenbar



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

<b>+ BGU</b>	unheilbare Krebserkrankung (C-Diagnosen „sekundäre bösartige Erkrankungen)		5 x 4 Quartale	  	19,00 €
<b>+ Q6**</b>	Strukturzuschlag EFA®		1 x pro Quartal	 	10,00 €

Zuschlag auf BG1 bis BG4 bzw. BGU

# BERATUNGSGESPRÄCHE UND GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG (GEF) - KINDERUROLOGIE

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

<b>BG4KU</b> Benigne Erkrankungen I	4* x 4 Quartale	  	19,00 €
<b>BG5KU</b> Benigne Erkrankungen II	2* x 4 Quartale	  	19,00 €

\*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

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

## Katheter

<b>E1b</b>	Wechsel suprapubischer und Legen / Wechsel transurethraler Katheter außerhalb der Praxis	35,00 €
<b>E1c</b>	Legen suprapubischer Katheter	25,00 €

E1b bzw. E1c sind auch zusätzlich zu E1a abrechenbar

# EINZELLEISTUNGEN II

<b>E2*</b>	Stanzbiopsie der Prostata	inkl. Sachkosten		240,00 €
<b>E3</b>	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae	inkl. Sachkosten	 	260,00 €
<b>E4I**</b>	ESWL – linke Seite		 	1. Versuch 650,00 €
<b>E4r**</b>	ESWL – rechte Seite			2. Versuch 300,00 €
				3. Versuch 250,00 €
<b>E5</b>	Urethro(-zysto)skopie der Frau			60,00 €
<b>E6</b>	Urethro(-zysto)skopie des Mannes			90,00 €

\* 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

<b>E7a</b>	2 Stunden ( <i>additiv zu Onko 3</i> )			53,00 €
<b>E7b</b>	4 Stunden ( <i>additiv zu Onko 3</i> )			101,00 €
<b>E7c</b>	6 Stunden ( <i>additiv zu Onko 3</i> )			148,00 €
<b>E7d</b>	1 Stunde ( <i>additiv zu ESWL und Prostatastanzbiopsie</i> )			30,00 €
<b>E8</b>	Urodynamik	inkl. Sachkosten		145,00 €
<b>E9</b>	Ambulantes Operieren			siehe Anhang 4 zu Anlage 12
<b>E10</b>	PSA-Wertbestimmung ( <i>Praxen <u>ohne</u> Eigenlabor</i> )			4,80 €
<b>E11</b>	Postoperative Behandlung nach belegärztlicher OP			21,00 €
<b>E12</b>	Therapeutische Proktoskopie		 	18,50 €

# INZELLEISTUNGEN IV

## ONKOLOGIEVEREINBARUNG

<b>Onko 1</b> Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86512)	 	33,38 €
<b>Onko 2</b> Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	 	33,41 €
<b>Onko 3</b> Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86516)	 	224,59 €
<b>Onko 4</b> Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	224,59 €
<b>Onko 5</b> Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86520), umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz	 	112,31 €
<b>Onko 6</b> Zuschlag zu Onko1 für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86522), umfasst die Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel. Ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.	 	157,21 €

# 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

<b>Ambulantes Operieren</b> Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM, ausgenommen die OPS-Codes der Prostatastanzbiopsie 1-466.00 und 1-466.01.		
<b>Dermatochirurgie</b>		
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 €
<b>Visceralchirurgie</b>		
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 €
<b>Urologische Eingriffe</b>		
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

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

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

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

# ABRECHNUNGSBEISPIEL BLASENKARZINOM

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Zusatzpauschale (Verdacht auf sonst. urologische Karzinome, exklusive PCa)	<b>P3</b>	1. Termin	20,00 €
Urethro(-zysto)skopie des Mannes	<b>E6</b>	2. Termin	90,00 €
Beratungsgespräch sonstige Karzinome, exklusive PCa	<b>BG2</b>	2. Termin	17,00 €
Beratungsgespräch sonstige Karzinome, exklusive PCa	<b>BG2</b>	2. Termin	17,00 €
Behandlung solider Tumore	<b>Onko 1</b>	2. Termin	33,38 €
		Summe:	<b>226,88 €</b>

**Patient mit Verdacht auf  
Blasenkarzinom /  
2 Behandlungstermine**

\* Bosch BKK: 5,00 €

## **Praxisausstattung** (Qualitätszuschläge)

(Geräte/Qualifikationsnachweise):

- Q1 Rationale Pharmakotherapie (4,00 €)
- Q2 Abdominelle Sonographie (3,00 €)
- Q3 Duplex-Sonographie (1,00 €)
- Q4b Digitales Röntgen (2,50 €)
- Q5 Psychosomatische Grundversorgung (2,00 €)
- Q7 PSA-Strukturzuschlag (2,00 €)

# ABRECHNUNGSBEISPIEL PROSTATAKARZINOM

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Zusatzpauschale (Verdacht auf PCa)	<b>P2b</b>	1. Termin	21,00 €
Prostatastanzbiopsie	<b>E2</b>	2. Termin	240,00 €
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (1 Std.)	<b>E7d</b>	2. Termin	30,00 €
Beratungsgespräch Pca (je nach Gleason-Score A/B)	<b>BG1a/b</b>	3. Termin	17,00 €
Beratungsgespräch PCa (insg. 20 Minuten Gesprächszeit)	<b>BG1a/b</b>	3. Termin	17,00 €
Behandlung solider Tumore	<b>Onko 1</b>	3. Termin	33,38 €
		Summe:	<b>407,88 €</b>

**Patient mit Verdacht auf  
Prostatakarzinom /  
3 Behandlungstermine  
innerhalb eines Quartals**

\* Bosch BKK: 5,00 €

## **Praxisausstattung** (Qualitätszuschläge)

(Geräte/Qualifikationsnachweise):

- Q1 Rationale Pharmakotherapie (4,00 €)
- Q2 Abdominelle Sonographie (3,00 €)
- Q3 Duplex-Sonographie (1,00 €)
- Q4b Digitales Röntgen (2,50 €)
- Q5 Psychosomatische Grundversorgung (2,00 €)
- Q7 PSA-Strukturzuschlag (2,00 €)

# ABRECHNUNGSBEISPIEL VORSORGE

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Beratung zur Vorsorgeuntersuchung (oder Durchführung im gesetzlichen Umfang)	<b>P2a1</b>	1. Termin	21,00 €
Summe:			<b>70,50 €</b>

**Behandlung eines Patienten, mind. 45 Jahre (40 bei familiärer Vorbelastung)  
Diagnosen: Z12.5, Z71  
1 Behandlungstermin – Beratung zur Vorsorgeuntersuchung (oder Durchführung im gesetzlichen Umfang)**

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Beratung zur Vorsorgeuntersuchung und anschließender Durchführung	<b>P2a2</b>	1. Termin	21,00 €
Summe:			<b>70,50 €</b>

**Behandlung eines Patienten, mind. 45 Jahre (40 bei familiärer Vorbelastung)  
Diagnosen: Z12.5  
1 Behandlungstermin – Vorsorgeuntersuchung inkl. PSA-Testung, PSA < 1,5 ng/ml**

\* Bosch BKK: 5,00 €

# ABRECHNUNGSBEISPIEL URETERSTEIN

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (10 Minuten Gesprächszeit)	<b>BG4</b>	1. Termin	17,00 €
ESWL 1. Versuch	<b>E4I</b>	2. Termin	650,00 €
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (1 Std.)	<b>E7d</b>	2. Termin	30,00 €
ESWL 2. Versuch	<b>E4I</b>	3. Termin	300,00 €
Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge (1 Std.)	<b>E7d</b>	3. Termin	30,00 €
		Summe:	<b>1.076,50 €</b>

\* Bosch BKK: 5,00 €

**Patient mit Ureterstein links -  
Diagnose (N20.0I) –  
3 Behandlungstermine**

# ABRECHNUNGSBEISPIEL INKONTINENZ / KATHETER

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Urodynamik (diagnostische Maßnahme)	<b>E8</b>	2. Termin	145,00 €
Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (10 Minuten Gesprächszeit nach Diagnosesicherung)	<b>BG4</b>	2. Termin	17,00 €
Summe:			<b>211,50 €</b>

**Behandlung eines Patienten mit Inkontinenz  
2 Behandlungstermine**

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q-Zuschläge</b>	1. Termin	14,50 €
Besuchszuschlag außerhalb Praxis	<b>E1a</b>	1. Termin	15,00 €
Besuchszuschlag Wechsel suprapubischer Katheter	<b>E1b</b>	1. Termin	35,00 €
Summe:			<b>99,50 €</b>

**Behandlung eines Patienten mit 1 Behandlungstermin –  
Wechsel suprapubischer Katheter beim Hausbesuch**

\* Bosch BKK: 5,00 €

# ABRECHNUNGSBEISPIEL BOTOXINJEKTION

Grundpauschale (APK)	<b>P1</b>	1. Termin	25,00 €
Überweisung vom HZV-Hausarzt	<b>P1a*</b>	1. Termin	10,00 €
Qualitätszuschläge	<b>Q (gesamt)</b>	1. Termin	14,50 €
Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (10 Minuten Gesprächszeit)	<b>BG4</b>	1. Termin	17,00 €
Urethro(-zysto)skopie der Frau	<b>E5</b>	1. Termin	60,00 €
Urodynamik (inkl. Sachkosten)	<b>E8</b>	2. Termin	145,00 €
Botoxinjektion (inkl. Sachkosten, ohne Medikament)	<b>E3</b>	3. Termin	260,00 €
Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (10 Minuten Gesprächszeit)	<b>BG4</b>	3. Termin	17,00 €
		Summe:	<b>548,50 €</b>

\* Bosch BKK: 5,00 €

**Patientin mit Botoxinjektion –  
3 Behandlungstermine**

# AGENDA

**1** Teilnahme der Versicherten

**5** Pharmaquoten

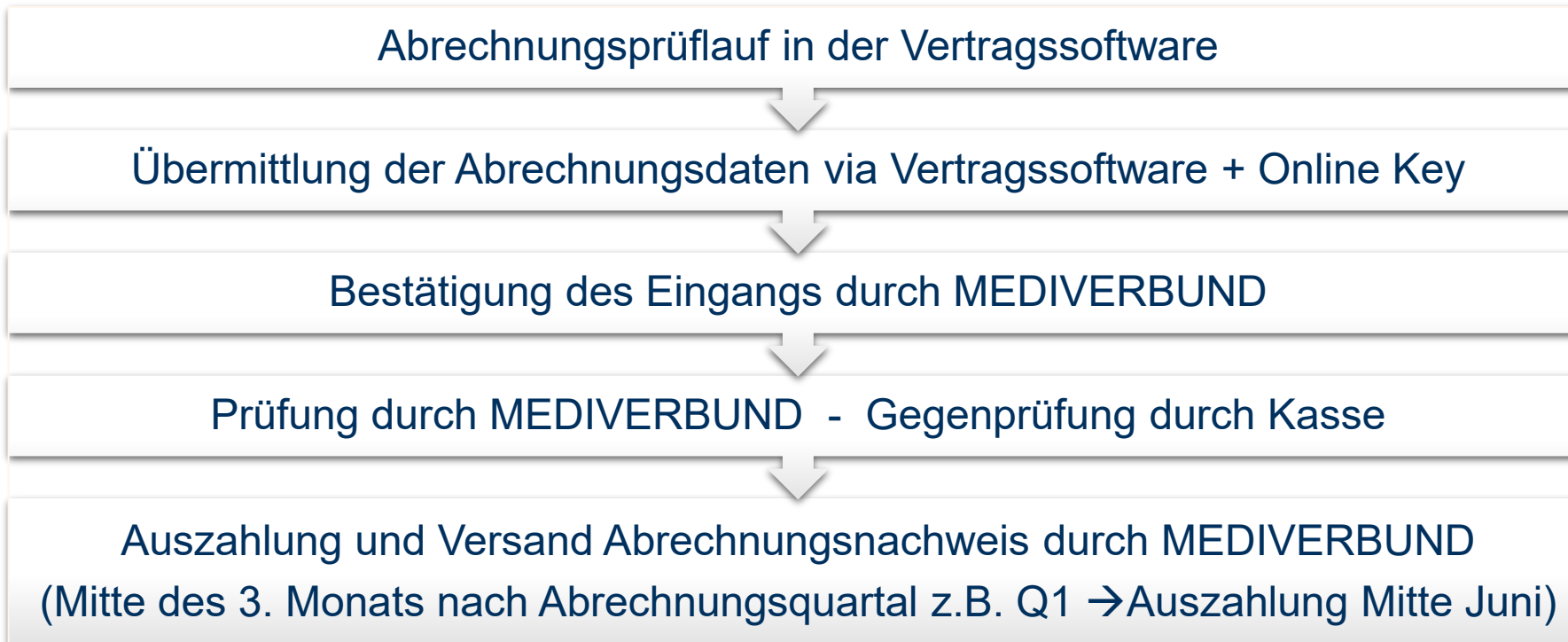
**2** Sofortabrechnung nach Einschreibung  
(SANE)

**6** Internetauftritt

**3** Vergütungs- und  
Abrechnungssystematik

**4** Abrechnungsprozess

# ABRECHNUNGSPROZESS



# DATENEMPFBESTÄTIGUNG

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

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

Sehr geehrter [REDACTED],

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

**4. Quartal 2018**

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

Sie haben uns **371 Verordnungen** geschickt.

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

# INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

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

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

# INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

- Buchungsübersicht

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

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

Änderungen der Bankverbindung bitte rechtzeitig über Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mitteilen!

- Übersicht Behandlungsfälle

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

# INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

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

Fallnummer	Name des Patienten	Versichertennummer	Geburtsdatum
1	P1	12.07.2018	
2	---NEGSO FAB---	12.07.2018	
3	---Q1_BLAU---	12.07.2018	
4	---Q1_GRUEN---	12.07.2018	
5	---Q1_ROT---	12.07.2018	
6	---Q2---	12.07.2018	
7	---Q4B---	12.07.2018	
8	---Q5---	12.07.2018	
9	---Q7---	12.07.2018	
10	P1A	12.07.2018	
Summe:			
Verwaltungskosten (3,570 %)			1,29 €
Änderung:	Zur Abrechnung von P2B ist eine Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.		12.07.2018

Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
Summe	Summe:		Summe Leistungen
	Verwaltungskosten (Faktor in %):		Verwaltungskosten
Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen		Leistungsdatum

# 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

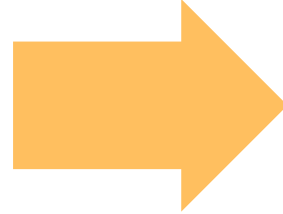
- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden, direkt aus der KV-Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von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

# BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

## AUFTRAGSLEISTUNGEN

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

### Übermittelte Daten

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



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



\* Bosch BKK: 5,00 €

### nach Prüfung

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

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

# BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

## ICD-EINSCHLUSS

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

### Übermittelte Daten

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



### nach Prüfung

1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
3	P2b	2. Termin	21,00 €
4	E2	3. Termin	240,00 €
5	Summe:		296,00 €
Änderung:	Zur Abrechnung von BG1a ist eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2 zu Anlage 12 des Vertrages notwendig.	4. Termin	

\* Bosch BKK: 5,00 €

# BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

## ABRECHNUNGSHÄUFIGKEIT

### Übermittelte Daten

Datum	Ziffer
1. Termin	P1
1. Termin	P1a*
2. Termin	BG4
2. Termin	BG4



### nach Prüfung

1	P1	1. Termin	25,00 €
2	P1a*	1. Termin	10,00 €
4	BG4	2. Termin	17,00 €
5	Summe:		52,00 €
Änderung:	BG4 darf nur einmal am Tag abgerechnet werden.	2. Termin	

\* Bosch BKK: 5,00 €

# BEISPIEL ABRECHNUNGSPRÜFUNG

## ABRECHNUNGSAUSSCHLUSS

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

### Übermittelte Daten

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



### nach Prüfung

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

\* Bosch BKK: 5,00 €

# ZIFFERNERFASSUNG IN DER SOFTWARE

Leistungsziffern müssen bei den meisten Vertragssoftwares einzeln eingegeben werden und nicht mit dem Faktorverfahren (z.B. 3x)

falsch

Datum	Ziffer
1. Termin	<del>3 BG1a</del>

richtig

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

# KALENDER MIT WICHTIGEN ABRECHNUNGSTERMINEN

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

2026



Juli		August		September		Oktober		November		Dezember	
Mi 1	Sa 1	Di 1	Do 1	So 1 Allerheiligen	Di 1						
Do 2	So 2	Mi 2	Fr 2	Mo 2	Mi 2						
Fr 3	Mo 3	Do 3	Sa 3 Tag der dt. Einheit	Di 3	Do 3						
Sa 4	Di 4	Fr 4	So 4	Mi 4	Fr 4						
So 5	Mi 5	Sa 5	Mo 5	Do 5	Sa 5						
Mo 6	Do 6	So 6	Di 6	Fr 6	So 6						
Di 7	Fr 7	Mo 7	Mi 7	Sa 7	Mo 7						
Mi 8	Sa 8	Di 8	Do 8	So 8	Di 8						
Do 9	So 9	Mi 9	Fr 9	Mo 9	Mi 9						
Fr 10	Mo 10	Do 10	Sa 10	Di 10	Do 10						
Sa 11	Di 11	Fr 11	So 11	Mi 11	Fr 11						
So 12	Mi 12	Sa 12	Mo 12	Do 12	Sa 12						
Mo 13	Do 13	So 13	Di 13	Fr 13	So 13						
Di 14	Fr 14	Mo 14	Mi 14	Sa 14	Mo 14						
Mi 15 3. AZ Q2/2026	Sa 15	Di 15 2. AZ Q3/2026	Do 15 3. AZ Q3/2026	So 15	Di 15 2. AZ Q4/2026						
Do 16	So 16	Mi 16	Fr 16	Mo 16 1. AZ Q4/2026	Mi 16						
Fr 17	Mo 17 1. AZ Q3/2026	Do 17	Sa 17	Di 17	Do 17						
Sa 18	Di 18	Fr 18	So 18	Mi 18	Fr 18						
So 19	Mi 19	Sa 19	Mo 19	Do 19	Sa 19						
Mo 20	Do 20	So 20	Di 20	Fr 20	So 20						
Di 21	Fr 21	Mo 21	Mi 21	Sa 21	Mo 21						
Mi 22	Sa 22	Di 22	Do 22	So 22	Di 22						
Do 23	So 23	Mi 23	Fr 23	Mo 23	Mi 23						
Fr 24	Mo 24	Do 24	Sa 24	Di 24	Do 24 Heiligabend						
Sa 25	Di 25	Fr 25	So 25	Mi 25	Fr 25 1. Weihnachtstag						
So 26	Mi 26	Sa 26	Mo 26	Do 26	Sa 26 2. Weihnachtstag						
Mo 27	Do 27	So 27	Di 27	Fr 27	So 27						
Di 28	Fr 28	Mo 28	Mi 28	Sa 28	Mo 28						
Mi 29	Sa 29	Di 29	Do 29	So 29	Di 29						
Do 30	So 30	Mi 30	Fr 30	Mo 30	Mi 30						
Fr 31	Mo 31		Sa 31		Do 31 Silvester						

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

# AGENDA

**1** Teilnahme der Versicherten

**5** Pharmaquoten

**2** Sofortabrechnung nach Einschreibung  
(SANE)

**6** Internetauftritt

**3** Vergütungs- und  
Abrechnungssystematik

**4** Abrechnungsprozess

# 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

# BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament  Hersteller  Wirkstoff  PZN  Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingu							st	4945387	M
Ondansetron 8 lingu							st	5965305	M
Ondansetron 8mg W							st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4r							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8r							st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170935	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	100,00 €	-	10,00 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

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

**Verschreibungspflichtig!**  
**Apothekenpflichtig!**

Aut idem  
 Detailinformationen

72 Ergebnisse

# BEISPIELHAFTER DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

The screenshot shows a software window titled "Medikamentensuche" with tabs for "Katalogsuche", "Praxisbezogene Suche", and "Patientenbezogene Suche". The search term "ondansetron" is entered, and a dropdown menu shows "N1". A modal window titled "rationale Pharmakotherapie" is open, displaying the following information:

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

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

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtbl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtbl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62 €

Buttons: Detailinformationen, OK, Abbrechen

72 Ergebnisse

# QUOTENERREICHUNG AM BEISPIEL GRÜNQUOTE

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

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

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

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen:

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

# INFORMATIONSSSEITE ZUR PHARMAQUOTENERREICHUNG

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

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

## Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

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

# AGENDA

**1** Teilnahme der Versicherten

**5** Pharmaquoten

**2** Sofortabrechnung nach Einschreibung  
(SANE)

**6** Internetauftritt

**3** Vergütungs- und  
Abrechnungssystematik

**4** Abrechnungsprozess

# www.medi-verbund.de

## Alle Informationen zum Vertrag

The image shows a screenshot of the Medi-Verbund website. The top navigation bar includes links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search icon is also present. Below the navigation bar, there is a main content area with a sidebar on the left containing a menu: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner. The main content area features a large banner with a magnifying glass over a medical chart and the text 'MEDICAL'. Below this, there is a call to action: 'MEDI-Mitglied werden' and 'Jetzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen...'. The main content area is divided into three columns. The first column contains a document icon and the text 'Teilnahmeerklärung AOK BW / Bosch BKK' with a red arrow pointing to 'Herunterladen'. The second column contains a document icon and the text 'Abrechnungsunterlagen AOK BW / Bosch BKK' with a red arrow pointing to 'Mehr erfahren'. The third column contains a document icon and the text 'Elektronische Arztvernetzung AOK BW' with a red arrow pointing to 'Mehr erfahren'. Below these columns, there is a table with a list of contract details and a contact information section. The table has a red arrow pointing to the right. The contact information section includes the name 'Ansprechpartner Petra Müller', the phone number 'Telefon 0711 80 60 79 - 303', and the email address 'E-Mail: vertraege@medi-verbund.de'. On the right side of the screenshot, there is a large, semi-transparent graphic with a kidney icon and the text 'Urologie AOK BW' and a red arrow pointing to 'Mehr'. A large, curved arrow points from the 'Urologie' graphic back to the 'Urologie' section of the website screenshot.

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

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA Mein MEDI

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

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

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

Home Leistungen Über MEDI Praxiskampagne ePA Blog Presse Mein MEDI

AOK BW / Bosch BKK  
**Urologie**  
Zurück zur Übersicht

**Teilnahmeerklärung**  
AOK BW / Bosch BKK  
> Herunterladen

**Abrechnungsunterlagen**  
AOK BW / Bosch BKK  
> Mehr erfahren

**Elektronische Arztvernetzung**  
AOK BW  
> Mehr erfahren

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

**Ansprechpartner**  
Petra Müller  
Telefon 0711 80 60 79 - 303  
**E-Mail:**  
vertraege@medi-verbund.de

**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

**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

## Login

MEDI-ID \*

Passwort \*

Anmelden zurück zu MEDI Arztportal

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

**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

Meine Daten Dokumente Abrechnung Kontakt Backend Logout

## Ihre Daten

Hier sehen Sie eine Übersicht Ihrer persönlichen Daten.

Ihr Name:	Sophia Nürk ♀	✎
Geburtsdatum:	- keine Angabe -	✎
LANR:	111111111	
MEDIVERBUND-ID:	10331135	
Kontakt E-Mail-Adresse:	Sophia.nuerk@medi-verbund.de <small>An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.</small>	✎
Praxis:	<ul style="list-style-type: none"><li>Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart</li></ul>	
Privatschrift:	- keine Angabe -	✎
Postanschrift:	- keine Angabe -	✎
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal	✎

## 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 Kardiologie 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

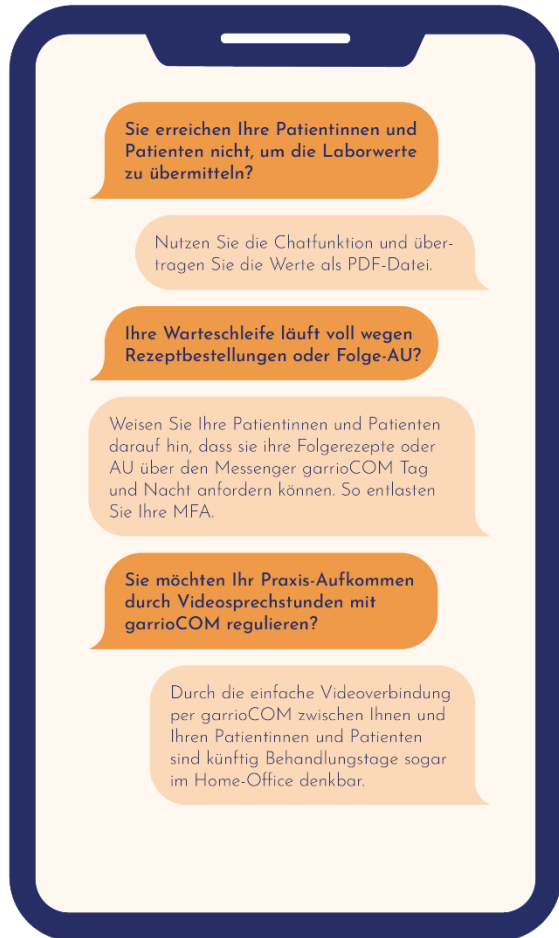
Leistung

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:

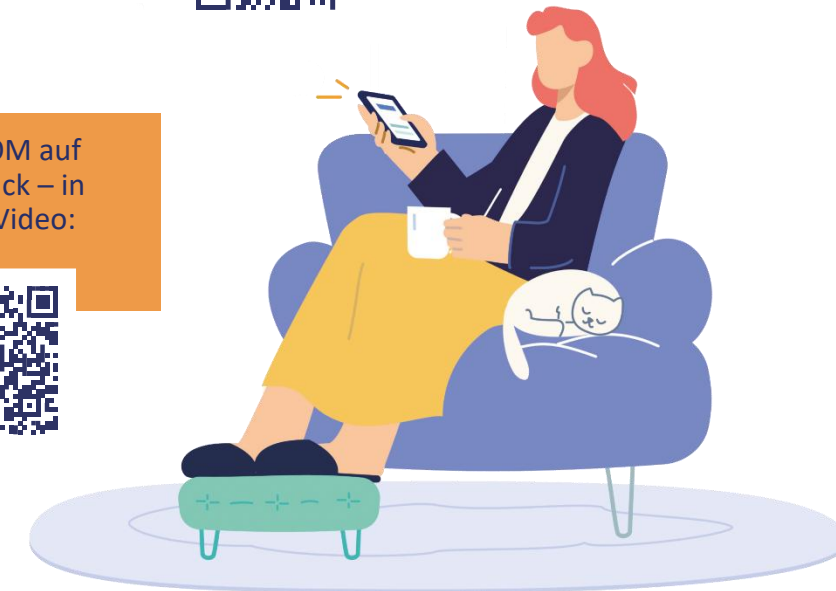
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



Bestellen Sie garríoCOM unter [www.garrío.de/bestellung](http://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](mailto: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](mailto:reutter@mediverbund-iffm.de)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

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



**MEDI & VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:

 Petra Müller: 0711 80 60 79 303

 Abteilung Abrechnung: 0711 80 60 79 0

 [vertraege@medi-verbund.de](mailto:vertraege@medi-verbund.de)