

FAQ

zum

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

Inhaltsverzeichnis

Einschreibung von Versicherten	3
Welche Voraussetzungen muss ein Patient erfüllen, um am Facharztprogramm teilnehmen zu können?	3
Wie schreibe ich AOK- oder Bosch BKK-Patienten ein, die zwar an der HZV, aber noch nicht am Facharztprogramm teilnehmen?	3
Ab wann darf ein Patient über den Facharztvertrag Urologie abgerechnet werden?	3
Häufige Abrechnungsfragen.....	4
Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung i.R. der Vorsorge abgerechnet?.....	4
Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung i.R. der Nachsorge bzw. bei Verdachtsdiagnose Prostatakarzinom abgerechnet?.....	4
Wie werden Laborleistungen abgerechnet/vergütet?	4
Wie erfolgt die Vergütung von Sonographie- und Röntgenleistungen?.....	5
Kann der Katheterwechsel in der Praxis abgerechnet werden?.....	5
Wie werden ambulante Operationen abgerechnet?	5
Welche Sachkosten können abgerechnet werden?	6
Wozu dient die EBM Kennziffer 88192?.....	6

Einschreibung von Versicherten

Welche Voraussetzungen muss ein Patient erfüllen, um am Facharztprogramm teilnehmen zu können?

Der Patient muss entweder bei der AOK Baden-Württemberg oder bei der Bosch BKK versichert sein und bereits gültig an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) teilnehmen. Dann kann sowohl der Hausarzt selbst als auch der Facharzt den Patienten in das Facharztprogramm - und damit in alle Facharztverträge - einschreiben.

Wie schreibe ich AOK- oder Bosch BKK-Patienten ein, die zwar an der HZV, aber noch nicht am Facharztprogramm teilnehmen?

Informieren Sie den Patienten über die Möglichkeit, am Facharztprogramm teilzunehmen, und händigen Sie ihm das Versicherten-Merkblatt aus. Bei Teilnahmewunsch wird die Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware erzeugt und sowohl vom Patienten als auch vom Facharzt unterschrieben. Händigen Sie dem Patienten sein Exemplar aus und bewahren Sie das andere Exemplar in der Praxis auf. Anschließend übermitteln Sie den elektronischen Datensatz unter Eingabe des patientenindividuellen aufgedruckten vierstelligen Codes via Vertragssoftware an die MEDIVERBUND AG. Die Statusmeldung „erfolgreich“ zeigt an, dass die Übermittlung erfolgreich war.

Ab wann darf ein Patient über den Facharztvertrag Urologie abgerechnet werden?

Über die Teilnahmestatusprüfung in Ihrer Vertragssoftware prüfen Sie (am besten gleich nachdem Sie die Versichertenkarte eingelesen haben), ob der Patient bereits aktiv am Facharztprogramm teilnimmt. Ist das der Fall, wird der Patient direkt über den Facharztvertrag behandelt und abgerechnet.

Besteht keine Teilnahme am Facharztprogramm, jedoch bereits eine aktive Teilnahme an der HZV (hausarztzentrierte Versorgung), können Sie den Patienten in das Facharztprogramm einschreiben (s.o.). Patienten mit Wohnsitz in Baden-Württemberg können dann über die sog. „SANE“ (Sofortabrechnung nach Einschreibung) direkt im Vertrag abgerechnet werden.

Die SANE ist max. 2 Quartale in Folge möglich, danach sollte die Teilnahme am Facharztprogramm aktiv geworden sein.

Generell ist die Teilnahme einer Praxis an der SANE freiwillig und muss gesondert in der Teilnahmeerklärung angegeben werden. Nehmen mehrere Ärzte einer Praxis am Urologievertrag teil, ist die Teilnahme an der SANE-Abrechnung nur möglich, wenn sich alle Ärzte daran beteiligen.

Häufige Abrechnungsfragen

Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung i.R. der Vorsorge abgerechnet?

Diese 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 P1 (Voraussetzung: Gerätenachweis liegt vor).
- Praxen ohne Eigenlabor kennzeichnen die Laboranforderung als Selektivvertragsfall (individuell zu regelndes Verfahren), erhalten vom Labor eine Rechnung über die PSA-Bestimmung und rechnen als Ausgleich die Ziffer E10 pro präventiver PSA-Bestimmung ab.

Wie wird die PSA-Wert-Bestimmung i.R. der Nachsorge bzw. bei Verdachtsdiagnose Prostatakarzinom abgerechnet?

Diese kann weiterhin über die KV (EBM-Ziffer: 32351) abgerechnet bzw. über einen 10er-Schein beim Labor angefordert werden.

Wie werden Laborleistungen abgerechnet/vergütet?

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz abgebildet sind, dürfen für im Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte nicht mehr über den 10A- oder 10er-Schein angefordert werden (z. B. Blutbild, Kreatinin, Harnsäure)
 - Diese werden beim Labor über ein individuell geregeltes Verfahren angefordert.
 - Das Labor stellt diese Anforderungen der Praxis in Rechnung.
 - Diese Laborleistungen sind mit der Grundpauschale P1 abgegolten.
- Alle Laborleistungen, die nicht im Gesamtziffernkranz abgebildet sind können weiterhin über den 10er-Schein beim Labor angefordert bzw. über die KV abgerechnet werden (z. B. Testosteron, FSH, LH, kulturelle Untersuchungen EBM 32720-32727)

Wie erfolgt die Vergütung von Sonographie- und Röntgenleistungen?

Sie erfolgt über die Qualitätszuschläge Q2 bis Q4. Diese werden automatisch jeder abgerechneten P1 zugesetzt, vorausgesetzt, Sie haben bei der MEDIVERBUND AG die entsprechenden Nachweise eingereicht.

Erhalten Sie von einem Kollegen Überweisungen als Zielaufträge, können Sie die Auftragsleistungen A2 (Abdomen-Sonographie), A3 (Duplex-Sonographie) bzw. A6 (Röntgen) abrechnen.

Kann der Katheterwechsel in der Praxis abgerechnet werden?

Der Katheterwechsel in der Praxis ist über die Grundpauschale P1 vergütet.

Für das Anlegen eines suprapubischen Katheters kann die Ziffer E1c abgerechnet werden.

Der Katheterwechsel außerhalb der Praxis kann mit den Ziffer E1a und E1b abgerechnet werden.

Wie werden ambulante Operationen abgerechnet?

Die Leistungsziffern zum ambulanten Operieren sind im Anhang 4 zur Anlage 12 aufgeführt.

- Die OP-Ziffern im Vertrag entsprechen den EBM-Ziffern.
- Anästhesien, postoperative Überwachung und Behandlung sind über AOP-Ziffern abrechenbar (jeweils zur korrespondierenden OP-Ziffer).
- Zusammen mit den Ziffern und Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Bitte achten Sie hier auf die Dokumentation der Seitenlokalisierung!
- Sachkosten im Rahmen einer ambulanten OP können über ein Eingabefeld in der Software erfasst werden, soweit sie nicht bereits in der entsprechenden Ziffer enthalten sind. Der Bezug über Sprechstundenbedarf bleibt hiervon unberührt.
- Simultaneingriff: Bei Durchführung mehrerer Operationen pro Patient und Tag besteht die Möglichkeit zur Abrechnung eines Simultaneingriffs, d. h. die höherwertige Operation wird abgerechnet und für die zweite Operation je 15 Min. die Zuschlagsziffer für den Simultaneingriff angesetzt.

Welche Sachkosten können abgerechnet werden?

- Der Bezug von Materialien über Sprechstundenbedarf bleibt vom Urologievertrag unberührt.
- In Verbindung mit folgenden Leistungen sind Sachkosten nicht gesondert abrechenbar, sondern bereits in der Vergütung der Einzelleistung beinhaltet: E2 (Prostatabiopsie), E3/A4 (Botoxinjektion), E8 (Urodynamik).

Wozu dient die EBM Kennziffer 88192?

Für jeden Selektiv-Patienten, für den sie keine Leistungen über die KV abrechnen, sollten Sie einen sogenannten Pseudofall (KV-Schein) anlegen und mit der Kennziffer 88192 versehen. Die so gekennzeichneten Fälle werden bei der Berechnung der begrenzten Fallpunktzahlen für Laborleistungen (Laborbudgets) hinzugerechnet.