

UROLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
Grundpauschale P1	Einführung Versorgungsinhalte (Begründungen auch in Anlage 17, Umsetzung in Anhängen zu Anlage 17) Ziel der hier dargestellten Versorgungsinhalte ist es, die Versorgung zu verbessern und die Qualitätsanforderungen auf Überschriftenebene zu beschreiben für ein allgemeines Verständnis. Neben der Grundversorgung (I.) werden Versorgungsthemenblöcke (II.) aufgeführt, die 1. die biopsychosoziale* und kooperative Versorgung integrieren sowie 2. die Aufklärung und die Patientenbeteiligung fördern durch mehr Zeit für das Gespräch einschließlich gemeinsamer Entscheidungsfindung¹ gemäß aktuellem evidenzbasiertem Wissensstand. *Biopsychosozial integrieren meint neben biologisch-medizinischen Faktoren soziale und psychische zu berücksichtigen, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44); Das Gesundheitswesen 2015, 77). Vorausgesetzt werden dafür u. a.: 1. der kontinuierliche Bezug zu aktuellen Leitlinien (www.awmf.org), aktuellen Fachzeitschriften auch aus dem Gesundheitswesen und unabhängigen Institutionen (u. a. BZgA, IQWiG, ÄZQ, KID bzw. DKFZ, G-BA, RKI)	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Ausnahme: • Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fach-ärztlichem Überweisungsvorbehalt. P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt. Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar.	25,00 €

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

	2. die korrekte spezifische und endstellige Diagnoseverschlüsselung abgekürzt gemäß aktueller Fassung der ICD German Modification (GM). I. Grundversorgung Schnittstelle Hausarzt/Urologe für alle Krankheitsbilder Die Rolle des Hausarztes (HA): ▪ Behandlung des Patienten als erster Ansprechpartner in der medizinischen Versorgung ▪ Biopsychosoziale Anamnese ▪ Klinische Untersuchung ▪ Ggf. Laboruntersuchung ▪ Ggf. apparative Diagnostik ▪ Korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnose oder Verdachtsdiagnose) ▪ Therapie des Patienten (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) ▪ Die Überweisung vom Hausarzt zum Urologen erfolgt (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) mit Diagnosen, Befunden (Labor u. a.) und Medikamentenplan ▪ Persönliche Erreichbarkeit des Facharztes ▪ Weiterbehandlung (vorzugsweise nach DEGAM-Leitlinien in der jeweils aktuellen Version) in Abstimmung mit dem Facharzt Überweisung an den Facharzt enthält folgende Punkte: ▪ Diagnose/Verdachtsdiagnose (inkl. ICD-10 Codes) ▪ Bekannte somatische und psychische Komorbiditäten, Risikofaktoren und Symptome (inkl. ICD-10 Codes) ▪ Ggf. bereits erhobene Befunde wie Laborparameter, Bildgebung usw. ▪ Ggf. Medikamentenplan ▪ Ggf. andere Besonderheiten wie z. B. häusliche Umstände Befundbericht an weiterbehandelnden Arzt (HA) durch den Urologen: ▪ Diagnose einschließlich deren spezifische Kodierung nach ICD-10	HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.	
--	---	---	--

	▪ Laborparameter auch zur Differentialdiagnose (ggf. bereits teilweise durch den HA erfolgt) ▪ Therapieempfehlungen ggf. mit Medikamentenplan. Folgeverordnungen finden, sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte, beim Hausarzt statt. ▪ Festlegung von Kriterien, die zur erneuten Überweisung zum Facharzt führen sollen, z. B. zu Verlaufskontrollen, wiederkehrenden therapeutischen Maßnahmen oder bei rezidivierenden Symptomen. Facharzzebene Urologische Versorgungsinhalte im Überblick Grundsatz (siehe auch Anlage 17) ▪ Gemeinsame Entscheidungsfindung bzw. gemeinsam klug entscheiden („choosing wisely“ www.awmf.org) auf Grundlage des persönlichen Gesprächs und unabhängiger Informationen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand fördern die Versorgungsqualität (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40), (44), 2016, 113 (8); Der Urologe, 2011, 50; Das Gesundheitswesen, 2014, 76). ▪ Links zum Thema v. a.: www.awmf.org, www.patienten-information.de, www.gesundheitsinformation.de; Motto: verstehen, abwägen, entscheiden. ▪ Die Beteiligung des Patienten an der Entscheidung für eine Behandlungsform entspricht zudem der Berufsordnung, dem Patientenrechtegesetz und bezogen auch auf die Krebsfrüherkennung dem Sozialgesetzbuch V (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)). Zudem fordert der Nationale Krebsplan des Bundesministeriums für Gesundheit (2012; www.bmg.bund.de) in seinem Ziel 13, dass Patienten aktiv in die Entscheidung über medizinische Maßnahmen einbezogen werden. ▪ Verstärkte Berücksichtigung von individuellen Informationsbedürfnissen (Der Urologe, 2011, 50) und Präferenzen bei der Entscheidungsbeteiligung (Das Gesundheitswesen, 2014, 76). Die gemeinsame Entscheidungsfindung sollte konkret folgende Schritte umfassen (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)) ▪ Der Arzt teilt dem Patienten mit, dass eine Entscheidung zwischen zwei oder mehr Möglichkeiten besteht.		
--	---	--	--

	▪ Der Patient erhält wissenschaftlich geprüfte Informationen über die Nutzenwahrscheinlichkeiten und Schadensrisiken in verständlicher Form. ▪ Der Arzt gibt dem Patienten die Gelegenheit zu einem gemeinsamen Abwägungsprozess, in dem der Patient seine persönlichen Präferenzen klärt. Grundlagen Versorgung 1. Biopsychosoziale Anamnese allgemein z. B. – aktuelle (Anfangs-)Beschwerden zu urologischen Leitsymptomen – Schmerzen – Vorerkrankungen, Verletzungen und Operationen – familiäre Krankheitsgeschichte z. B. v. a. Prostatakarzinom, Steinerkrankungen – Komorbiditäten wie Adipositas, Hypertonus, Diabetes mellitus, psychische Störungen usw. – bisherige Behandlungen z. B. Bestrahlungen, Operationen, Unfälle – körperliche und seelische Beschwerden wie z. B. Müdigkeit, Leistungsknick, Appetitmangel, B-Symptomatik – Größe, Gewicht, Allgemeinzustand – Soziodemographische Anamnese z. B. Berufs-, Expositionsanamnese, Familienstand – ggf. (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche/sportliche Aktivität usw. – Medikamentenanamnese bzw. -plan – Kontraindikationen, Allergien usw. 2. Körperliche Untersuchungen – Inspektion und Palpation Abdomen und ggf. äußeres Genitale, ggf. digitorektale Untersuchung 3. Ggf. weiterführende Diagnostik in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten z. B. – Urin-, Labordiagnostik – Urogenital-Sonografie – Spezielle urologische Diagnostik z. B. ○ Zystoskopie ○ Spermogramm		
--	--	--	--

	○ Harnstrahlmessung ○ (Video-)Urodynamik ○ Fachgebundene radiologische Diagnostik ○ Sonstige Bildgebung wie CT, MP/BP MRT, PET 4. Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung einschließlich Klärung zu möglichen Maßnahmen und zum Vorgehen für die weitere Gesundheitsversorgung wie z. B. – ggf. nicht-medikamentöse Maßnahmen u. a. einschließlich gemeinsamer Zielvereinbarung mit dem Patienten und Motivationsförderung zu einem gesundheitsförderlichen Lebensstil (z. B. körperliche/sportliche Aktivität, Nikotinkarenz, Ernährung) gemäß Anlage 17 – ggf. medikamentöse Maßnahmen – im Falle erforderlicher stationärer Aufnahme: vorbereitendes und vernetzendes Einweisungsmanagement und ggf. Hinweis zum Entlassmanagement der Krankenhäuser u. a. mit Informationen zur korrekten spezifischen und endstelligsten Diagnoseverschlüsselung nach aktueller ICD GM sowie z. B. auch zu Behandlungsdauer, Behandlungsverlauf, Medikamentenplan und weiteren behandlungsrelevanten Informationen – ggf. Hilfsmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 2 – ggf. Heilmittelverordnung gemäß Anlage 17, Anhang 3 – ggf. Rehabilitation gemäß Anlage 17, Anhang 4 – ggf. weitere supportive Maßnahmen v. a. zur Förderung der Teilhabe am Leben wie ggf. ergänzende Beratung durch den Sozialen Dienst der AOK bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK gemäß Anlage 17, Anhang 1 – ggf. invasive Verfahren als Therapie wie z. B. Harnableitung im Pflegeheim oder im Setting der häuslichen Krankenpflege (HKP) 5. Strukturierter Befundbericht – für den HAUSARZT vom FACHARZT mit korrekter spezifischer endstelliger Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw.		
--	---	--	--

Grundpauschale P1a	Siehe P1	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Nur additiv zu P1 abrechenbar.	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €
II. Einführung zu den Versorgungsthemenblöcken mit besonderer patientenzentrierter fachärztlicher Beratung aufbauend auf der Grundversorgung: a. Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc. Korrekte spezifische endstellige Kodierung einschließlich z. B. arzneimittelinduzierter Blutbildveränderungen (D70.1-), Metastasen (C77-79) und chronische Schmerzen (R52.- oder F45.4-) auch im Verlauf ▪ Benigne Erkrankungen Korrekte spezifische endstellige Kodierung Grundlagen ▪ Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance (Anm.: bzw. Adhärenz) sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in Therapieentscheidungen und das Selbstmanagement der Erkrankung. Als in der Versorgung noch verbesserungswürdig wird die Aufklärung über Therapiealternativen in der fachärztlichen Behandlung und die Beteiligung an der Entscheidungsfindung in Deutschland beschrieben (Das Gesundheitswesen, 2015, 77). ▪ Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen der Patienten, die Entscheidungsfindung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern und die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede. Sie soll auch dazu beitragen, dass die Entscheidung z. B. zur Teilnahme an der Krebsfrüherkennung nicht auf Basis von lückenhafter Information getroffen wird (Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (40)).			
Zusatzpauschalen			
P2a1 GEF Früherkennung ggf. körperliche Untersuchung	Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5, Z71 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 ▪ Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt)	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2b und/oder P3.	21,00 €

	▪ Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiärem Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren ▪ Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand (u. a. z. B. Leitlinie, Patienteninformationen bzw. Entscheidungshilfen) ▪ Links z. B. www.awmf.org, www.krebsinformationsdienst.de bzw. www.dkfz.de, www.gesundheitsinformation.de, www.aezq.de, www.patienteninformation.de, www.krebsgesellschaft.de, www.leitlinienprogramm-onkologie.de, www.krebshilfe.de, www.rki.de ▪ Ggf. körperliche Untersuchung.	Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) nicht zusammen mit/neben P2a2 und/oder P2a3 abrechenbar. Es ist ein Arzt-Patienten-Kontakt (persönlich oder telemedizinisch - Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) oder c)) erforderlich. Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar. Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-6 abrechenbar. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.	
P2a2 P2a3 GEF Früherkennung inkl. PSA, ggf. körperliche Untersuchung	Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung zur Krebsfrüherkennung zum Thema Prostatakarzinom gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand plus anschließende Durchführung Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung Z12.5 bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 ▪ Vor allem bei Risikofaktoren wie familiärem Risiko (Brüder und/oder Väter an Prostatakarzinom erkrankt). ▪ Ab mindestens 45 bzw. ab 40 Jahren bei familiärem Risiko und einer mutmaßlichen Lebenserwartung von mehr als 10 Jahren ▪ Ergebnisoffene und patientenorientierte Aufklärung über möglichen Nutzen und Risiken gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand, z.B. um eine Überversorgung von nicht-signifikanten Tumoren zu vermeiden (siehe Anlage 17)	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). P2a2 (wenn PSA < 1,5 ng/ml): Maximal einmal in 5 Jahren (20 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. P2a3 (wenn PSA 1,5 bis 2,99 ng/ml): Maximal einmal in 2 Jahren (8 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2b und/oder P3. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.	21,00 €

	Wenn das Ergebnis der gemeinsamen Entscheidungsfindung zwischen Arzt und Patient die anschließende Durchführung der Krebsfrüherkennungsmaßnahme ist, erfolgt die PSA-Bestimmung und ggf. körperliche Untersuchung: ▪ Kontrollintervalle z. B. gemäß der jeweils aktuell gültigen S3 Leitlinie Prostatakarzinom ○ PSA < 1,5 ng/ml: alle 5 Jahre ○ PSA 1,5-2,99 ng/ml: alle 2 Jahre Anm.: Im Falle eines auffälligen rektalen Befundes Hinweis an den HAUSARZT zur weiteren interdisziplinären Abklärung und Betreuung durch den FACHARZT Gastroenterologie	Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) sind P2a1, P2a2, P2a3 nicht nebeneinander abrechenbar Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar. Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-6 abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.	
P2b GEF	Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf Prostatakarzinom (bei bestätigtem PSA- $\geq$ 3 ng/ml) <i>Die Grenzen zwischen der Wahl einer Verdachtsdiagnose und einer gesicherten Diagnose sind [...] fließend. Es obliegt der Entscheidung des Arztes, die Festlegung zu treffen. Verdachtsdiagnosen sind weiterhin anzugeben, insbesondere bei ausstehenden Befunden, wenn mit einer spezifischen Therapie noch gewartet werden kann, bis der endgültige Befund vorliegt“ (Deutsches Ärzteblatt, 2011, 108 (6): A-271)</i> Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C61 V/G, D40.0 G bzw. gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 einschl. der den Verdacht begründenden Symptome wie R30.-, R31, R32, R33, R34, R35, R36, R39.-, N02.-, N48.4 ▪ Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen (je nach Alter, Lebenserwartung, Komorbiditäten usw.) bei bestätigtem PSA-Wert > 3 ng/ml und individueller Risikobewertung (u.a. körperliche Untersuchung, transrektale Sonographie (z.B. PSA-Dichte >0,1)	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12) Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2a1, P2a2, P2a3 und/oder P3. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar. Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-6 abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit	21,00 €

		sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.	
P3 GEF	Zeit für das Gespräch und die gemeinsame Entscheidungsfindung gemäß aktuell bestätigtem evidenzbasiertem Wissensstand bei Verdacht auf bzw. gesicherten sonstigen urologischen Karzinomen bzw. Tumoren, hier exklusiv Prostatakarzinom Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung C60.- bis C68.- (exkl. C61), L90.0, D40.- (exkl. D40.0), D41.-, D44.-, D48.- V oder G gemäß Anlage 12 und Anhang 2 ▪ Aufklärung und gemeinsame Entscheidungsfindung zum Vorgehen gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand wie o. g. einschl. Patienteninformationen ▪ Körperliche Untersuchung	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit P2a1, P2a2, P2a3 und/oder P2b. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht am selben Tag mit Beratungsgesprächen BG1-5 und/oder BGU abrechenbar. Nicht am selben Tag mit E1-E9, V1 und/oder Onko 1-6 abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine PSA-Bestimmung ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.	20,00 €
Beratungsgespräche			
Versorgungsthemenblöcke ▪ Maligne Erkrankungen und Vorstufen bzw. Tumore, v. a. Prostatakarzinom, sonstige Karzinome etc. (BG1a bzw. BG1b, BG2, BG3 sowie BGU) ▪ Benigne Erkrankungen (BG4 und BG5) Grundlage wie eingangs o. g. gemeinsame Entscheidungsfindung und interdisziplinäre biopsychosoziale Versorgung gemäß aktuell bestätigtem Wissensstand			

Beratungs- gespräch BG1 Unterteilt in: BG1a BG1b (siehe Ab- rechnungs- regeln)	Beratungsgespräch Prostatakarzinom (BG1a bzw. BG1b) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen – Vertiefte biopsychosoziale Anamnese – Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung – Fragebögen zur Harnkontinenz (z. B. ICIQ) und zur erektilen Funktion (z. B. IIEF-5) auch im Verlauf z. B. prä- und postoperativ sowie jährlich – Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung – schrittweises Informieren durch Aufmalen der Befunde, Fragen klären und auf Wunsch des Patienten Angehörige einbeziehen – Berücksichtigung der Lebensqualität, Lebensziele und Patientenwünsche ggf. insbesondere auch Aufklärung zur sekundären symptomorientierten Therapie unter besonderer Beachtung von Active Surveillance (AS). – „choosing wisely“ v. a. gemäß www.awmf.org. v. a. auch in der Palliativversorgung – Verwendung von Patienteninfomaterialien bzw. -ratgebern bzw. Entscheidungshilfen gemäß aktuellem Wissensstand. – frühzeitige interdisziplinäre Vernetzung z. B. auch bei psychischen Störungen/Belastungen gemäß Facharztvertrag PNP – Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung) – Informationen zur Selbsthilfe, Krebsberatungsstellen und ggf. Rehabilitationssport – zu Möglichkeiten der Rehabilitation (falls noch nicht geklärt im Krankenhaus bzw. vom HAUSARZT) – zur Palliativversorgung (die multiprofessionell und interdisziplinär die Lebensqualität der Patienten und ihrer Angehörigen in das Zentrum aller Bemühun-	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12): • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 60 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) kann bei Vorliegen von mehreren Diagnosen, die jeweils ein eigenes Beratungsgespräch rechtfertigen (BG 1-5), maximal die Höchstminutenzahl des in der Hierarchie höher bewerteten Beratungsgesprächs abgerechnet werden. (Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Für die Abrechnung von BG1 wird folgende zusätzliche Unterscheidung getroffen: BG1a: Gleason-Score ≤7a BG1b: Gleason-Score >7a	19,00 €
--	---	---	-----------------------

	gen setzt, aktuelles Leitlinienprogramm Onkologie ((2015); Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112, (50)); ggf. auch Vernetzung in Abstimmung mit VERAH/HAUSARZT sowie EFA wie z. B. Pflege und Betreuung zu Hause u. a. einschl. ggf. Hospiz gemäß Leitlinie Palliativmedizin – interdisziplinäre Versorgung mit dem HAUSARZT v. a. bei Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas und insbesondere auch zur Palliativversorgung – Beachtung sonstiger Medikamenteneinnahme z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Störungen (ggf. auch Nebenwirkung erektile Dysfunktion) Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf – zur Aktiven Überwachung (AS) bei histologisch gesicherten „niedrig-Risiko“ oder intermediärem Risikoprostatakarzinom je nach Risikolage kleiner/gleich Gleason-Score 7a, ≤cT2a – Operation möglichst in zertifiziertem Zentrum – zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von körperlicher/sportlicher Aktivität (www.rki.de) speziell auch bei Prostatakarzinom auch zur Verminderung/Vermeidung von Inkontinenzbeschwerden prä- und postoperativ (v. a. Walking, Laufen) – interdisziplinäre Versorgung mit dem HAUSARZT v. a. bei Herz- und Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, Nikotinabusus, Adipositas und insbesondere auch zur Palliativversorgung – Beachtung sonstiger Medikamenteneinnahme z. B. gegen Bluthochdruck, Diabetes mellitus, psychische Störungen (ggf. auch Nebenwirkung erektile Dysfunktion)		
Beratungsgespräch BG2	Beratungsgespräch sonstige Karzinome exklusiv Prostata (BG2) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese – Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf v. a. in der Palliativversorgung	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12): • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 40 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale)	19,00 €

	▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B. – Punkte analog wie o. g. unter BG1 ▪ Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf – zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe z. B. ○ Blasenkarzinom: zu Risikofaktoren wie Rauchen, berufliche Exposition, bei langjährigen Katheterträgern usw., bei oberflächlichem Befund engmaschige Kontrollzystoskopien in der Nachsorge, bei Blasenersatz engmaschige biochemische Kontrollen sowie ggf. Kontrollkoloskopien ○ Nierenzellkarzinom: nicht chemotherapiesensibel, bei lokaler Begrenzung komplette Entfernung elementar, wenn fortgeschritten umfassende palliative Versorgung gemäß Leitlinie Palliativmedizin ○ Peniskarzinom: auch engmaschige Nachsorge und körperliche Untersuchungen (Lymphknotenmetastasen v. a. in den ersten zwei Jahren, Lokalrezidive auch später) ○ Hodenkarzinom: insgesamt sehr gute Prognose mit Nachsorge v. a. als körperliche Untersuchung (zudem Ultraschall kontralateraler Hoden und Abdomen, Röntgen-Thorax und Abdomen u. a.) ○ zum Lebensstil v. a. zu der Bedeutung von Nikotinkarenz	Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) kann bei Vorliegen von mehreren Diagnosen, die jeweils ein eigenes Beratungsgespräch rechtfertigen (BG 1-5), maximal die Höchstminutenzahl des in der Hierarchie höher bewerteten Beratungsgesprächs abgerechnet werden. (Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.	
Beratungsgespräch BG3	Beratungsgespräch D-Diagnosen des Urogenitaltraktes (BG3) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 Grundsätzliche Aufklärung zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese – ggf. Angebot der Abklärung psychosozialer Belastungen bzw. Depressivität (z. B. auch Zwei-Fragen-Test, Distress-Thermometer oder HADS) und der Lebensqualität (z. B. EORTC QLQ-C30) auch im Verlauf ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung z. B. – Punkte analog wie o. g. unter BG1 ▪ Beratung im Speziellen zur Verbesserung der Versorgung auch im Verlauf	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12): • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 20 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) kann bei Vorliegen von mehreren Diagnosen, die jeweils ein eigenes Beratungsgespräch	19,00 €

	zur stadiengerechten Therapie, Verlaufskontrolle, Nachsorge und Rezidivprophylaxe, z. B. auch u. a. zum Lebensstil wie Nikotinkarenz	rechtfertigen (BG 1-5), maximal die Höchstminutenzahl des in der Hierarchie höher bewerteten Beratungsgespräches abgerechnet werden. (Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.	
Beratungsgespräch BG4 BG4KU	Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG 4) Versorgungsthemen: Inkontinenz, neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase, Prostatahyperplasie, chronische Entzündungen der Urogenitalorgane, Fehlbildungen, Urolithiasis (obere Harnwege), Enuresis (Alter 5-17 Jahre) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen Vertiefte biopsychosoziale Anamnese - einschließlich Erörterung zu Fragebögen z. B. zur Miktion Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung bei Inkontinenz u. a. - Gewichtsoptimierung, Ernährungsberatung, körperliche/sportliche Aktivitäten, Anpassung Miktions- und Trinkverhalten usw., schriftliches Material auch mit Übungen, ggf. Übungsbehandlung, ggf. Informationen zur Selbsthilfe - ggf. medikamentöse Therapie mit Förderung der Adhärenz - realistisches Therapieziel formulieren	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12): - Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten - Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) Maximal 10 Minuten pro Tag abrechenbar Maximal 40 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) kann bei Vorliegen von mehreren Diagnosen, die jeweils ein eigenes Beratungsgespräch rechtfertigen (BG 1-5), maximal die Höchstminutenzahl des in der Hierarchie höher bewerteten Beratungsgespräches abgerechnet werden.	19,00 €

	○ ggf. zu weiteren Maßnahmen evtl. operativ usw. – neuromuskuläre Dysfunktion der Harnblase u. a. ○ Erläuterung der Diagnostik und Therapie je nach Grunderkrankung/Ursache – Prostatahyperplasie u. a. ○ Aufklärung über und ggf. Durchführung der Diagnostik und stadiengerechten Therapie ○ nicht-medikamentös: watchful waiting bei IPSS kleiner 7, Änderungen des Lebensstils wie Trinkmenge und Getränkeart ○ medikamentös verschiedene Möglichkeiten, möglichst mit erwiesener Wirksamkeit auch placebokontrolliert ○ ggf. operativ bei wiederholtem Harnverhalt, Infektionen, Steinen usw. wie transurethrale Resektion der Prostata TUR-P u. a. – Chronische Entzündungen der Urogenitalorgane u. a. ○ Erläuterung der Ursachen, Aufklärung über und ggf. Durchführung von Diagnostik, Therapie und Prophylaxe ○ nicht-medikamentös: low evidence wie Stressreduktion u. a. ○ medikamentös: z. B. Antibiotika, Alphablocker; NSAR ohne Evidenz – Fehlbildungen urogenital je nach Ursache und Aufwand u. a. ○ individuell-situative Beratung je nach Erkrankung zur Diagnostik und Therapie bei Anomalien des Harntrakts, Beteiligung des Urogenitalsystems – Urolithiasis/Kolik u. a. ○ nicht-medikamentös: Lebensstil im Vordergrund mit hyperkalorischer Ernährung, Bewegungsmangel, bei Koliken Wärmeapplikation z. B. heißes Bad, watchful waiting bei asymptomatischen Steinen ○ ggf. medikamentös ○ ggf. sonstige invasive Maßnahmen – Enuresis u. a. ○ vor einer möglichen Behandlung umfassende Informationen über die Ursache und die Ausprägung der Enuresis in enger Abstimmung mit den Eltern z. B. zum Trinkverhalten, zu Toilettengängen und zur Motivationsförderung durch die Eltern	(Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/b und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Besonderheit BG4 (KU): Das Beratungsgespräch BG4 (KU) ist nur bei Versicherten im Alter von 5-17 Jahren abrechenbar (siehe Anhang 2 zu Anlage 12). Im Übrigen gelten die vorgenannten Abrechnungsregeln entsprechend.	
--	---	---	--

Beratungs- gespräch BG5 BG5KU	Beratungsgespräch benigne Erkrankungen (BG5) Versorgungsthemen: Urolithiasis (untere Harnwege), sexuell übertragbare Krankheiten, Andrologie, Infertilität, Impotenz organischen Ursprungs, Phimose (0-12 Jahre) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 Grundsätzliche Informationen zur Anatomie, z. B. durch Aufmalen ▪ Vertiefte biopsychosoziale Anamnese ▪ Biopsychosoziale Beratung und gemeinsame Entscheidungsfindung zur Diagnostik und Therapie: – Urolithiasis (untere Harnwege) s. o. – Sexuell übertragbare Krankheiten u. a. ○ die Beratung sollte den Sexualpartner einschließen ebenso wie die Behandlung mit Antibiotika meistens als Partnerdiagnostik und -therapie ○ Informationen auch über die Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (www.bzga.de) – Andrologie u. a. ○ v. a. Fertilitäts-, Erektions- und Sexualstörungen, Störungen der endokrinen Hodenfunktion mit ausführlicher Anamnese ○ ggf. Hormonanalysen ○ Beratung zur Vermeidung schädlicher Einflüsse, zum Lebensstil v. a. mit körperlicher Aktivität und Sport, Nikotinstopp, Gewichtsoptimierung, zum Missbrauch von anabol-androgenen Steroiden und zu sog. Lifestyle-Medikamenten ○ Informationen auch www.bzga.de und www.gesundheitsinformation.de – Infertilität/Sterilität u. a. ○ gemäß WHO-Definition, wenn nach mehr als 24 Monaten keine Schwangerschaft trotz ungeschütztem Verkehr eintritt ○ biopsychosoziale interdisziplinäre Beratung umfassend erforderlich – Sexuelle Funktionsstörungen u. a. ○ chronisches Krankheitsbild von mindestens 6-monatiger Dauer, bei der mindestens 70 % der Kohabitationsversuche erfolglos bleiben	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12): • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 10 Minuten pro Tag abrechenbar • Maximal 20 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar Im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) kann bei Vorliegen von mehreren Diagnosen, die jeweils ein eigenes Beratungsgespräch rechtfertigen (BG 1-5), maximal die Höchstminutenzahl des in der Hierarchie höher bewerteten Beratungsgesprächs abgerechnet werden. (Beispiel: Versicherter X hat 2 Diagnosen nach Anhang 2 zu Anlage 12, welche jeweils das Beratungsgespräch BG1a/bc und BG2 rechtfertigen / Ergebnis = maximal 60 Minuten, resultierend aus der Höchstminutenzahl des BG1a/b, abrechenbar, keine Addition der Minutenzahlen. Die Gesamtzahl der 60 Minuten kann sich hierbei variabel aus Bestandteilen von BG1a/b und BG2 zusammensetzen). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Besonderheit BG5 (KU): Das Beratungsgespräch BG5 (KU) ist nur bei Versicherten im Alter von 0-12 Jahren abrechenbar (siehe Anhang 2 zu Anlage 12). Im Übrigen	19,00 €
---	---	---	-----------------------

	○ biopsychosoziales Geschehen wie somatisch bei körperlichen Krankheiten, Medikamenten, Lebensstil v. a. auch Nikotin, Alkohol, Diabetes mellitus, v. a. psychisch bei Stress, Ängsten, sozial bei geschlechtertypischem Rollenverhalten, vermeintliche Normen usw. ○ Beratung zum Lebensstil, zur Lebensführung usw. – Phimose ○ Primäre Vorhautverengungen finden sich bei 50 bis 80 % der Jungen bis zum 3. Lebensjahr. Bei bestehender bedeutsamer Phimose i. d. R. ab dem 4. Lebensjahr, bei wiederholter Entzündung (Balanoposthitis) oder wiederholten Harnwegsinfekten Beratung zu entsprechenden Therapie-maßnahmen wie konservativ und ggf. teilweise oder vollständige Zirkumzision.	gelten die vorgenannten Abrechnungsregeln entsprechend.	
Beratungsgespräch unheilbar BGU	Beratungsgespräch und gemeinsame Entscheidungsfindung sowie biopsychosoziale Betreuung bei unheilbarer Krebserkrankung BGU (Anlage 17) Korrekte spezifische endstellige Diagnoseverschlüsselung gemäß Anlage 12, Anhang 2 ▪ Hier soll der Zeiträumen für ein Bewusstsein geschaffen werden, dass ggf. auch ein „Zuviel“ an eingreifender Diagnostik und belastender Therapie von Nachteil und der Verzicht unnötigen Schaden abwenden bzw. schonende Alternativen die bessere Entscheidung sein könnten gemäß choosing wisley, u. a. Deutsches Ärzteblatt, 2015, 112 (44), www.awmf.org ▪ Die Versorgungsziele sollen in dieser Lebenssituation gemeinsam vorausschauend bestmöglich auf die individuellen Bedürfnisse und Wünsche sowie die Lebensqualität und die Lebensumstände der Patientin/des Patienten abgestimmt werden z. B. ggf. einschließlich patientenbezogener Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, Pflegeberatung, Palliativversorgung) (Anlage 17), ggf. Unterstützung durch die helfenden Inhalte im AOK-Pflegenavigator usw.	Ist additiv abrechenbar zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12): • Bei einem Kontakt von mind. 10 Minuten • Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)) • Maximal 50 Minuten im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.	19,00 €
Einzelleistungen Alle für den Behandlungsanlass relevanten Diagnosen sind spezifisch und endstellig zu kodieren.			
E1a	Besuchszuschlag außerhalb der Praxis	Maximal einmal pro Tag pro Versicherten abrechenbar.	15,00 €

		Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3 und/oder E2-E10 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Nur bei einer Behandlung außerhalb einer ärztlichen Betriebsstätte abrechenbar.	
E1b	Besuchszuschlag Wechsel suprapubischer und Legen/Wechsel transurethraler Katheter außerhalb der Praxis	Maximal einmal pro Tag pro Versicherten abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1c und/oder E2-E10 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Nur bei einer Behandlung außerhalb einer ärztlichen Betriebsstätte abrechenbar.	35,00 €
E1c	Legen suprapubischer Katheter	Maximal einmal pro Tag pro Versicherten abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1b und/oder E2-E10 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	25,00 €
E2	Stanzbiopsie der Prostata zur histologischen Verifizierung bei (Verdacht auf) Karzinom (nähere Ausführungen siehe Anlage 17 Versorgungspfad) in gemeinsamer Entscheidungsfindung mit dem Patienten, wie o.g. indiziert, unter Abwägung allgemeiner und individueller Risikofaktoren (Anamnese, Alter, Komorbiditäten, PSA-Verlauf, Bedürfnisse usw.) unter Beachtung von Kontraindikationen (u.a. Harnwegsinfektionen, Prostatitis, Steinschnittlage nicht möglich, fehlendes Rektum, Gerinnungsstörungen. Die Detektionsrate von Karzinomen ist transperineal oder transrektal gleichwertig (ASCO GU 2025).	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen.	240,00 €

		Nicht am selben Tag neben Leistungen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12 abrechenbar. Die Anästhesieleistungen AOP2 (entspricht EBM 31821) bzw. AOP3 (entspricht EBM 31822) sind von dieser Regelung ausgenommen und können am selben Tag abgerechnet werden. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. aller Sachkosten	
E3	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae Indikationsstellung nach sorgfältiger Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen und Perspektiven zum realistischen Behandlungserfolg in gemeinsamer Entscheidungsfindung, ggf. wenn z. B. mindestens 2 x Anticholinergika-Behandlungsintervalle nicht gewirkt haben.	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3 und/oder P2b, P3, E1a, E1b, E1c und/oder E8 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. aller Sachkosten, jedoch ohne Medikament.	260,00 €
E4I	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – linke Seite	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2 Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Maximal einmal pro Tag abrechenbar.	1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €

		Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Auftragsleistung (A5l) erbracht, kann in diesem Krankheitsfall E4l nicht gesondert abgerechnet werden. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
E4r	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – rechte Seite	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2 Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Auftragsleistung (A5r) erbracht, kann in diesem Krankheitsfall E4r nicht gesondert abgerechnet werden. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3 und/oder P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €
E5	Urethro(-zysto)skopie der Frau	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Maximal einmal pro Tag abrechenbar.	60,00 €
	Nach Aufklärung und Beratung zur Durchführung der Leistung erfolgt die Leistungserbringung auf Wunsch der Versicherten mittels eines flexiblen Zystoskops.		

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

E7b	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden	Ist nur additiv zu Zuschlag Onko3 abrechenbar. Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01511 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern. Ist einmal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7c und/oder E7d abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	101,00 €
E7c	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden	Ist nur additiv zu Zuschlag Onko3 abrechenbar. Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01512 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Ist einmal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7b und/oder E7d abrechenbar. Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	148,00 €
E7d	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer eine Stunde i.V.m. Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (E4l/E4r, A5l/A5r) oder Stanzbiopsie der Prostata zur histologischen Verifizierung bei (Verdacht auf) Karzinom (E2)	Ist nur additiv zu E2, E4l/E4r und/oder A5l/A5r abrechenbar. Ist einmal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7b und/oder E7c abrechenbar.	30,00 €

		Nicht am selben Tag abrechenbar mit Auftragsleistungen. Ausnahme: Am selben Tag neben A1, A5l und/oder A5r abrechenbar. Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
E8	Urodynamik	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Einmal im Quartal abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1a, E1b, E1c, E3, E5 und/oder E6 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. Sachkosten	145,00 €
E9	E AOP – Ambulantes Operieren	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, E1a, E1b und/oder E1c am selben Tag abrechenbar. Näheres ergibt sich aus Anhang 4 zu Anlage 12. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	Siehe Anhang 4 zu Anlage 12
E10	PSA-Wertbestimmung zur Früherkennung eines Prostatakarzinoms (Gilt ausschließlich für Praxen, welche die Voraussetzungen für den Strukturzuschlag Q7 nicht erfüllen)	Nur additiv zu P2a2-P2a3 am selben Tag abrechenbar. Nicht im selben Quartal mit den Auftragsleistungen und/oder Q7 abrechenbar.	4,80 €

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

		Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: o neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510. Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben den Zusatzpauschalen P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
Onko2 (intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie)	Zuschlag zu Onko 1 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86514 der Onkologie-Vereinbarung. Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: - o neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. - o neben dem Zuschlag Onko3 und/oder Onko4 und/oder Onko5 und/oder Onko6. Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikament(e)/ Medikamente berechnungsfähig.	33,41 €

		Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
Onko3 (intravasale zytostatische Tumorthherapie)	Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86516 der Onkologie-Vereinbarung. Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: ○ neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. ○ neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko4 und/oder Onko5 und/oder Onko6. Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar.	224,59 €

		Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
Onko4 (Palliativversorgung)	Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung - gemäß Onkologie-Vereinbarung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig - obligater Leistungsinhalt: - Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung - umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und –behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie der Angehörigen	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86518 der Onkologie-Vereinbarung. Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: - neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. - neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko 3 und/oder Onko5 und/oder Onko6. Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	224,59 €
Onko5 (orale Tumorthherapie)	Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz, schließt die Gespräche im Zusammenhang mit einer peroralen medikamentösen Tumorthherapie ein und ist bei einer ausschließlich hormonell bzw. antihormonell wirkenden adjuvanten Therapie (ATC-Klasse L02-Endokrine Therapie) nicht berechnungsfähig	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86520 der Onkologie-Vereinbarung. Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345	112,31 €

		und 26315. ○ neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko3 und/oder Onko4 und/oder Onko6. Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung). Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
Onko6 (subkutane Tumorthera- pie)	Zuschlag zu Onko1 für die subkutan applizierte medikamentöse Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung umfasst die Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumorthapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel. Ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86522 der Onkologie-Vereinbarung. Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: ○ Neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. ○ neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko3 und/oder Onko4 und/oder Onko5. Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).	157,21 €

		Nicht im gleichen Quartal abrechenbar mit Auftragsleistungen. Nicht neben P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
Zuschläge			
Z1	Organisation mp/bp MRT der Prostata bei V. a. Prostatakarzinom (PCa) Der Zuschlag dient u.a. der Steuerung einschließlich der bedarfsgerechten Überweisung an den Radiologen sofern bei dringendem V.a. einen signifikanten Tumor keine erkennbare Läsion im Ultraschall vorliegt Leistungsinhalt ▪ Indikationsgerechte Überweisung zum mp/bp MRT ▪ Neben dem Versorgungspfad zum Prostatakarzinom (vgl. Anlage 17) gelten die Bestimmungen der Anlage 15 in Verbindung mit Anlage 13 verbindlich und in ihrer jeweils gültigen Fassung. ▪ Unterstützung bei Terminkoordination MRT durch die EFAs, z.B. über Terminvergabeplattformen. ▪ Patienteninformation im Falle des Zustandekommens eines FAV-Radiologie zur Durchführung eines mp/bp MRT: Hinweis auf teilnehmende Radiologen (Arztsuche) und Information zur Kostenübernahme des mp/bp MRT der Prostata durch die AOK als eine der wenigen Krankenkassen. ▪ Überweisung an den Radiologen unter Angabe von relevanten Befundparametern (z.B. PSA-Wert unter Angabe des Bestimmungsdatums, ggf. mit Hinweis bei einem signifikanten Anstieg, Teilnahme am AOK-Facharztvertrag Urologie) und folgendem Überweisungstext „Keine suspekten Läsion im Ultraschall bei dringendem V. a. einen signifikanten Prostatatumor. Bitte Durchführung MRT der Prostata inkl. Befundskizzierung.“	Ist nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal oder den drei vorangegangenen Quartalen eine P2b abgerechnet wurde in Verbindung mit der Diagnose C61 (V) gemäß Anlage 12, Anhang 02. Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar. Z1 ist nicht abrechenbar, wenn zuvor eine Z2 abgerechnet wurde. Z1 ist abrechenbar, wenn zuvor keine E2 abgerechnet wurde. Im gleichen Quartal ist eine E2 nach einer Z1 abrechenbar. Die Abrechenbarkeit besteht unabhängig davon, ob das MRT im Nachgang tatsächlich durchgeführt wird und/oder ob ein Facharztvertrag Radiologie besteht. Die Leistung ist zunächst bis zum 31.03.2029 befristet. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	13,00 €

Z2	Organisation mp/bp MRT der Prostata bei der Aktiven Überwachung Der Zuschlag dient im Falle einer Aktiven Überwachung u.a. der Steuerung einschließlich der bedarfsgerechten Überweisung an den Radiologen, sofern die Einschlusskriterien nach aktuell gültigem Facharztstandard zur Aktiven Überwachung erfüllt sind. Leistungsinhalt ▪ Indikationsgerechte Überweisung zum mp/bp MRT. ▪ Neben dem Versorgungspfad zum Prostatakarzinom (vgl. Anlage 17), gelten die Bestimmungen der Anlage 15 in Verbindung mit Anlage 13 verbindlich und in ihrer jeweils gültigen Fassung. ▪ Unterstützung bei Terminkoordination MRT durch die EFAs z.B. über Terminvergabeplattformen. ▪ Patienteninformation im Falle des Zustandekommens eines FAV-Radiologie zur Durchführung eines mp/bp MRT: Hinweis auf teilnehmende Radiologen (Arztsuche) und Information zur Kostenübernahme des mp/bp MRT der Prostata durch die AOK als eine der wenigen Krankenkassen ▪ Überweisung an den Radiologen unter Angabe von relevanten Befundparametern (z.B. PSA-Wert unter Angabe des Bestimmungsdatums, ggf. mit Hinweis bei einem signifikanten Anstieg. Angaben zu einer vorausgegangenen Prostatabiopsie einschließlich des zeitlichen Abstands zur aktuellen Vorstellung. Bereits vorliegender MRT-Befund der Prostata. Teilnahme am AOK-Facharztvertrag Urologie) und folgendem Überweisungstext „Bitte um Durchführung mp/bp MRT zur Verlaufskontrolle des Tumors bei Aktiver Überwachung inkl. Befundskizzierung.“	Ist nur abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal oder den drei vorangegangenen Quartalen eine BG1a abgerechnet wurde in Verbindung mit der Diagnose C61 (G) gemäß Anlage 12, Anhang 02 und bei Aktiver Überwachung. Maximal einmal im Krankheitsfall (4 aufeinanderfolgende Quartale) abrechenbar. Die Abrechenbarkeit besteht unabhängig davon, ob das MRT im Nachgang tatsächlich durchgeführt wird und/oder ob ein Facharztvertrag Radiologie besteht. Die Leistung ist zunächst bis zum 31.03.2029 befristet. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b) erforderlich.	13,00 €
------------------	---	--	-----------------------

Qualitäts- / Strukturzuschläge			
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimittel mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3 zu Anlage 12. Die Berechnung erfolgt auf Grundlage der AOK-/BKK-Apothekenabrechnungsdaten.	Siehe Anhang 3 zu Anlage 12
Q2	Strukturzuschlag für abdominelle Sonografie	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	3,00 €
Q3	Strukturzuschlag für Duplex-Sonografie	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	1,00 €
Q4a	Strukturzuschlag für analoges Röntgen	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2. Innerhalb eines Quartales ist nur ein Strukturzuschlag Q4a oder Q4b abrechenbar.	1,00 €
Q4b	Strukturzuschlag für digitales Röntgen	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2. Innerhalb eines Quartales ist nur ein Strukturzuschlag Q4a oder Q4b abrechenbar.	2,50 €
Q5	Strukturzuschlag für psychosomatische Grundversorgung	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	2,00 €
Q6	Strukturzuschlag für EFA auf BG1-4 und BGU gemäß ICD-Liste (Anlage 12, Anhang 2)	Der Zuschlag wird automatisch auf BG1-4/BGU aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 5 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 5 zu Anlage 12 geregelt.	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €

Q7	PSA-Strukturzuschlag	Zuschlag auf P1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2.	2,00 €
EAVP*	Pauschale Elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 6 zu Anlage 12 (bspw. Anwendungsschulung und Installation des Vertragssoftwaremoduls)	Der Zuschlag wird automatisch einMal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 6 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Urologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztverträgen gem. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einMal ausbezahlt.	250,00 €
Vertretungsleistungen			
V1	Vertreterpauschale	Einmal im Quartal abrechenbar. Nicht im gleichen Quartal mit P1, P1a und/oder Auftragsleistungen abrechenbar. Nicht neben den P2a1, P2a2, P2a3, P2b und/oder P3 am selben Tag abrechenbar. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert	12,50 €

		einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)). Neben V1 bei Vorliegen der Voraussetzungen abrechenbar sind E1-E9, BG1-5, BGU und Onko 1-6.	
Auftragsleistungen			
A1	Grundpauschale für die Erbringung von Auftragsleistungen	Einmal im Quartal abrechenbar. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, BG1-5, BGU, Onko1-6 und/oder E1-E12, im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.	12,50 €
A2	Abdominelle Sonografie	Einmal im Quartal abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Nicht neben A3, A4, A5l, A5r und/oder A6 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3 P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	16,50 €
A3	Duplex-Sonografie	Einmal im Quartal abrechenbar. Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Nicht neben A2, A4, A5l, A5r und/oder A6 am selben Tag abrechenbar.	20,00 €

		Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
A4	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin-A in den Detrusor vesicae Indikationsstellung nach sorgfältiger Aufklärung über Risiken, Nebenwirkungen und Perspektiven zum realistischen Behandlungserfolg in gemeinsamer Entscheidungsfindung, ggf. wenn z. B. mindestens 2 x Anticholinergika-Behandlungsintervalle nicht gewirkt haben.	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Einmal im Quartal abrechenbar. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Nicht neben A2, A3, A5l, A5r und/oder A6 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Inkl. aller Sachkosten, jedoch ohne Medikament	260,00 €
A5l	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – linke Seite	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Einzelleistung (E4l) erbracht, kann A5l in diesem Krankheitsfall nicht gesondert abgerechnet werden.	1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €

		Nicht neben A2, A3, A4 und/oder A6 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
A5r	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie (ESWL) – rechte Seite	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Ggf. ist hierbei die Angabe einer Seitenlokalisation erforderlich. Maximal dreimal im Krankheitsfall (4 aufeinander folgende Quartale) abrechenbar. Maximal einmal pro Tag abrechenbar. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Wurde im Krankheitsfall bereits eine ESWL als Einzelleistung (E4r) erbracht, kann A5r in diesem Krankheitsfall nicht gesondert abgerechnet werden. Nicht neben A2, A3, A4 und/oder A6 am selben Tag abrechenbar. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3 P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	1. Versuch = 650,00 € 2. Versuch = 300,00 € 3. Versuch = 250,00 €
A6	Röntgen	Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur bei Vorliegen eines Zielauftrages abrechenbar. Einmal im Quartal abrechenbar.	12,50 €

		Nicht neben A2, A3, A4, A5l und/oder A5r am selben Tag abrechenbar. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich.	
A7	Therapeutische Proktoskopie	Maximal vier Mal im Quartal abrechnungsfähig. Nur abrechenbar bei Vorliegen der Qualifikations- und Qualitätsanforderungen gemäß Anlage 2. Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 5 lit. b)) erforderlich. Nicht neben P1, P1a, V1, P2a1, P2a2, P2a3, P2b, P3, Onko1-6, BG1-5, BGU und/oder E1-E12 im selben Quartal abrechenbar. Abrechenbar neben E7d und/oder E9 im selben Quartal.	18,50 €

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg