



Urologievertrag nach § 140a SGB V

Vertragsschulung

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Häufige Fragen**
- 8. Internetauftritt**

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.

Gesetzliche Grundlagen

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b und 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

Ziele des Vertrags

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



Systematik des Vertrags

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- spezielle Honorarsystematik
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen

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

Vertraglich vorgesehene Schnittstellen

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



Struktureffekte, z.B.

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

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

Vorteile für teilnehmende Ärzte

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

Kreis Teilnahmeberechtigter

➤ **Vertragsärzte**

Fachärzte für Urologie

➤ **Persönlich ermächtigte Ärzte**

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

➤ **MVZ**

Sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, die die Teilnahmebedingungen erfüllen. Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ.

Teilnahmevoraussetzungen

Persönliche Voraussetzungen

vom Arzt selbst zu erfüllen
z.B. Vertragsschulung

+

Praxisbezogene Voraussetzungen

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

+

Abrechnungsvoraussetzungen

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

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

Praxisbezogene Teilnahmevoraussetzungen

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

Abrechnungsvoraussetzungen I

Zum Erhalt der Qualitätszuschläge sind Nachweise erforderlich:

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

Abrechnungsvoraussetzungen II

Zur Abrechnung bestimmter Leistungen sind Nachweise erforderlich:

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

10 Schritte zur Vertragsteilnahme

1. Vertragsunterlagen erhalten / anfordern
2. Vertragsschulung besuchen oder Online-Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben
6. Nachweise beilegen (siehe Checkliste)
7. Teilnahmeerklärung und Nachweise an MEDIVERBUND schicken (per Post / Fax / E-Mail)
8. Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
9. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND abwarten
10. Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen



1. Sprechstundenangebot und Terminvergabe:

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

2. Praxisprozesse:

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

3. Fortbildungen

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

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

Vorteile für teilnehmende Versicherte

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



➤ **Teilnahmevoraussetzungen**

- Versicherung bei AOK Baden-Württemberg / Bosch BKK
- Aktive Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (HZV)

➤ **Einschreibung für alle bestehenden Facharztverträge (FacharztProgramm):**

AOK BW derzeit: Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie

Bosch BKK derzeit: analog AOK BW – ohne: KJPY, Diabetologie, Nephrologie

- in den o.g. Fachgebieten dürfen nur teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten aufgesucht werden
- teilnehmende Fachärzte/Psychotherapeuten dürfen nur auf Überweisung des Hausarztes aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

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.

→ **Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

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

Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code
Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausschiden 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-Facharzt-Programm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem 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-Facharzt-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht, im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung 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.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c 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 informiert werden, kündigen, in diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten 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 § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausschiden 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-Facharzt-Programm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich in meinem 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-Facharzt-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür stimme ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht, im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erheben und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung 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.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-FacharztProgramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c 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 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 bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung und Versicherheitsbefragungen einverstanden. Ich bin darüber beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, talbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, raktaldaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

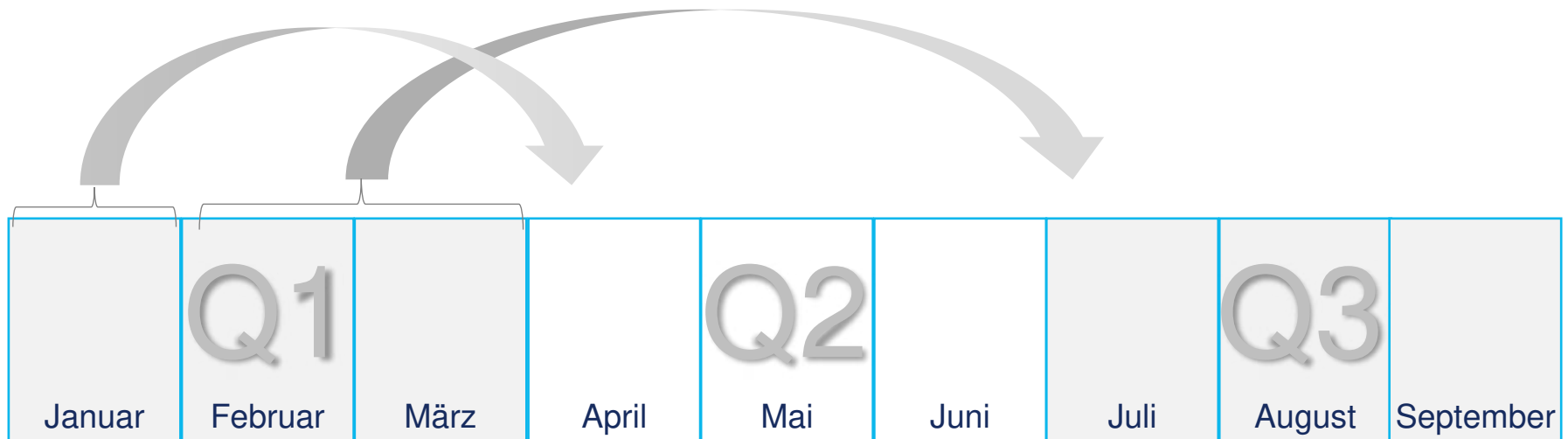
Online-Versicherteneinschreibung

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

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

Einschreibefristen

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



Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

Bedingungen:

- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. 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)

Bsp: **Einschreibung 15.03.**
→ **alle Leistungen in Q1**
können über den FAV
abgerechnet werden

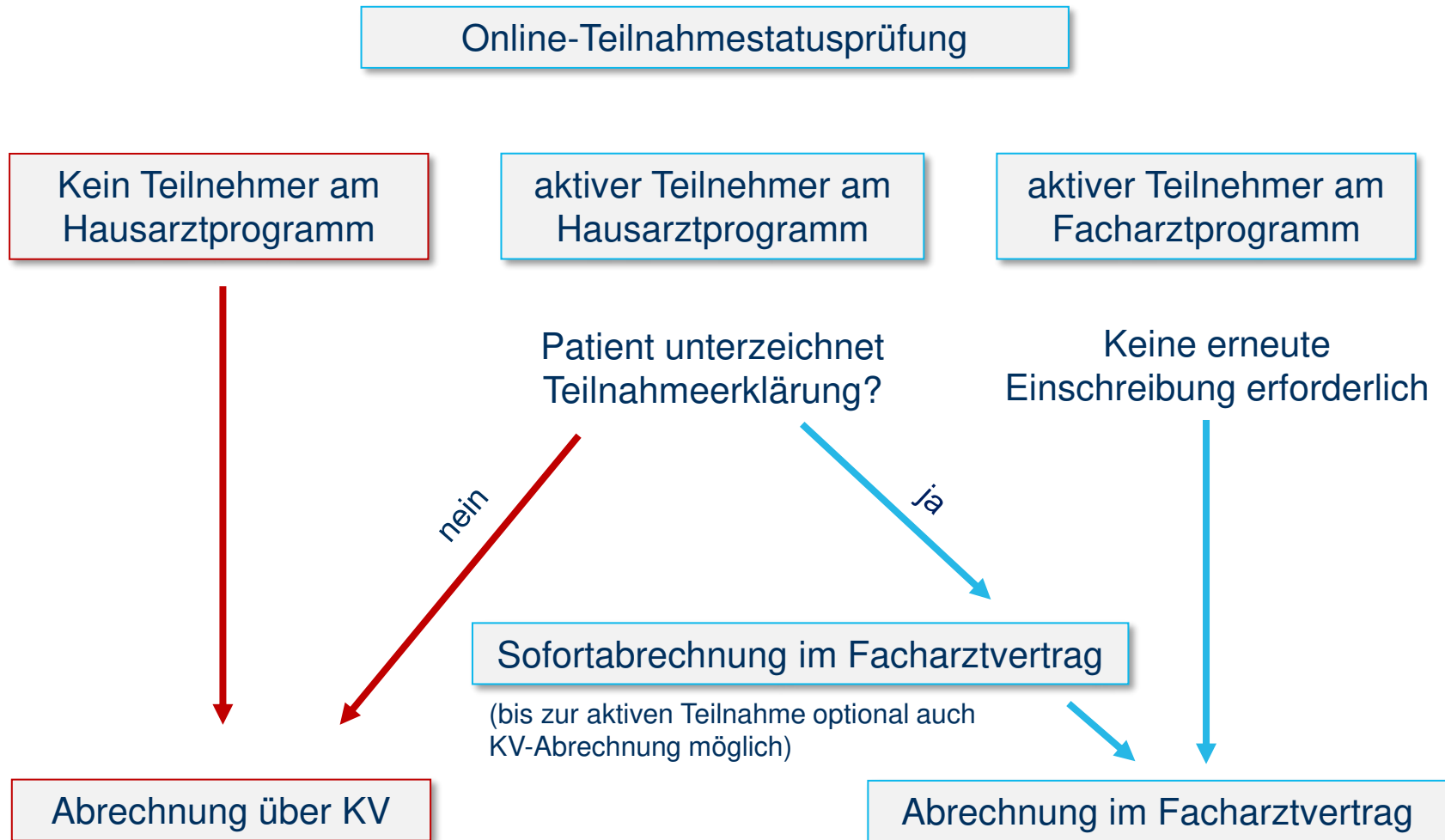
→ **alle Leistungen in Q2**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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




Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

Dokumente für die Abrechnung

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)
Legt den Leistungsumfang des Vertrags 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

 Diese Dokumente finden Sie unter:
www.medi-verbund.de

Gesamtziffernkranz (GZK) (Auszug)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- **aufgelistete EBM-Ziffern** aus allen 73c- bzw. 140a-Verträgen sowie HZV: für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- nicht aufgelistete EBM-Ziffern: für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

Gesamtziffernkranz AOK Baden-Württemberg

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
26311	Urethro(-zysto)skopie der Frau	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
26312	Urethradruckprofilmessung mit fortlaufender Registrierung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26313	Apparative Untersuchung bei Harninkontinenz oder neurogener Blasenentleerungsstörung	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26315	Onkologiepauischalen Uro	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
26316	Zuschlag zu den GOPs 26310 und 26311 für die transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin	01.04.2018	neue Ziffer zum 01.01.2018	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
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	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26320	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für die Ausräumung einer Bluttamponade der Harnblase	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	obligatorisch	§ 73c-Leistung
26321	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für die Durchführung von (einer) endoskopischen Harnleitersondierung(en)	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung
26322	Zuschlag zu den Leistungen nach den Nrn. 26310 und 26311 für das Einlegen einer Ureterverweilschiene	01.10.2016	GZK-Relevanz (Uro)	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	§ 73c-Leistung	nicht obligatorisch	§ 73c-Leistung

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

§ 73c-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.

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet

Tipp: Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

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, 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)

ICD_Code	ICD_Text	BG1a & BG1b	BG2	BG3	BG4	BG5	BGU	ESWL	P2a1	P2a2-4	P2b	P3	Prostata Biopsie	Onko 1-4	Neurogene Blasenförderung 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)

Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

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

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

Ambulantes Operieren, Anlage 12 Anhang 4

enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien sowie postoperativen 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.		
<u>Dermatochirurgie</u>		
31101	<u>Dermatochirurgischer</u> Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	104,37 €
31102	<u>Dermatochirurgischer</u> Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	170,49 €
31103	<u>Dermatochirurgischer</u> Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	253,03 €








oder

Auftragsleistungen

Legende

Symbole

-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nichtärztliche Mitarbeiter
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste
-  wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

Neudefinition Arzt-Patienten-Kontakt (APK)

Ein APK beschreibt die 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, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.



















FBE Fernbehandlung

1x pro Quartal



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

Grundpauschalen + deren Zuschläge

P1 Grundpauschale		1 / Q	 	25,00 €
+ P1a* Überweisung vom HZV-Hausarzt		1 / Q	 	10,00 €
+ Q1 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			 max.	4,00 €
+ Q2 Zuschlag abdominelle Sonographie			 	3,00 €
+ Q3 Zuschlag Duplexsonographie			 	1,00 €
+ Q4a Zuschlag analoges Röntgen <u>oder</u>			 	1,00 €
+ Q4b Zuschlag digitales Röntgen			 	2,50 €
+ Q5 Zuschlag psychosomatische Grundversorgung				2,00 €
+ Q7 Zuschlag PSA			 	2,00 €
<u>oder</u> V1 Vertreterpauschale	Fernbehandlung möglich sofern Erstkontakt persönlich erfolgt ist	1 / Q	 	12,50 €

* Bosch BKK: 5,00 €

Pharmaquoten

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



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = 1,00€)



Blau hinterlegt sind: Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = 0,50€)








Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = 2,50€)


















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

Zusatzpauschalen

P2a1	Vorsorge im gesetzlichen Umfang	1 / 4Q	 	21,00 €
P2a2-4	Vorsorge inkl. PSA	1 / 4Q		21,00 €
→ a2	<i>wenn PSA < 1 ng/ml</i>			
→ a3	<i>wenn PSA 1-2 ng/ml</i>			
→ a4	<i>wenn PSA > 2 ng/ml</i>			
P2b	Verdacht auf PCa	1 / 4Q		21,00 €
P3	Verdacht auf sonst. Karzinome/Tumore	1 / 4Q		20,00 €

*Ziffern am Behandlungsdatum ansetzen!
P2a2-4 ggf. rückdatieren, wenn Laborwert erst
später vorliegt.*

Beratungsgespräche und gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF)

BG1a/b	Onkologie (PCa)		6 / 4Q	  	17,00 €
→ a	Gleason-Score ≤6	<i>Behandlungsdatum!</i>			
→ b	Gleason-Score >6				
BG2	Onkologie (Karzinome, C-Diagnosen „böartige Neubildung“)		4 / 4Q	  	17,00 €
BG3	Onkologie (Tumore, D-Diagnosen Urogenitaltrakt)		2 / 4Q	  	17,00 €
BG4	benigne Erkrankungen I		4* / 4Q	  	17,00 €
BG5	benigne Erkrankungen II		2* / 4Q	  	17,00 €

*10 Minuten pro Tag abrechenbar

bei metastasierenden Karzinomen nach Ausschöpfung von BG1 a/b bzw. BG2 zusätzlich abrechenbar

+ BGU	unheilbare Krebserkrankung (C-Diagnosen „sekundäre böartige Neubildung“)		5 / 4Q	  	17,00 €
+ Q6**	Strukturzuschlag EFA®		1 / Q	 	10,00 €

Zuschlag auf BG1 bis BG4 bzw. BGU

** Bosch BKK: 5,00 €

Beratungsgespräche und gemeinsame Entscheidungsfindung (GEF) Kinderurologie

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

BG4KU	Benigne Erkrankungen I	4* / 4Q	  	17,00 €
BG5KU	Benigne Erkrankungen II	2* / 4Q	  	17,00 €

*10 Minuten pro Tag abrechenbar

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

Regelungen zu Beratungsgesprächen

- Eine Gesprächseinheit (= 1 BG) entspricht mind. 10 Minuten, bspw.:
 - Gesprächszeit 11 Minuten = 1 BG
 - Gesprächszeit 21 Minuten = 2 BG

- 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: liegen bei einem Patienten gleichzeitig passende Diagnosen für BG1 und BG3 vor, dürfen in 4 Quartalen insgesamt maximal **6** BG1 und BG3 abgerechnet werden

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		120,00 €
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 €




* Abrechnung ambulantes Operieren (EBM Kapitel VI Anhang 2) unter Angabe des entsprechenden OPS-Codes möglich

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

Einzelleistungen III











Praxisklinische Betreuung und Nachsorge

E7a	2 Stunden (additiv zu <i>Onko 3</i>)	53,00 €
E7b	4 Stunden (additiv zu <i>Onko 3</i>)	101,00 €
E7c	6 Stunden (additiv zu <i>Onko 3</i>)	148,00 €
E7d	1 Stunde (additiv zu <i>ESWL und Prostatastanzbiopsie</i>)	20,00 €

E8	Urodynamik	inkl. Sachkosten 	145,00 €
E9	Ambulantes Operieren		s. Anhang 4 zu Anlage 12
E10	PSA-Wertbestimmung	für Praxen <u>ohne</u> Eigenlabor	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)	 	31,27 €
Onko 2	Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	 	32,50 €
Onko 3	Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86516)	 	210,37 €
Onko 4	Zuschlag zu Onko1 für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86518)	 	210,37 €
Onko 5	Zuschlag zu Onko1 für die orale Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86520), umfasst Behandlungen mit neuen Medikamenten im zulassungs- und stadiengerechten Einsatz	 	105,20 €

Ambulantes Operieren (Anhang 4 zu Anlage 12)

Anhang 4 zu Anlage 12

Vertrag vom 13.06.2016 i.d.F. vom 01.07.2024
AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Urologie

Ambulantes Operieren		
Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM.		
Dermatochirurgie		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	104,37 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	170,49 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	253,03 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	77,23 €
Visceralchirurgie		
31153	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM	272,33 €
31154	Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM	359,45 €
31158	Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155	83,98 €
Urologische Eingriffe		
31271	Urologischer Eingriff der Kategorie Q1	118,98 €
31272	Urologischer Eingriff der Kategorie Q2	197,28 €
31273	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	298,15 €
31274	Urologischer Eingriff der Kategorie Q4	403,98 €
31275	Urologischer Eingriff der Kategorie Q5	570,12 €

Ambulantes Operieren (Anhang 4 zu Anlage 12) Neue Zuschläge ab 01.01.2024

Zuschlag zur Förderung ambulanter Operationen

31451 Zuschlag I	+	26,91 €
31452 Zuschlag II	+	31,73 €
31453 Zuschlag III	+	43,44 €
31454 Zuschlag IV	+	97,73 €
31455 Zuschlag V	+	115,95 €
31456 Zuschlag VI	+	159,63 €

Postoperative Überwachung

AOP26 Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31501 bis 31507 bei sich anschließender Nachbeobachtung, je vollendete 30 Minuten (entspricht EBM 31530)	9,29 €
--	--------

Ambulantes Operieren (Anhang 4 zu Anlage 12) Neue Zuschläge ab 01.01.2024

Hygienezuschläge		
31020	Hygienezuschlag zu GOP 31271 gem. EBM	+ 3,34 €
31023	Hygienezuschlag zu GOP 31101 gem. EBM	+ 6,68 €
31024	Hygienezuschlag zu GOP 31102 gem. EBM	+ 6,92 €
31029	Hygienezuschlag zu GOP 31103 gem. EBM	+ 14,20 €
31032	Hygienezuschlag zu GOP 31281 gem. EBM	+ 15,75 €
31042	Hygienezuschlag zu GOP 31272 gem. EBM	+ 20,88 €
31044	Hygienezuschlag zu GOP 31273 gem. EBM	+ 23,39 €
31045	Hygienezuschlag zu GOP 31282, 31292 gem. EBM	+ 23,75 €
31049	Hygienezuschlag zu GOP 31283, 31293 gem. EBM	+ 26,25 €
31053	Hygienezuschlag zu GOP 31274, 31284, 31294 gem. EBM	+ 28,76 €
31056	Hygienezuschlag zu GOP 31153 gem. EBM	+ 30,79 €
31064	Hygienezuschlag zu GOP 31275, 31295 gem. EBM	+ 36,28 €
31073	Hygienezuschlag zu GOP 31154 gem. EBM	+ 43,32 €
31074	Hygienezuschlag zu GOP 31285 gem. EBM	+ 53,46 €









- Urologisch relevante Operationen (darüber hinaus im GZK enthaltene GOP sind im Orthopädie- / Chirurgievertrag berücksichtigt)
- Abrechnungsziffern finden Sie im Anhang 4 zu Anlage 12
- **Sachkosten** ebenfalls über 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

- 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:** i.V.m. 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

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

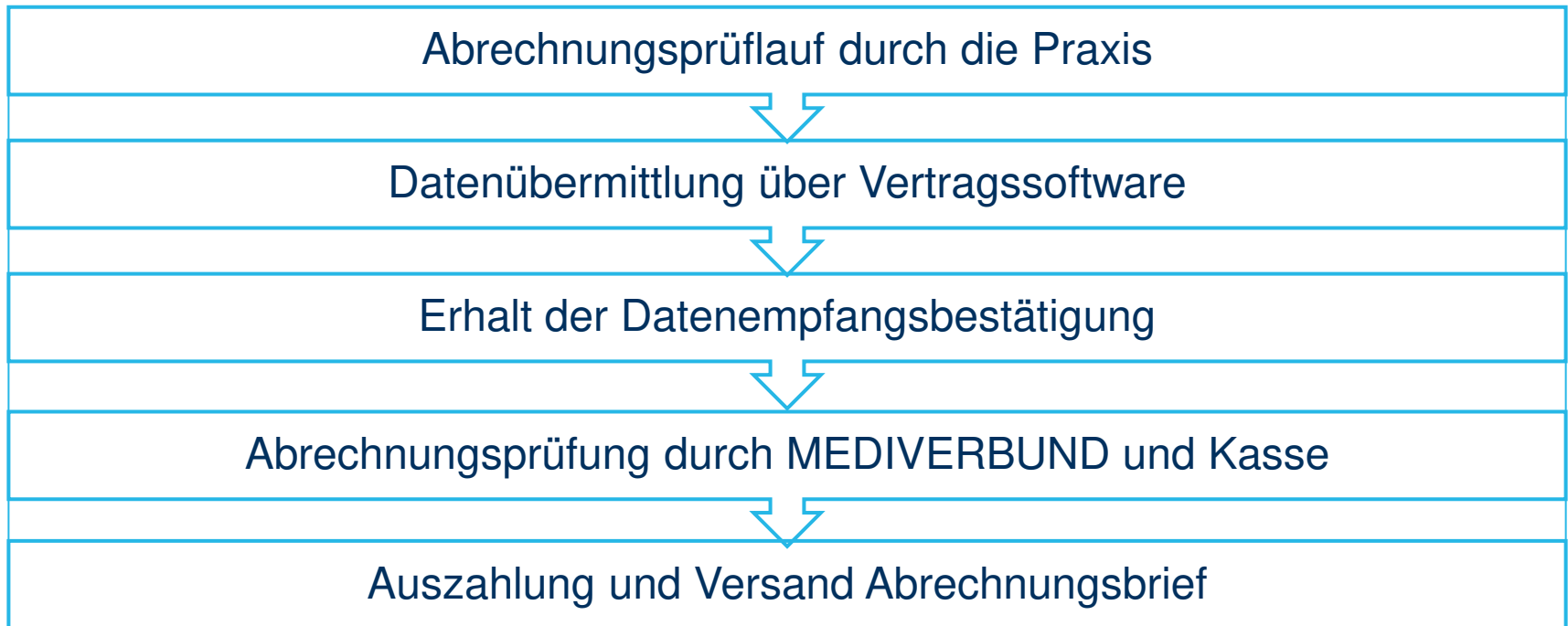
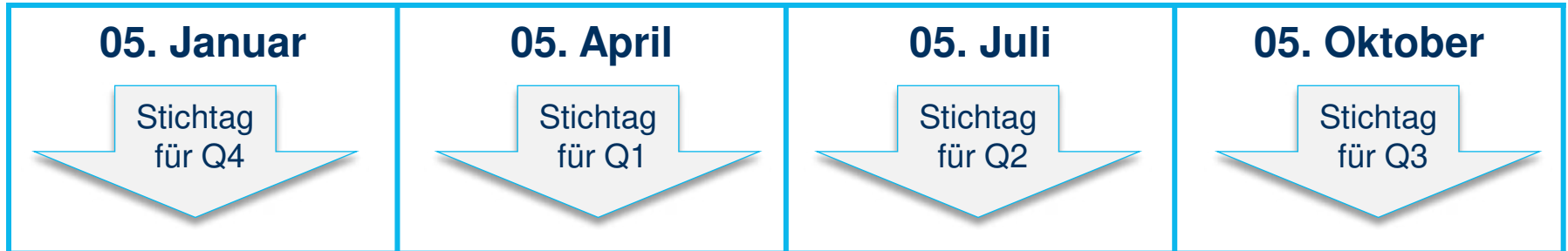
A1	Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
A2	Abdominelle Sonografie		16,50 €
A3	Duplex-Sonografie		20,00 €
A4	Therapie mittels Injektion von Botulinumtoxin A in den Detrusor vesicae	 	260,00 €
A5l	ESWL – linke Seite*	 	1. Versuch 650,00 €
A5r	ESWL – rechte Seite*		2. Versuch 300,00 €
			3. Versuch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

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

Agenda

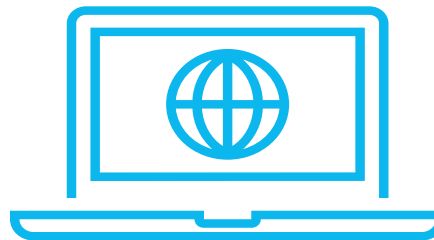
1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

Abrechnungsprozess



Elektronisches Korrekturverfahren

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



Regelwerksprüfung der KV

- Es gibt bei allen 73c/140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie die Leistungen 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

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungstichtag

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

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

- **Kosten IT:**
 - Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

IT-Anschubfinanzierung der Bosch BKK

- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- **300,00 €** erhalten Sie nach Beantragung von der Bosch BKK
 - Zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
 - Nach Zulassung zum Vertrag mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK zu beantragen:

www.medi-verbund.de → Verträge / Abrechnung → Urologie AOK BW → Inhalt des Infopakets → Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss



Das Bild zeigt ein Faxformular für die Beantragung des Bosch BKK-Zuschusses. Oben links sind die Logos von BOSCH BKK und MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT zu sehen. Rechts oben befindet sich ein roter Stempel mit dem Text: 'Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK'. Links unten sind die Kontaktdaten der Bosch BKK angegeben: Bosch BKK, VWAG, Klappstraße 19, 70469 Stuttgart, Fax Nr. 089/51999-2504. Der Haupttext des Formulars lautet: 'Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzterverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK. Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen der Bosch BKK und meinem Fachärzterverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/neuer nächstfolgendes Konto.' Darunter sind die Auswahlmöglichkeiten für den Fachärztervertrag aufgelistet: Gastroenterologie, Kardiologie, Orthopädie, FNP, Rheumatologie, Urologie. Am unteren Rand des Formulars sind Felder für IBAN, Kontoinhaber, UIC, Bank und ein Feld für Datum, Präzisionsstempel und Unterschrift vorgesehen.

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Häufige Fragen
8. Internetauftritt

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

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

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

Der Katheterwechsel in der Praxis ist über die Grundpauschale P1 vergütet. Für das Anlegen eines suprapubischen Katheters kann die Ziffer E1c abgerechnet werden.

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

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

Die PSA-Beratung und Bestimmung im Rahmen der Vorsorge ist für Patienten im Facharztprogramm ein Vertragsbestandteil und damit **nicht als IGeL** abrechenbar

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

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

➤ Grundlage:

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

➤ Grundsätze:

- Keine Bereinigung von „extrabudgetären Leistungen“
 - Keine Bereinigung von nicht im Ziffernkranz des Selektivvertrages genannten Ziffern
 - Keine Bereinigung von nicht am Selektivvertrag teilnehmenden Patienten (Fällen)
 - Ermittlung Bereinigungsfallwert je Fachgruppe durch KV
 - Ermittlung Bereinigungsfallzahl je Fachgruppe und Praxis
- Nachweis im KV-Honorarbescheid „**3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen**“

3 Abrechnungsnachweis Regelleistungsvolumen

Alles Gute.

KVBV

Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite

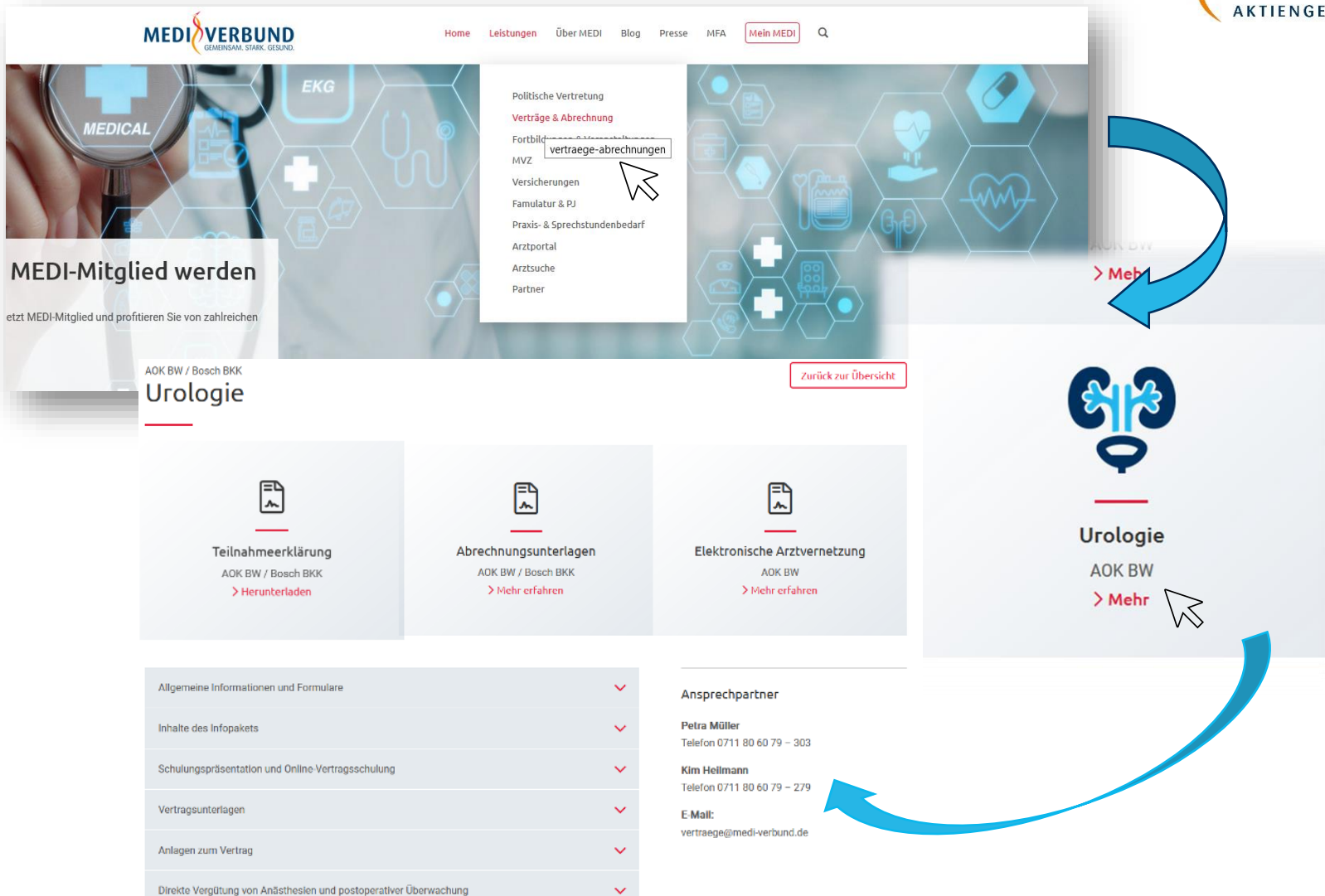
1.	Leistungsanforderung anerkannt		
2.	Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt		
2.1	Leistungsanforderung außerhalb RLV		
2.2	Leistungsanforderung außerhalb MGKV		
3.	RLV und QZV Gesamtvolumen laut Bescheid 1/2017		
3.1	RLV und QZV Gesamtvolumen		
4.	RLV und QZV Gesamtvolumen infolge Teilnahme Selektivverträge	Fallzahl	Fallwert
4.1	Besondere Versorgung § 73c SGB V		
4.3	Bereinigungsvolumen (4.1 + 4.2)		
4.4	RLV und QZV Gesamtvolumen bereinigt (3. - 4.3)		
5.	Über-/Unterschreitung RLV und QZV Gesamtvolumen		
5.1	RLV-relevante Leistungsanforderung (1. - 2.)		
5.2	Unterschreitung		
5.3	Überschreitung		
6.	Zusammenfassung		
6.1	RLV und QZV anerkannt		
6.2	RLV und QZV überschritten		

Praxisebene:

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

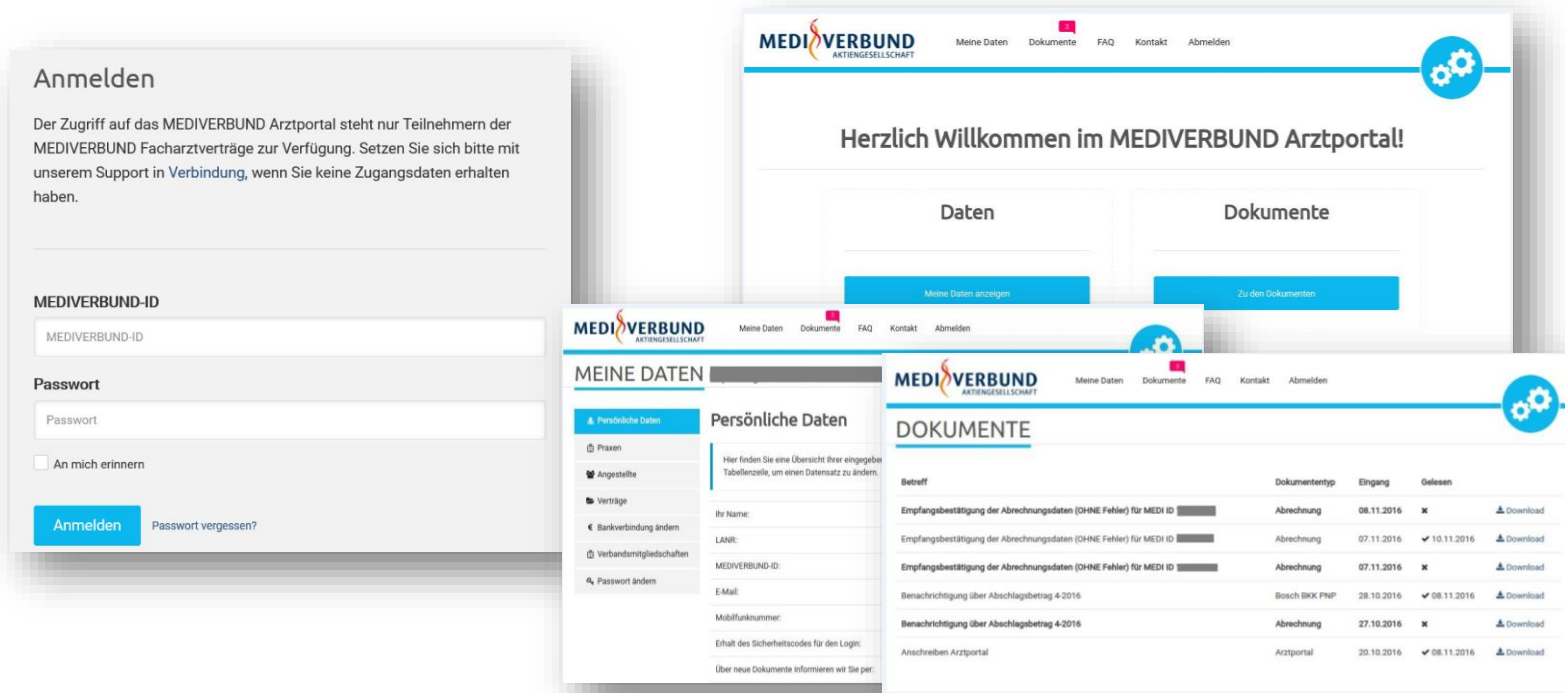
Agenda

- 1. Grundlagen, Ziele und Systematik**
- 2. Teilnahme des Arztes**
- 3. Teilnahme der Versicherten**
- 4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 6. Abrechnungsprozess**
- 7. Häufige Fragen**
- 8. Internetauftritt**



The screenshot shows the website interface with a navigation bar at the top containing links for Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and Mein MEDI. A search icon is also present. Below the navigation bar is a large banner area with a medical-themed background. On the left, there is a call to action 'MEDI-Mitglied werden' with a subtext 'erzählt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen...'. In the center, a dropdown menu is open, listing various services: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbedarf, Arztportal, Arztsuche, and Partner. A mouse cursor is pointing at 'verträge-abrechnungen'. To the right of the dropdown, there is a 'Zurück zur Übersicht' button. Below the banner, there are several service tiles: 'Teilnahmeerklärung' (AOK BW / Bosch BKK, Herunterladen), 'Abrechnungsunterlagen' (AOK BW / Bosch BKK, Mehr erfahren), 'Elektronische Arztvernetzung' (AOK BW, Mehr erfahren), and 'Urologie' (AOK BW, Mehr). A large blue arrow points from the 'Urologie' tile in the banner area to the 'Urologie' tile below. At the bottom, there is a list of 'Allgemeine Informationen und Formulare' with expandable sections, and a contact section for 'Ansprechpartner' listing Petra Müller and Kim Heilmann with their phone numbers and an email address: vertraege@medi-verbund.de. Another large blue arrow points from the 'Urologie' tile to the contact information.

- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung
- Hier können Sie Ihre bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket



Anmelden

Der Zugriff auf das MEDIVERBUND Arztportal steht nur Teilnehmern der MEDIVERBUND Facharztverträge zur Verfügung. Setzen Sie sich bitte mit unserem Support in Verbindung, wenn Sie keine Zugangsdaten erhalten haben.

MEDIVERBUND-ID

MEDIVERBUND-ID

Passwort

Passwort

An mich erinnern

Anmelden Passwort vergessen?

Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!

Daten Dokumente

Meine Daten anzeigen Zu den Dokumenten

MEINE DATEN

Persönliche Daten

Hier finden Sie eine Übersicht ihrer eingegebenen Tabellenzelle, um einen Datensatz zu ändern.

Ihr Name:

LANR:

MEDIVERBUND-ID:

E-Mail:

Möbelfunknummer:

Erhalt des Sicherheitscodes für den Login:

Über neue Dokumente informieren wir Sie per:

DOKUMENTE

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen	
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	08.11.2016	✗	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	07.11.2016	✓ 10.11.2016	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]	Abrechnung	07.11.2016	✗	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Bosch BKK PNP	28.10.2016	✓ 08.11.2016	Download
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Abrechnung	27.10.2016	✗	Download
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	✓ 08.11.2016	Download

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

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

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

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.

FACHÄRZTE

Betriebsstätten im Selektivvertrag
AOK Baden-Württemberg - Urologie

Bitte beachten Sie: Zur Zeit werden weitere Fachärzte für Urologie zum Vertrag zugelassen. Wir werden unsere Arztsuche laufen aktualisieren.
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. **300** Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ) **Radius (km)**

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie**
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

HAUSÄRZTE

Betriebsstätten im Selektivvertrag
AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

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. **300** Treffer angezeigt.

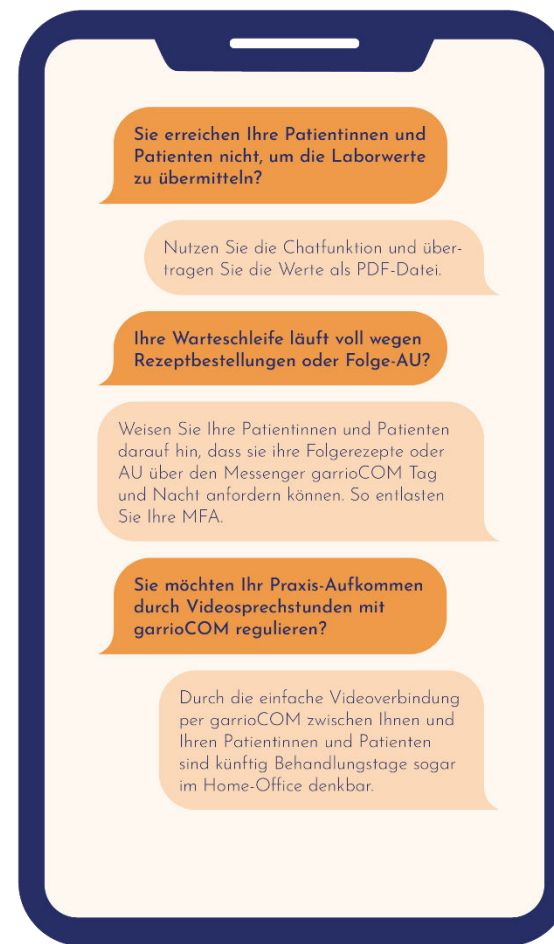
Nachname

Geo-Suche (PLZ) **Radius (km)**

- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

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.



9 IHRE VORTEILE:

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



Bestellen Sie 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:





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

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



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

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



Facebook

facebook.com/mediverbund



Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!

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



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**