MEDIVERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

VERTRAGSSCHULUNG
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 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

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V

Vorteile:



MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

SYSTEMATIK DES VERTRAGS

- spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- spezielle Honorarsystematik
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

VERTRAGLICH VORGESEHENE SCHNITTSTELLEN

- enge und aktive **Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt** sowie anderen Fachärzten / Psychotherapeuten
- Zusammenarbeit mit dem **Sozialen Dienst** der AOK / der **Patientenbegleitung** der BOSCH BKK, Nutzung von 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

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

- **Vertragsärzte**:

  Fachärzte für Urologie

- **Persönlich ermächtigte Ärzte**

  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, welche die Teilnahmebedingungen erfüllen.

  Der Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ.

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

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)

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 mind. 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME-Punkten zu den spezifischen Krankheitsbildern
  (Nachweis: Selbstauskunft – Stichproben durch die 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: Selbstauskunft/Bestätigungsformular Vertragssoftware)
- Verpflichtung zur Nutzung eines Online Keys zur Datenübermittlung

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

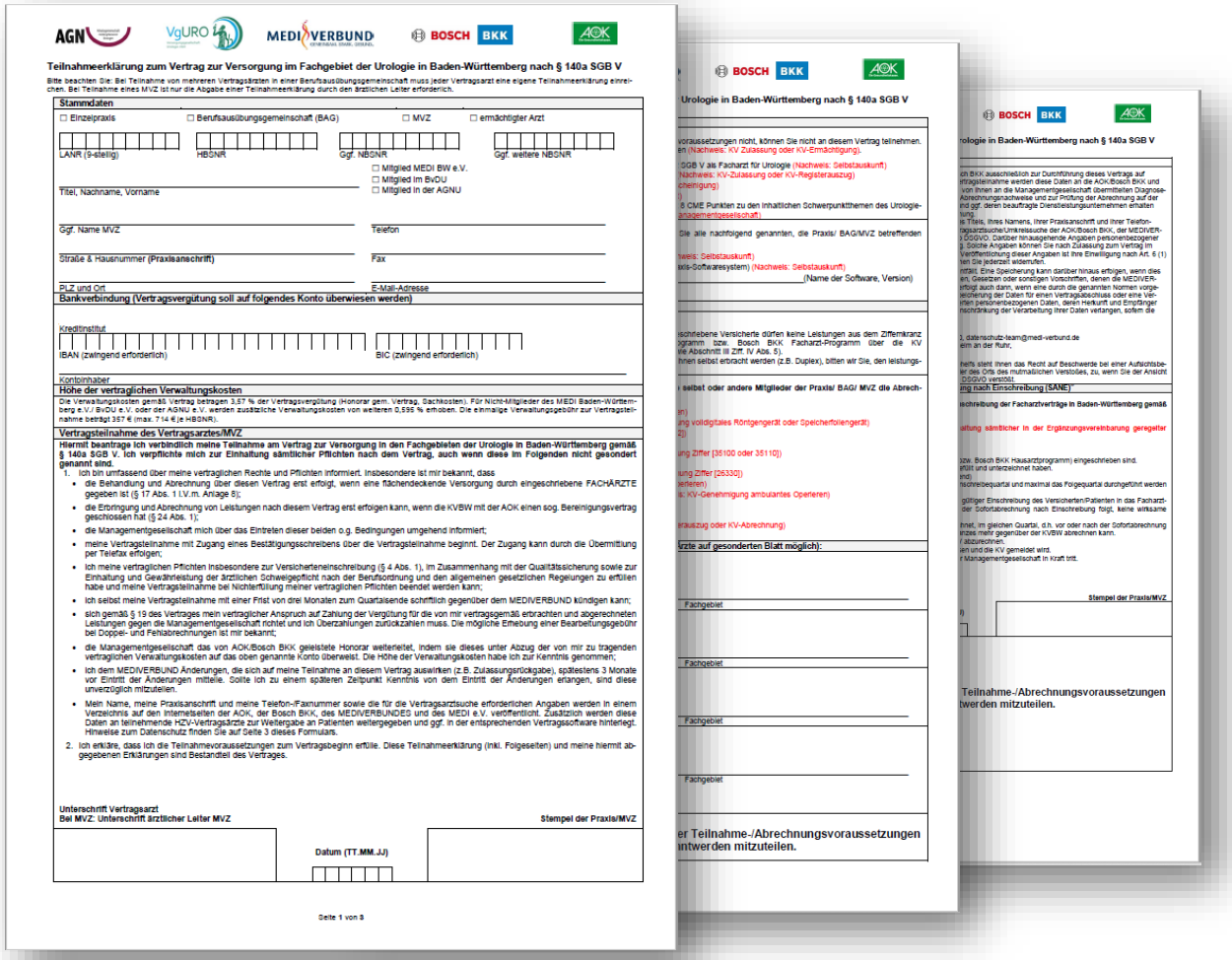
SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

1. Unterlagen anfordern / downloaden
2. Vertragsschulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Softwarehaus)
4. Teilnahmeerklärung und Nachweise einreichen (per E-Mail / Fax / Post) – siehe Checkliste
5. ggf. fehlende Unterlagen nachreichen (MEDIVERVERBUND informiert)
6. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND erhalten

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

TEILNAHMEERKLÄRUNG ARZT

TEILNAHMEERKLÄRUNG **AOK**



Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Urologie in Baden-Württemberg nach § 140a SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

Stammdaten

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ ermächtigter Arzt

LANR (9-stellig) | BSNR | Ggf. NBSNR | Ggf. weitere NBSNR

☐ Mitglied MEDI BW e.V.
☐ Mitglied im BvDU
☐ Mitglied in der AGNU

Titel, Nachname, Vorname

Ggf. Name MVZ | Telefon

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift) | Fax

PLZ und Ort | E-Mail-Adresse

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich) | BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V./ BvDU e.V. oder der AGNU e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,596 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 367 € (max. 714 € je HBSNR).

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Urologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

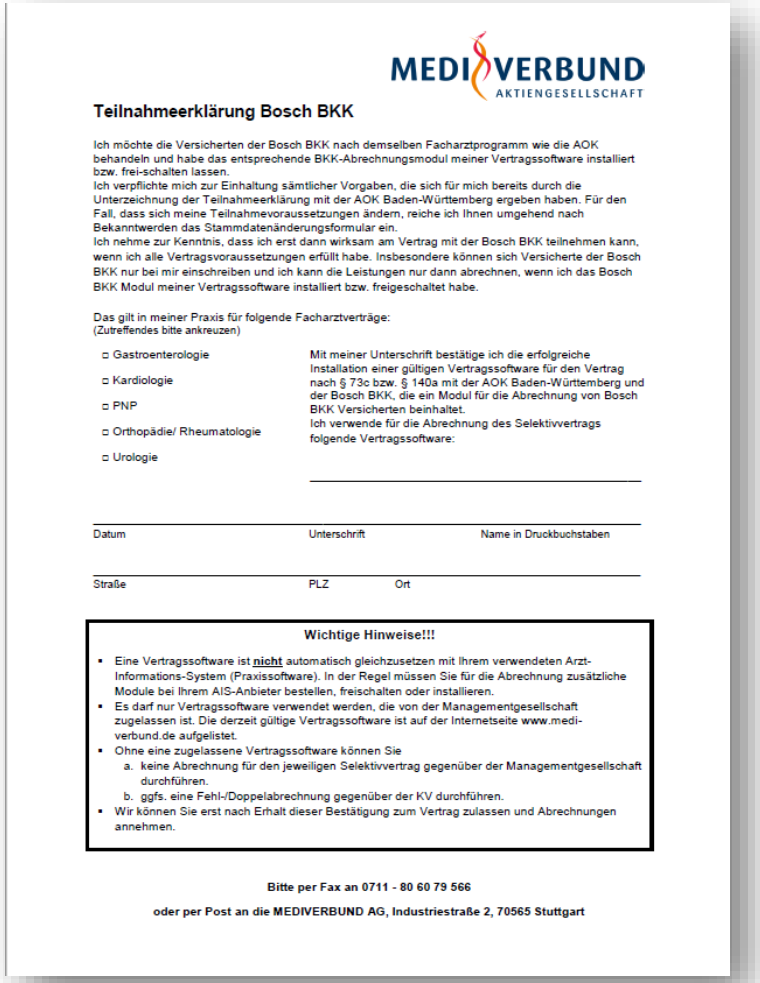
1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 I.V.m. Anlage 8);
   - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
   - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenteilnschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
   - ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
   - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
   - die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
   - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, sind diese unverzüglich mitzuteilen.
   - Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars.
2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ | **Stempel der Praxis/MVZ**

Datum (TT.MM.JJ)

Seite 1 von 3

BOSCH BKK



MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Teilnahmeerklärung Bosch BKK

Ich möchte die Versicherten der Bosch BKK nach demselben Facharztprogramm wie die AOK behandeln und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodul meiner Vertragssoftware installiert bzw. frei-schalten lassen.
Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Vorgaben, die sich für mich bereits durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung mit der AOK Baden-Württemberg ergeben haben. Für den Fall, dass sich meine Teilnahmevoraussetzungen ändern, reiche ich Ihnen umgehend nach Bekanntwerden das Stammdatenänderungsformular ein.
Ich nehme zur Kenntnis, dass ich erst dann wirksam am Vertrag mit der Bosch BKK teilnehmen kann, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbesondere können sich Versicherte der Bosch BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen nur dann abrechnen, wenn ich das Bosch BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschaltet habe.

Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge:
(Zutreffendes bitte ankreuzen)

- ☐ Gastroenterologie
- ☐ Kardiologie
- ☐ PNP
- ☐ Orthopädie/ Rheumatologie
- ☐ Urologie

Mit meiner Unterschrift bestätige ich die erfolgreiche Installation einer gültigen Vertragssoftware für den Vertrag nach § 73c bzw. § 140a mit der AOK Baden-Württemberg und der Bosch BKK, die ein Modul für die Abrechnung von Bosch BKK Versicherten beinhaltet.
Ich verwende für die Abrechnung des Selektivvertrags folgende Vertragssoftware:

Datum | Unterschrift | Name in Druckbuchstaben

Straße | PLZ | Ort

Wichtige Hinweise!!!

- Eine Vertragssoftware ist **nicht** automatisch gleichzusetzen mit Ihrem verwendeten Arzt-Informations-System (Praxissoftware). In der Regel müssen Sie für die Abrechnung zusätzliche Module bei Ihrem AIS-Anbieter bestellen, freischalten oder installieren.
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft zugelassen ist. Die derzeit gültige Vertragssoftware ist auf der Internetseite www.medi-verbund.de aufgelistet.
- Ohne eine zugelassene Vertragssoftware können Sie
  a. keine Abrechnung für den jeweiligen Selektivvertrag gegenüber der Managementgesellschaft durchführen.
  b. ggfs. eine Fehl-/Doppelabrechnung gegenüber der KV durchführen.
- Wir können Sie erst nach Erhalt dieser Bestätigung zum Vertrag zulassen und Abrechnungen annehmen.

Bitte per Fax an 0711 - 80 60 79 566

oder per Post an die MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

SPRECHSTUNDENANGEBOT UND TERMINVERGABE

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

PRAXISPROZESSE

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

FORTBILDUNGEN

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

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

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

VORTEILE

FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

- ✓ schnelle und flexible Terminvergabe
- ✓ Begrenzung der Wartezeit
- ✓ Behandlungskoordinierung 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 mindestens 12 Monate mit automatischer Verlängerung

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 kein aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	Abrechnung über Fach-arztvertrag, Einschreibung nicht notwendig

Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

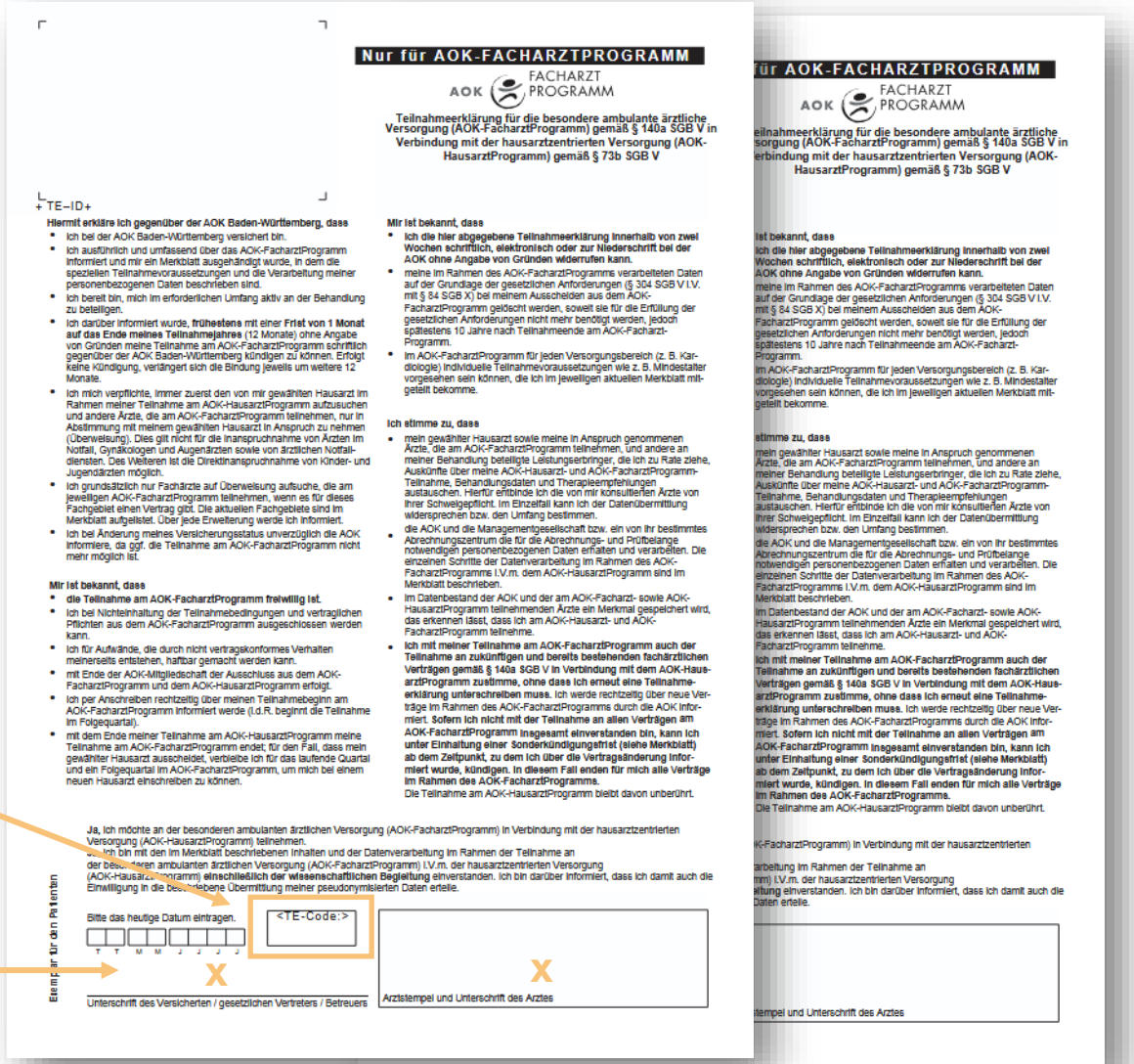
ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder



Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

+TE–ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- Ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet, 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.

Mir 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. mit § 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-Facharzt-Programm.
- 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-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde 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 erhalten 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.

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 beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Exemplar für den Patienten

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

<TE-Code:>

X

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

X

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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)

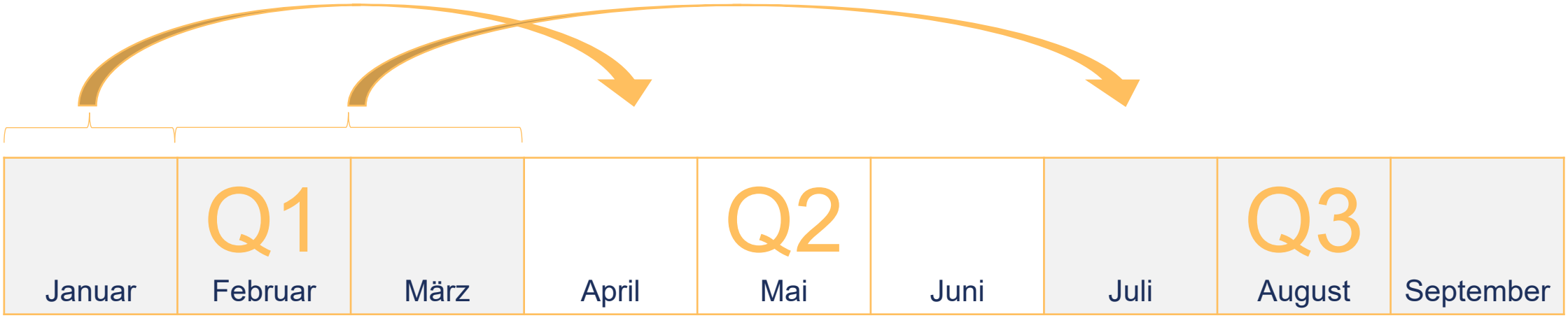
Tipp: Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an

*DETE= Digitale Einverständnis- und Teilnahmeerklärung

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 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

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung im Rahmen der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- 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**

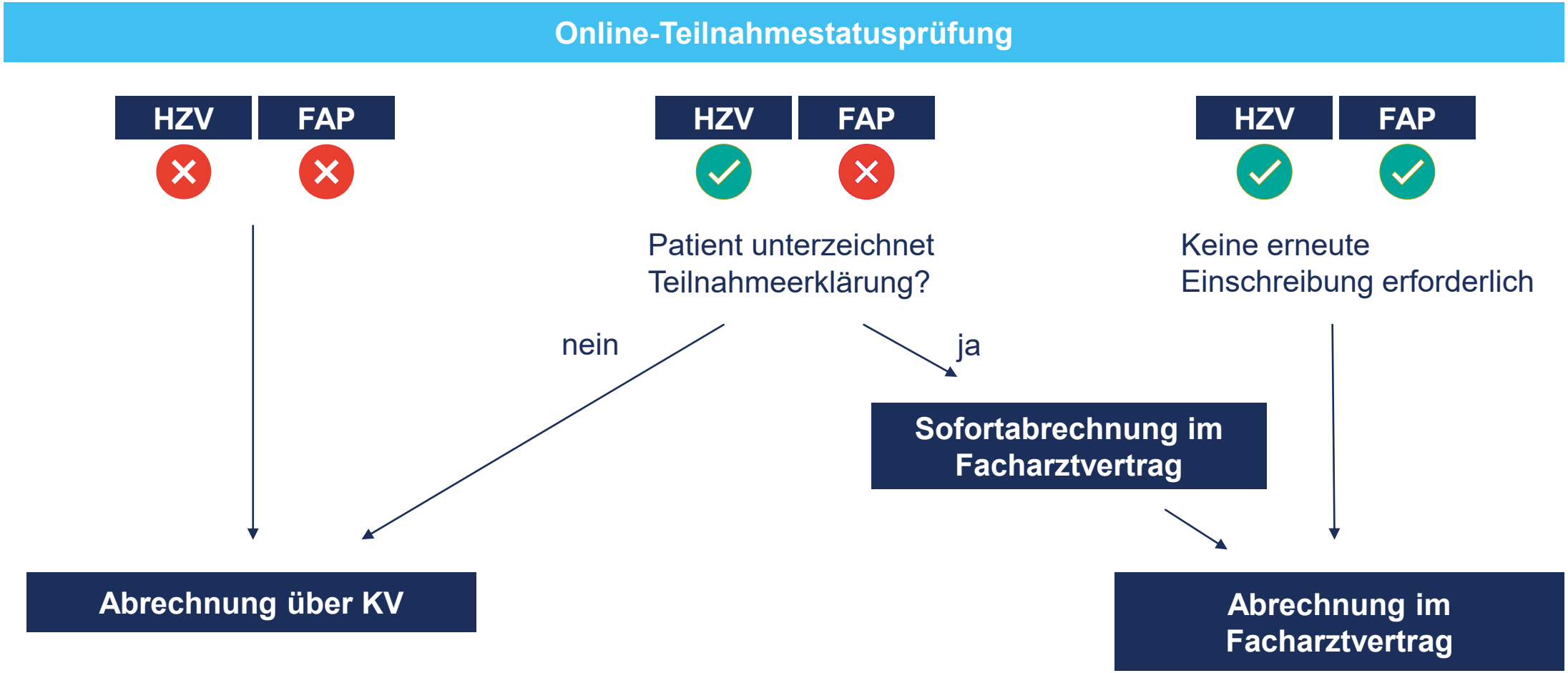
Januar	Q1 Februar	März	April	Q2 Mai	Juni	Juli	Q3 August	September

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

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

PRAXISABLAUF



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

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 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	Änderungs-vermerk	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 eine 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 Nrn. 26310 und 26311 für die Ausräumung 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 Nrn. 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 Nrn. 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 Nrn. 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 Nrn. 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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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.

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK)

LABORLEISTUNGEN

- Laborleistungen, die im **Gesamtziffernkranz (GZK)** abgebildet sind,
  - sind 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

- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen), die **nicht im GZK** abgebildet sind:
  - Anforderung dieser Leistungen erfolgt weiterhin über Muster 10 beim Labor und werden dem Labor von der KV vergütet

- Fragen Sie bitte beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollen.
- Bei Unsicherheiten, prüfen Sie den GZK auf die jeweilige Laborziffer.

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 1-5	Neurogene Blasenstörung i.V.m. Botoxinjektion	Proktoskopie
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		
C63.8	Bösartige Neubildung: Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend		G									V[6]		G		
C63.9	Bösartige Neubildung: Männliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet		G									V[6]		G		
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken		G									V[6]		G		
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens		G									V[6]		G		
C66	Bösartige Neubildung des Ureters		G									V[6]		G		

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 ambulanten 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 €**
		82,45 €

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschale

+

Beratungsgespräche

+

Einzelleistungen

oder

Auftragsleistungen

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 oder			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 €

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 ≥ 90 % → Vergütungszuschlag = 1,00€)



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

(Bei Quote ≥ 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 ≤ 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 x 4 Quartale		21,00 €
P2a2-3 → *a2* → *a3*	Vorsorge inkl. PSA *wenn PSA < 1,5 ng/ml* *wenn PSA 1,5-2,99 ng/ml*	1 x 20 Quartale 1 x 8 Quartale		21,00 €
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.

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 €

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

BERATUNGSGESPRÄCHE UND GEMEINSAME ENTSCHEIDUNGSFINDUNG (GEF)

BG1a/b → *a* → *b*	Onkologie (PCa) *Gleason-Score ≤ 7a* *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 Neubildungen“)		5 x 4 Quartale	19,00 €
+ **Q6****	Strukturzuschlag EFA®		1 x Quartal	10,00 €

Zuschlag auf BG1 bis BG4 bzw. BGU

** Bosch BKK: 5,00 €

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 Beratungsgespräches 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

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 €
E4l** **E4r****	ESWL – linke Seite ESWL – rechte Seite	⚠ ❗	1. Versuch 650,00 € 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 (*additiv zu Onko 3*)	53,00 €
E7b	4 Stunden (*additiv zu Onko 3*)	101,00 €
E7c	6 Stunden (*additiv zu Onko 3*)	148,00 €
E7d	1 Stunde (*additiv zu ESWL und Prostatastanzbiopsie*)	30,00 €

E8	Urodynamik	inkl. Sachkosten	⚠	145,00 €
E9	Ambulantes Operieren			siehe Anhang 4 zu Anlage 12
E10	PSA-Wertbestimmung (*Praxen ohne 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)	33,38 €
Onko 2	Zuschlag zu Onko1 für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86514)	33,41 €
Onko 3	Zuschlag zu Onko1 für die intravenöse und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie 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 Tumortherapie 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 Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung (entspricht: 86522), umfasst die Verabreichung von mindestens einem subkutan applizierten Tumortherapeutikum der ATC-Klasse L01-Antineoplastische Mittel. Ausgenommen sind Medikamente der ATC-Klassen L01CH-Homöopathische und anthroposophische Mittel und L01CP-Pflanzliche Mittel.	157,21 €

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

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 €
[illegible]	Urologischer Eingriff der Kategorie Q3	318,30 €

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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)

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 € 2. Versuch 300,00 € 3. Versuch 250,00 €
A5r*	ESWL – rechte Seite		
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“

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

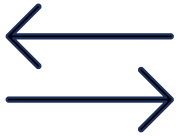
7 Häufige Fragen

8 Internetauftritt

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

DATENÜBERMITTLUNG





Online-Key



Vertragssoftware

- = Zusatzmodul im PVS
- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

Rechenzentrum

- verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

ABRECHNUNGSPROZESS



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware

Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key

Bestätigung des Eingangs durch MEDIVERBUND

Prüfung durch MEDIVERBUND - Gegenprüfung durch Kasse

Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND
(Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 →Auszahlung Mitte Juni)

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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 Abrechnungsstichtag

MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

KOSTENÜBERSICHT

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

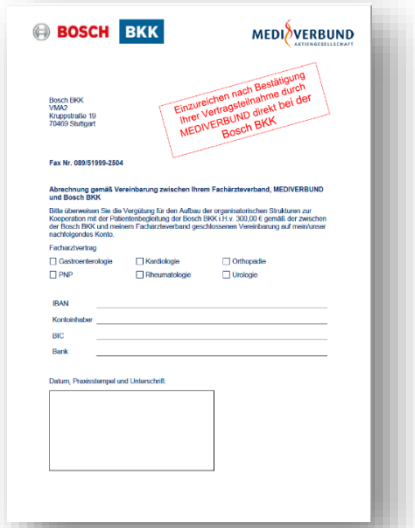
IT-Kosten

- Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

BOSCH BKK: ANSCHUBFINANZIERUNG

- **300,00 €** erhalten Sie auf Antrag von der Bosch BKK
- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
- Antragstellung nach Zulassung zum Vertrag (nach Erhalt des „Starterpaket“) mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK

Beantragungsformular:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK / Bosch BKK Urologie
→ Inhalte des Infopaketes → Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss


BOSCH BKK
MEDIVERBUND AKTIENGESELLSCHAFT
Einzureichen nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme durch MEDIVERBUND direkt bei der Bosch BKK
Bosch BKK
VMA2
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart
Fax Nr. 089/51999-2504
Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Fachärzteverband, 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 Facharzteverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unser nachfolgendes Konto.
Facharztvertrag
Gastroenterologie
Kardiologie
Orthopädie
PNP
Rheumatologie
Urologie
IBAN
Kontoinhaber
BIC
Bank
Datum, Praxisstempel und Unterschrift

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

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

HÄUFIGE FRAGEN

SONOGRAPHIE, RÖNTGEN UND KATHETER

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

Die Vergütung erfolgt über die Qualitätszuschläge Q2 bis Q4. Diese werden automatisch jeder abgerechneten Grundpauschale 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.

HÄUFIGE FRAGEN

PSA-WERTBESTIMMUNG

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

Die PSA-Beratung und 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 (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.

HÄUFIGE FRAGEN

BEREINIGUNG RLV UND QZV

- **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“**

HÄUFIGE FRAGEN

BERECHNUNG UND DARSTELLUNG DER BEREINIGUNG



3 Abrechnungsnachweis
Regelleistungsvolumen

Alles Gute.
KVB
Kassenärztliche Vereinigung Baden-

Betriebsstättennummer
Quartal

Seite

1.	**Leistungsanforderung anerkannt**		
2.	**Leistungsanforderung, die nicht dem RLV unterliegt**		
2.1	Leistungsanforderung außerhalb RLV		
2.2	Leistungsanforderung außerhalb MGV		
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

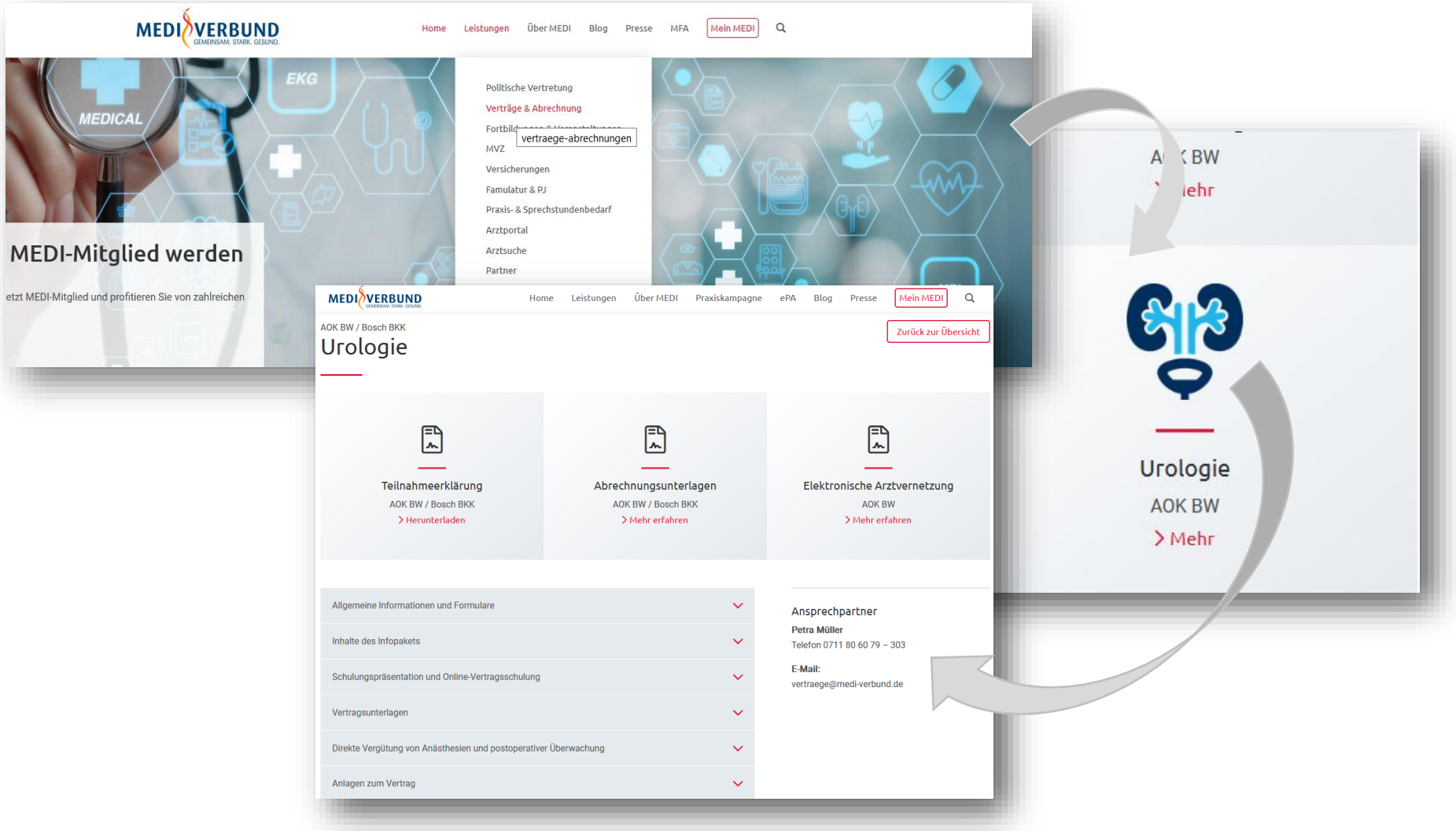
7 Häufige Fragen

8 Internetauftritt

MEDIVERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

www.medi-verbund.de

Alle Informationen zum Vertrag



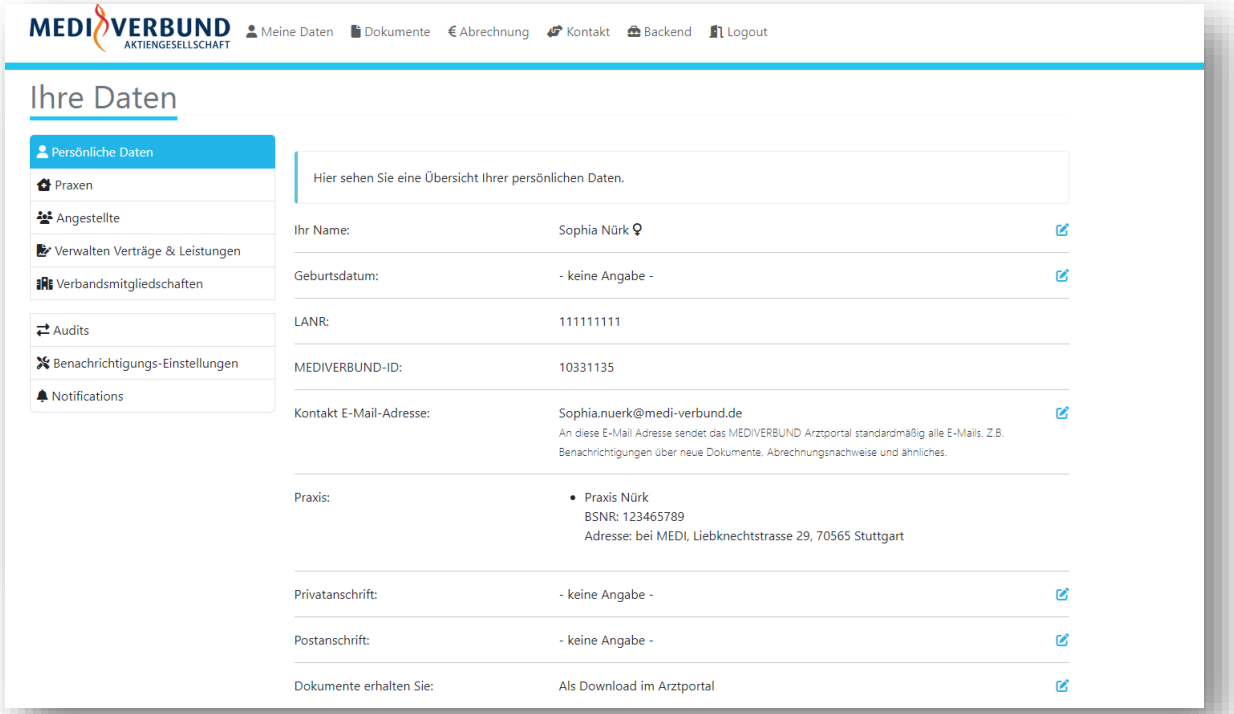
MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

ARZTPORTAL

medi-arztportal.de

- individuelle Dokumente (z.B. Datenempfangsbestätigung, Abrechnungsnachweise, Patientenauflistungen) 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

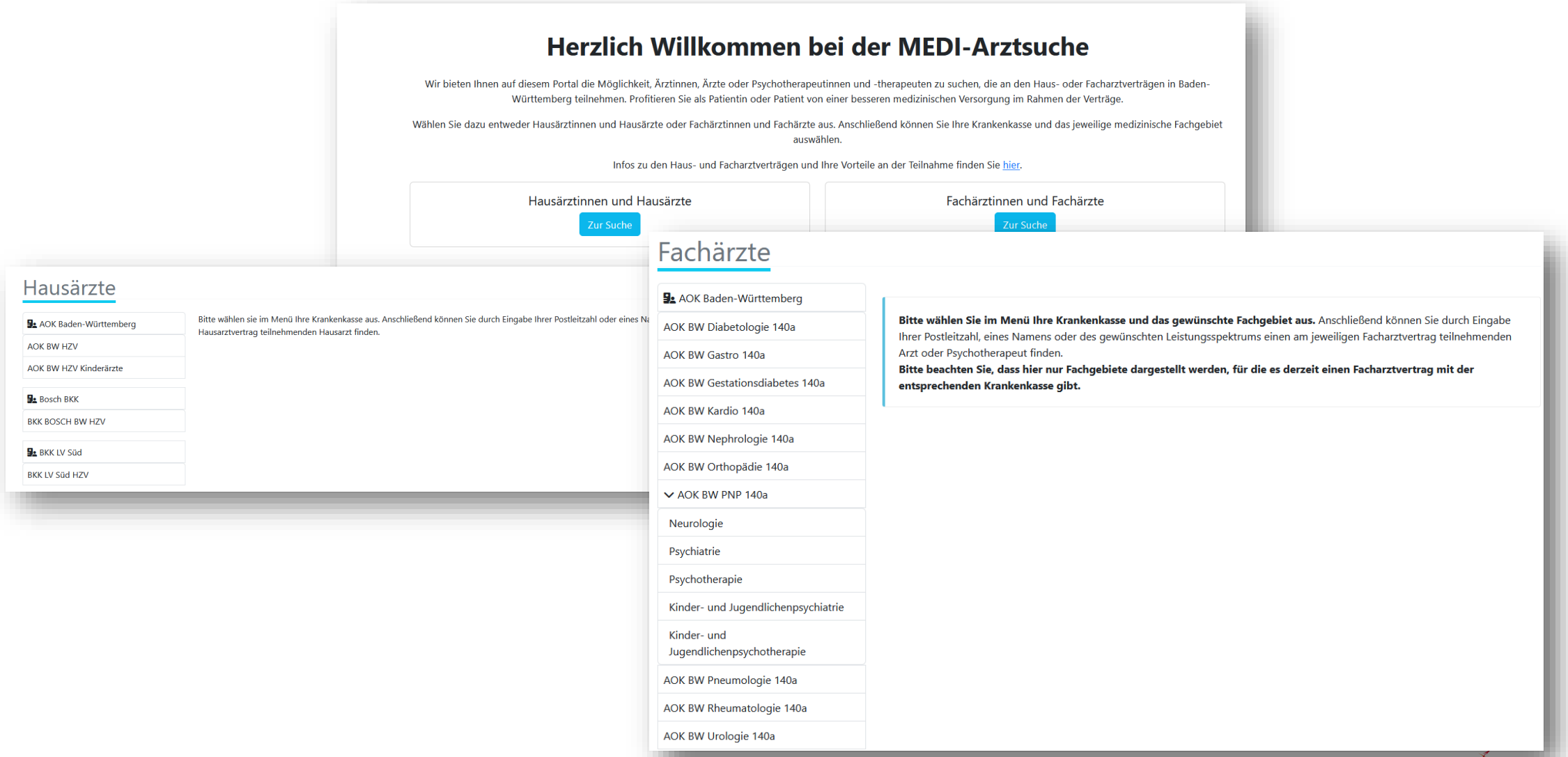




MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

ARZTSUCHE

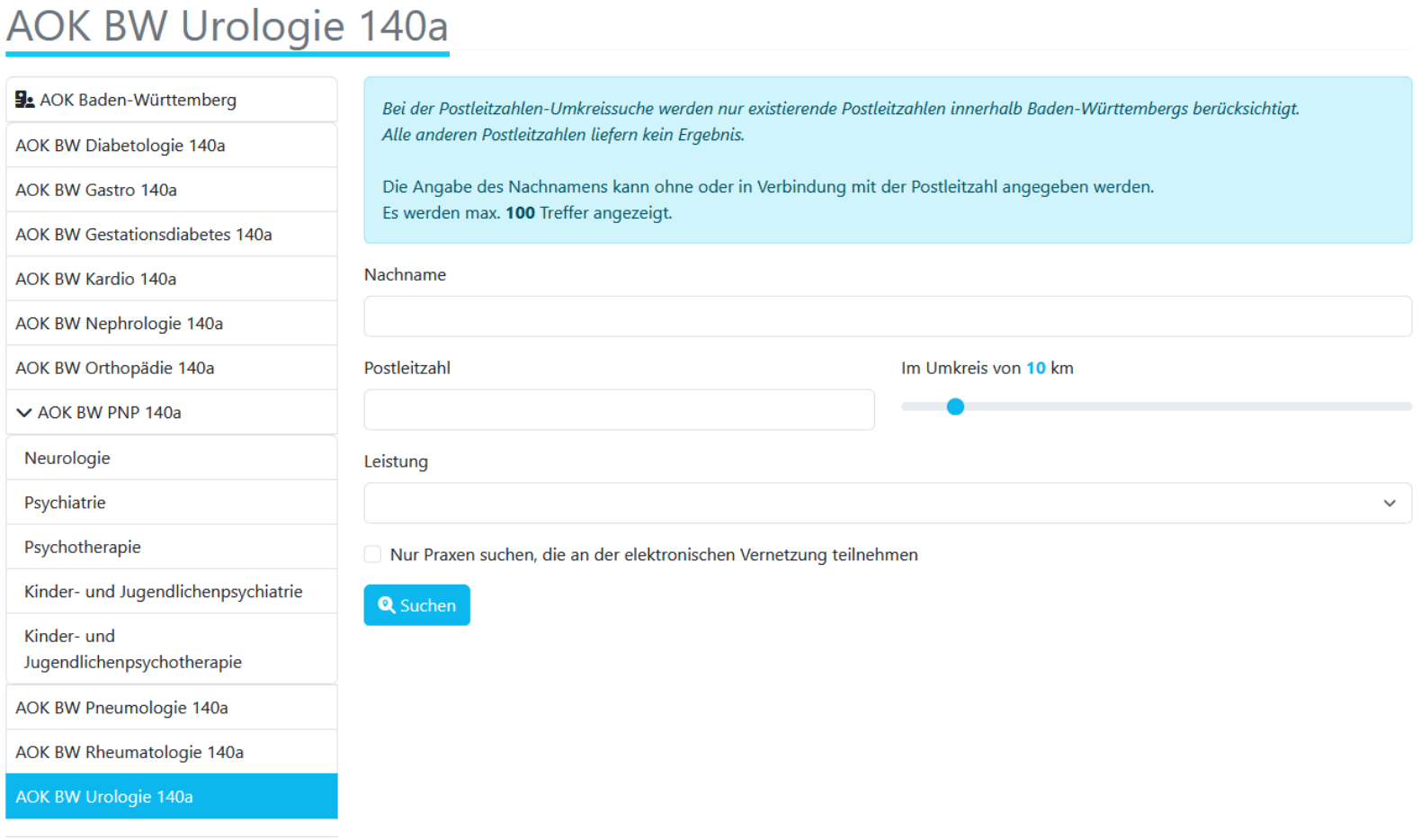
medi-arztsuche.de



MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

ARZTSUCHE

medi-arztsuche.de



MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

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:



garrioCOM · AOK Baden-Württemberg Die Gesundheitskasse · Hausärzteverband Baden-Württemberg · MEDIVERBUND Baden-Württemberg

MEDIVERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

MEDI VERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:

Petra Müller: 0711 80 60 79 303

vertraege@medi-verbund.de