

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 → 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 Versicherungstatus 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 Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragsgemäßes 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 Ansprechen rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- Mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

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 Datenerhebung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

TE-Code:

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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

Ich ist bekannt, dass

- Ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramme, Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erteile ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.

Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG – DETE*

1. Information des Versicherten / Aushändigung **oder Bereitstellung** des Versicherten-Merkblatts
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (2 Exemplare) **oder Darstellung auf einem digitalen Endgerät (z.B. Tablet)**
3. Unterzeichnung beider Exemplare durch den Arzt und den Versicherten (1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis) **oder elektronische Unterzeichnung durch den Versicherten**
4. Übermittlung der Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware (unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes → **bei DETE nicht notwendig**)

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

*DETE= Digitale Einverständnis- und Teilnahmeerklärung

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**

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

SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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

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

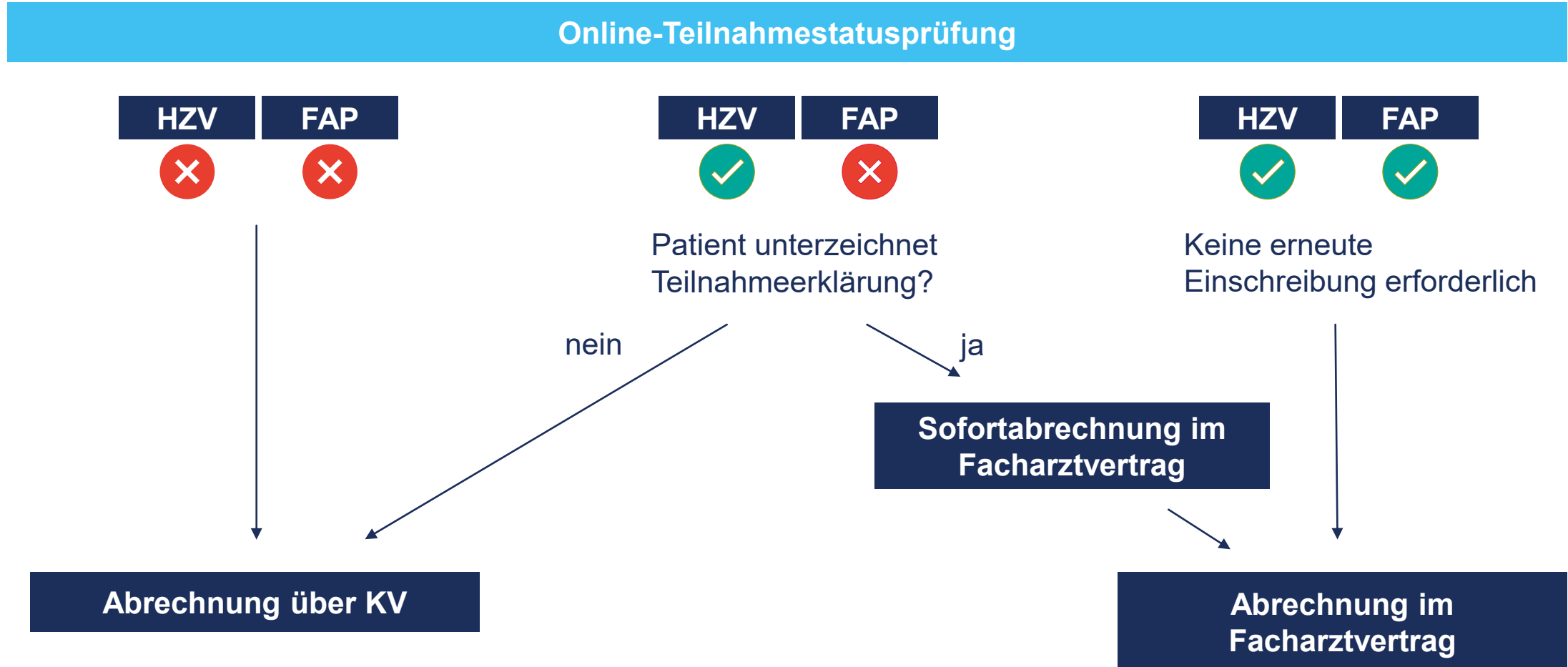
Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme Keine HzV Teilnahme

– 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



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 → 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 Ausrüstung einer Bluttamponade 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 ⁶		G	
C61	Bösartige Neubildung der Prostata	G									V ⁶		V ⁶	G	
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden		G									V ⁶		G	
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden		G									V ⁶		G	
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet		G									V ⁶		G	
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]		G									V ⁶		G	
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang		G									V ⁶		G	
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum		G									V ⁶		G	
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane		G									V ⁶		G	

HONORARANLAGE

AUSZUG

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

UROLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
Grundpauschale P1	Einführung Versorgungsinhalte (Begründungen auch in Anlage 17, Umsetzung in Anhängen zu Anlage 17) Ziel der hier dargestellten Versorgungsinhalte ist es, die Versorgung zu verbessern und die Qualitätsanforderungen auf Überschriftenebene zu beschreiben für ein allgemeines Verständnis. Neben der Grundversorgung (I.) werden Versorgungsthemenblöcke (II.) aufgeführt, die	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Ausnahme:	25,00 €

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

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

Ambulantes Operieren Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM, ausgenommen die OPS-Codes der Prostatastanzbiopsie 1-466.00 und 1-466.01.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	111,42 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	182,01 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	270,13 €
		563,56 €

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK



oder

Auftragsleistungen

DEFINITION ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (APK)

APK

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

und

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

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

LEGENDE

Symbole

 Fernbehandlung möglich (telemedizinischer APK per Video, Telefon oder Messenger möglich)

 nicht delegierbare Leistung

 nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen (gem. ICD-Liste)

 wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt

 es muss ein entsprechender Nachweis bei der MEDIVERBUND AG vorliegen

GRUNDPAUSCHALEN UND DEREN ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale	1 x pro Quartal	 	25,00 €
+ P1a* Überweisung vom HZV-Hausarzt	additiv zu P1	 	10,00 €
Eingabe der Überweiser LANR und BSNR in der Software			
+ Q1 Rationale Pharmakotherapie			Max. 4,00 €
+ Q2 Zuschlag abdominelle Sonographie		 	3,00 €
+ Q3 Zuschlag Duplexsonographie		 	1,00 €
+ Q4a Zuschlag analoges Röntgen		 	1,00 €
+ Q4b Zuschlag digitales Röntgen		 	2,50 €
+ Q5 Zuschlag psychosomatische Grundversorgung			2,00 €
+ Q7 Zuschlag PSA		 	2,00 €
oder V1 Vertretungspauschale	1x pro Quartal	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist  	12,50 €

* Bosch BKK: 5,00 €

ZUSATZPAUSCHALEN

P2a1	Vorsorge im gesetzlichen Umfang	1 x 4 Quartale	 	21,00 €
P2a2-3	Vorsorge inkl. PSA			
→ a2	wenn PSA < 1,5 ng/ml	1 x 20 Quartale		21,00 €
→ a3	wenn PSA 1,5-2,99 ng/ml	1 x 8 Quartale		
P2b	Verdacht auf PCa wenn PSA ≥ 3 ng/ml	3 x 4 Quartale		21,00 €
P3	Verdacht auf sonstige Karzinome / Tumore	1 x 4 Quartale		20,00 €

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

WEITERE ZUSCHLÄGE

NEU: zunächst bis zum 31.03.2029 befristet

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

Z1	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 €
Z2	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)

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

+ BGU	unheilbare Krebserkrankung (C-Diagnosen „sekundäre bösartige Erkrankungen“)		5 x 4 Quartale	  	19,00 €
+ Q6**	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

BG4KU Benigne Erkrankungen I	4* x 4 Quartale	  	19,00 €
BG5KU 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

E1a	Besuchszuschlag außerhalb der Praxis	15,00 €
------------	--------------------------------------	---------

Katheter

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

E1b bzw. E1c sind auch zusätzlich zu E1a abrechenbar

EINZELLEISTUNGEN II

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

* 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

EINZELLEISTUNGEN III

PRAXISKLINISCHE BETREUUNG UND NACHSORGE

E7a	2 Stunden (<i>additiv zu Onko 3</i>)	53,00 €
E7b	4 Stunden (<i>additiv zu Onko 3</i>)	101,00 €
E7c	6 Stunden (<i>additiv zu Onko 3</i>)	148,00 €
E7d	1 Stunde (<i>additiv zu ESWL und Prostatastanzbiopsie</i>)	30,00 €

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

EINZELLEISTUNGEN IV

ONKOLOGIEVEREINBARUNG

Onko 1	Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86512)	 	33,38 €
Onko 2	Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	 	33,41 €
Onko 3	Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86516)	 	224,59 €
Onko 4	Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	224,59 €
Onko 5	Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86520), umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz	 	112,31 €
Onko 6	Zuschlag zu Onko1 für die subkutan applizierte medikamentöse Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86522), umfasst die Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumorthérapeutikum 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

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

Anhang 4 zu Anlage 12

Ambulantes Operieren Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM, ausgenommen die OPS-Codes der Prostatastanzbiopsie 1-466.00 und 1-466.01.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	111,42 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	182,01 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	270,13 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	82,45 €
Visceralchirurgie		
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM	290,73 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM	383,74 €
31158	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155	89,65 €
Urologische Eingriffe		
31271	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	127,02 €
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	210,62 €
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	318,30 €

AMBULANTES OPERIEREN

ANHANG 4 ZU ANLAGE 12

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

AMBULANTES OPERIEREN

SACHKOSTEN

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

AUFTRAGSLEISTUNGEN

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

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

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

ABRECHNUNGSBEISPIEL BLASENKARZINOM

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

* 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 €)

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

ABRECHNUNGSBEISPIEL PROSTATAKARZINOM

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

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

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

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

* Bosch BKK: 5,00 €

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

ABRECHNUNGSBEISPIEL INKONTINENZ / KATHETER

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

**Behandlung eines Patienten
mit Inkontinenz
2 Behandlungstermine**

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

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

* Bosch BKK: 5,00 €

ABRECHNUNGSBEISPIEL BOTOXINJEKTION

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

* Bosch BKK: 5,00 €

**Patientin mit Botoxinjektion –
3 Behandlungstermine**

AGENDA

1 Teilnahme der Versicherten

5 Pharmaquoten

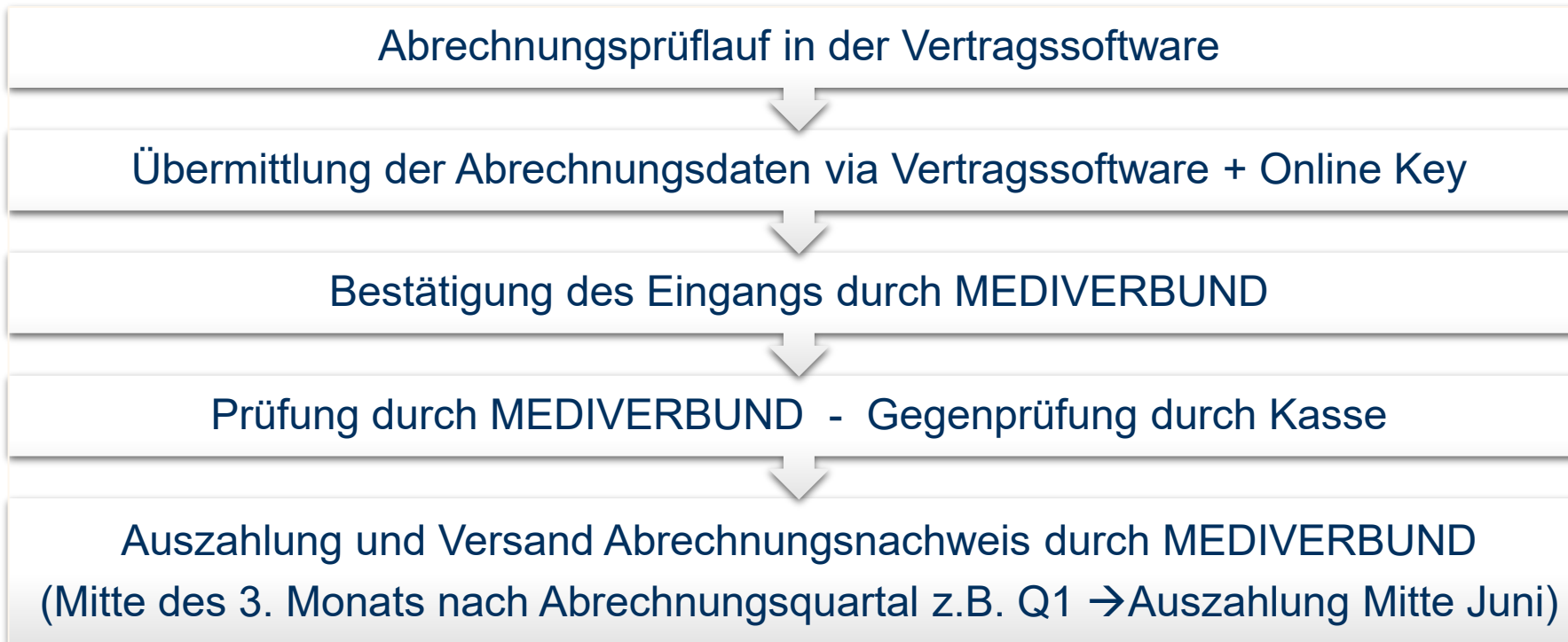
2 Sofortabrechnung nach Einschreibung
(SANE)

6 Internetauftritt

3 Vergütungs- und
Abrechnungssystematik

4 Abrechnungsprozess

ABRECHNUNGSPROZESS



DATENEMPFANGSBESTÄTIGUNG

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

MEDIVERBUND ID: [REDACTED]

Vertrag: AOK BW Urologie § 140a

Datum: 31.12.2018

Betreff: Empfang Ihrer Abrechnungsdaten

Sehr geehrter [REDACTED]

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

4. Quartal 2018

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

Sie haben uns **371 Verordnungen** geschickt.

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

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

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

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

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

- Buchungsübersicht

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

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

Änderungen der Bankverbindung
bitte rechtzeitig über Arztportal
oder Stammdatenänderungsblatt
mitteilen!

- Übersicht Behandlungsfälle

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

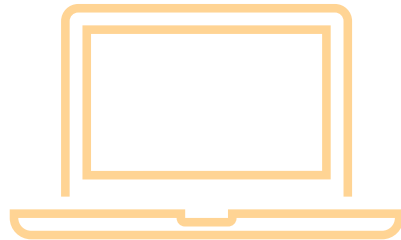
INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

- Einzelnachweise
 - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
 - von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
 - 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	Versicherten-nummer	Geburtsdatum
				Leist.-Pos.	Leistungsziffer	Leistungsdatum	Abrechnungsbetrag
1	P1	12.07.2018		Leist.-Pos.	Enthaltene Sachkosten: • Sachkosten 1 (1,00 €) • Sachkosten 2 (2,00 €)		
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		Summe	Summe:	Summe Leistungen	
7	---Q4B---	12.07.2018					
8	---Q5---	12.07.2018			Verwaltungskosten (Faktor in %):	Verwaltungskosten	
9	---Q7---	12.07.2018					
10	P1A	12.07.2018					
	Summe:			Änderung:	Eventuell durchgeführte Korrekturen	Leistungsdatum	
	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				

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

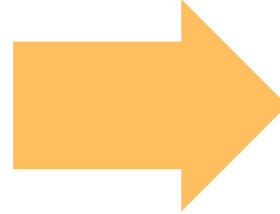
- Es gibt bei allen §140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei §140a Patienten über die KV abgerechnet werden, direkt aus der KV-Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 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	3 BG1a

richtig

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

KALENDER MIT WICHTIGEN ABRECHNUNGSTERMINEN

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

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	Abrechnungstichtag 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	97,44 €	-	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

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

Aut idem
Detailinformationen

72 Ergebnisse

BEISPIELHAFTE DARSTELLUNG IN DER SOFTWARE

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

rationale Pharmakotherapie

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

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

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtbl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtbl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62 €

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse

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 %	$\geq 70 \%$
Q3/2021	grün	98 %	$\geq 90 \%$
Q3/2021	rot	3 %	$\leq 3 \%$

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 sequence of three overlapping screenshots from the Medi-Verbund website, illustrating the navigation path to the Urology contract information. The top screenshot shows the main navigation menu with 'Mein MEDI' highlighted. The middle screenshot shows the 'Urologie' page with a sidebar menu and a main content area with three cards: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arztvernetzung'. The bottom screenshot shows a detailed view of the 'Urologie' page with a list of contract information and contact details.

Mein MEDI

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

MEDI-Mitglied werden

etzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen

MEDI-VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA Mein MEDI

AOK BW / Bosch BKK
Urologie

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Mehr erfahren

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Mehr erfahren

Zurück zur Übersicht

Urologie
AOK BW
> Mehr

Allgemeine Informationen und Formulare ✓

Inhalte des Infopakets ✓

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓

Vertragsunterlagen ✓

Direkte Vergütung von Anästhesien und postoperativer Überwachung ✓

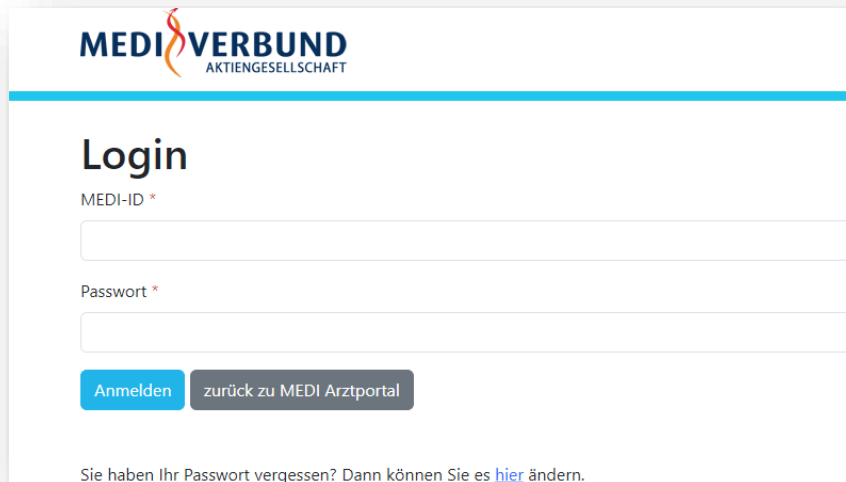
Anlagen zum Vertrag ✓

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

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



The login page features the MEDI-VERBUND AKTIENGESellschaft logo at the top. Below it, the word "Login" is prominently displayed. There are two input fields: "MEDI-ID *" and "Passwort *". At the bottom, there is a blue "Anmelden" button and a grey "zurück zu MEDI Arztportal" button. A link for password recovery is provided at the very bottom.

MEDI-VERBUND
AKTIENGESellschaft

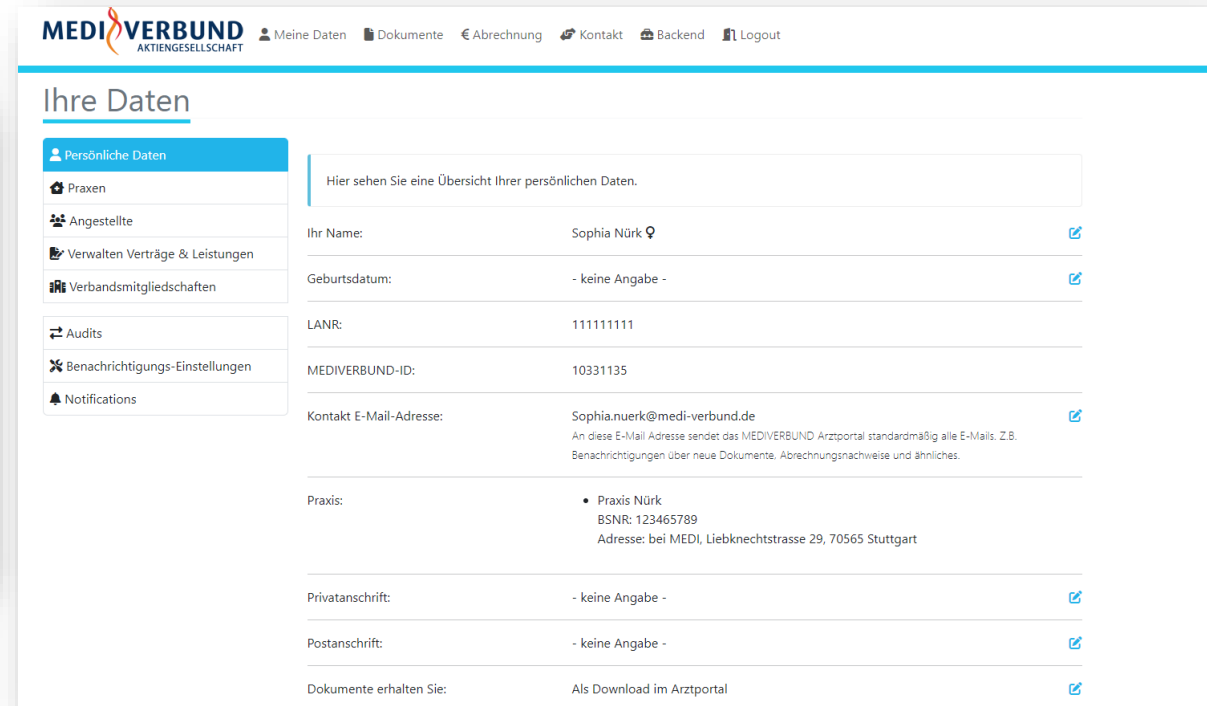
Login

MEDI-ID *

Passwort *

Anmelden zurück zu MEDI Arztportal

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



The user data overview page shows a sidebar with navigation options and a main area with personal data. The sidebar includes links for "Persönliche Daten", "Praxen", "Angestellte", "Verwalten Verträge & Leistungen", "Verbandsmitgliedschaften", "Audits", "Benachrichtigungs-Einstellungen", and "Notifications". The main area displays a table of personal data with fields for Name, Birthdate, LANR, ID, Email, Practice, Private Address, Postal Address, and Document Delivery.

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 An diese E-Mail Adresse sendet das MEDIVERBUND Arztportal standardmäßig alle E-Mails. Z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.	✎
Praxis:	• Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart	
Privatanschrift:	- keine Angabe -	✎
Postanschrift:	- keine Angabe -	✎
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal	✎

Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztssuche

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

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

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

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

Hausärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

BKK LV Süd

BKK LV Süd HZV

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Namens einen am jeweiligen 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

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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

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

Sie erreichen Ihre Patientinnen und Patienten nicht, um die Laborwerte zu übermitteln?

Nutzen Sie die Chatfunktion und übertragen Sie die Werte als PDF-Datei.

Ihre Warteschleife läuft voll wegen Rezeptbestellungen oder Folge-AU?

Weisen Sie Ihre Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie ihre Folgerezepte oder AU über den Messenger garrioCOM Tag und Nacht anfordern können. So entlasten Sie Ihre MFA.

Sie möchten Ihr Praxis-Aufkommen durch Videosprechstunden mit garrioCOM regulieren?

Durch die einfache Videoverbindung per garrioCOM zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten sind künftig Behandlungstage sogar im Home-Office denkbar.

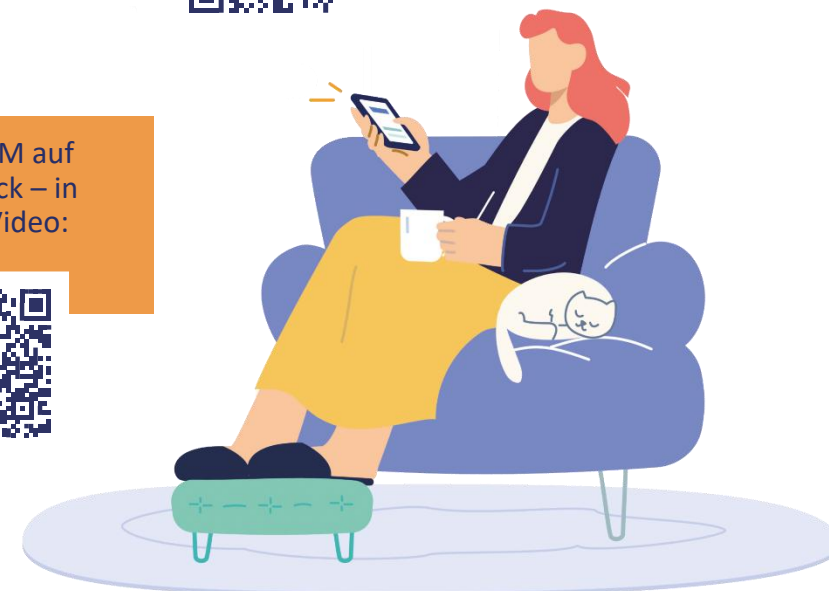


Bestellen Sie garrioCOM unter **www.garrio.de/bestellung**.

Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



FÖRDERUNG STIPENDIEN PHYSICIAN ASSISTANT – AOK BW

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

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

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

reutter@mediverbund-iffm.de

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Petra Müller:

0711 80 60 79 303



Abteilung Abrechnung:

0711 80 60 79 0



vertraege@medi-verbund.de