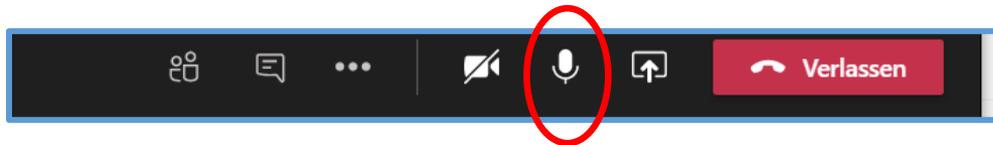




**Orthopädie- und Rheumatologievertrag
gemäß § 73c SGB V
Vertragsschulung Orthopädie**

Verhaltensregeln bei der Webkonferenz

- Schalten Sie bitte Ihr Mikrofon stumm, wenn Sie gerade nicht sprechen.
- Nur der/die aktuelle Sprecherin/Sprecher hat das Mikrofon an.



- Fragen und Bemerkungen sind gerne gesehen. Bitte per Handsymbol anzeigen. Wir werden Sie aufrufen, bitte schalten Sie dann Ihr Mikrofon an.



- Alternativ besteht die Möglichkeit Fragen über den Chat zu stellen.

Erhalt des Schulungszertifikats

Bitte senden Sie uns eine

E-Mail-Bestätigung

zur Teilnahme an der Vertragsschulung zum Orthopädie- und
Rheumatologievertrag gemäß § 73c SGB V

unter Angabe aller Teilnehmer

an folgende Adresse:

vertraege@medi-verbund.de

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- bis 22.07.2015 Möglichkeit des Abschlusses ergänzender Facharztverträge gemäß § 73c SGB V
- ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ gemäß § 140a SGB V; bestehende § 73c-Verträge können weiter geführt werden
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in § 73b und c SGB V und des Bewertungsausschusses

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

Ziele des Vertrages

- **Ärzte wünschen sich z. B.**
 - mehr Zeit für Beratung, die besser honoriert wird
 - eine bessere Compliance von Seiten der Patienten

- **Patienten wünschen sich z. B.**
 - schnellerer Zugang zur evidenzbasierten, qualitätsgesicherten Diagnostik und Therapie
 - mehr Zeit für eine umfassende Patientenberatung
 - als Mensch und Experte ihrer Erkrankung wahrgenommen zu werden
 - ausreichende und verständliche Informationen zu ihrem Krankheitsbild
 - Zusammenwirken der regionalen Akteure im Gesundheitswesen

Systematik des Vertrages

- 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

- **strukturierte Schnittstellen** (z. B. Überweisungsmanagement, strukturierter Befundbericht siehe Anlage 12/Anlage 17)
- Versorgungsrealität optimieren
- **Struktureffekte** z. B. durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung
 - vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
 - Reduzierung der AU-Zeiten
 - Geringer Arzneimittelverbrauch ggü. Patienten in der Regelversorgung
 - NSAR (> 50 DDD) pro behandeltem Patienten mit spezifischem und nichtspezifischem Rückenschmerz sowie Arthrose
 - transdermalen Opioide bei Rückenschmerzpatienten
 - sturz- und frakturrisikoerhöhende Wirkstoffe bei (älteren) Osteoporosepatienten
- Case Management und individuelle Beratung durch Sozialen Dienst/
Patientenbegleitung, Gesundheitsprogramme

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Vorteile für teilnehmende Ärzte

- Vergütung durchschnittlich zwischen 20% und 40% höher als bei der KV
- mehr Zeit, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung
- keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung
- wirtschaftliche Sicherung der Praxen und Planungssicherheit:
 - feste Vergütung
 - unbefristete Verträge (§ 73c-Vertrag in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie erstmals Ende 2021 kündbar)

- **strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**, z. B.
 - Weiterüberweisung/Weiterleitung immer unter Einbeziehung (Information) des HZV-Arzt
 - Vertreterregelung (Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt)

- **Sprechstundenangebot, Terminvergabe und Praxisprozesse**, z. B.
 - eine Terminsprechstunde (z. B. Abendsprechstunde bis 20.00 Uhr) pro Woche
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen, Notfällen am selben Tag
 - Befundübermittlung an HZV-Arzt innerhalb von 3 Tagen

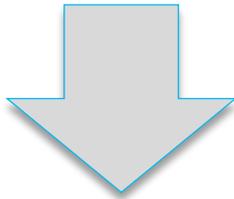
- Teilnahmevoraussetzung für das Orthopädiemodul gemäß § 73c:
 - Erfüllung der Fortbildungspflichten gemäß § 95d SGB V
 - Vertragsspezifische Fortbildungspflichten im Umfang von jährlich mind. 2 zertifizierten Kursen in Höhe von insgesamt mind. 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrags
 - Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (gemäß § 5 Abs. 3), mind. 1 Qualitätszirkel je Halbjahr

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Die Teilnahmevoraussetzungen gliedern sich in

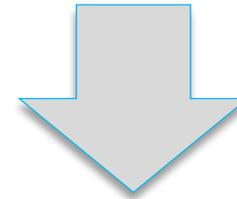
Persönlichen Teilnahmevoraussetzungen



Sind vom teilnehmenden Arzt selbst
zu erfüllen
(z. B. Vertragsschulung)



Voraussetzungen Praxis/BAG/MVZ



Sind von der Praxis / BAG oder
dem MVZ zu erfüllen
(z. B. vertragskompatible IT)



Zusätzlichen Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter Leistungen

Teilnahmeberechtigt sind

- **Vertragsärzte**
 - Fachärzte für Orthopädie
 - Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
 - Fachärzte für Chirurgie

- **persönlich ermächtigte Ärzte**
 - dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen

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

Hinweis: Bitte achten Sie bei einer Teilnahme darauf, dass bei verschiedenen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen (auch bei angestellten Ärzten) in Ihrer Praxis/ BAG/ MVZ ein gleichzeitiger Teilnahmestart (selbes Quartal) empfohlen wird.

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 gemäß § 95d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Erfüllung zusätzlicher Fortbildungspflichten zu den spezifischen Krankheitsbildern → ab Vertragsstart
(Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)

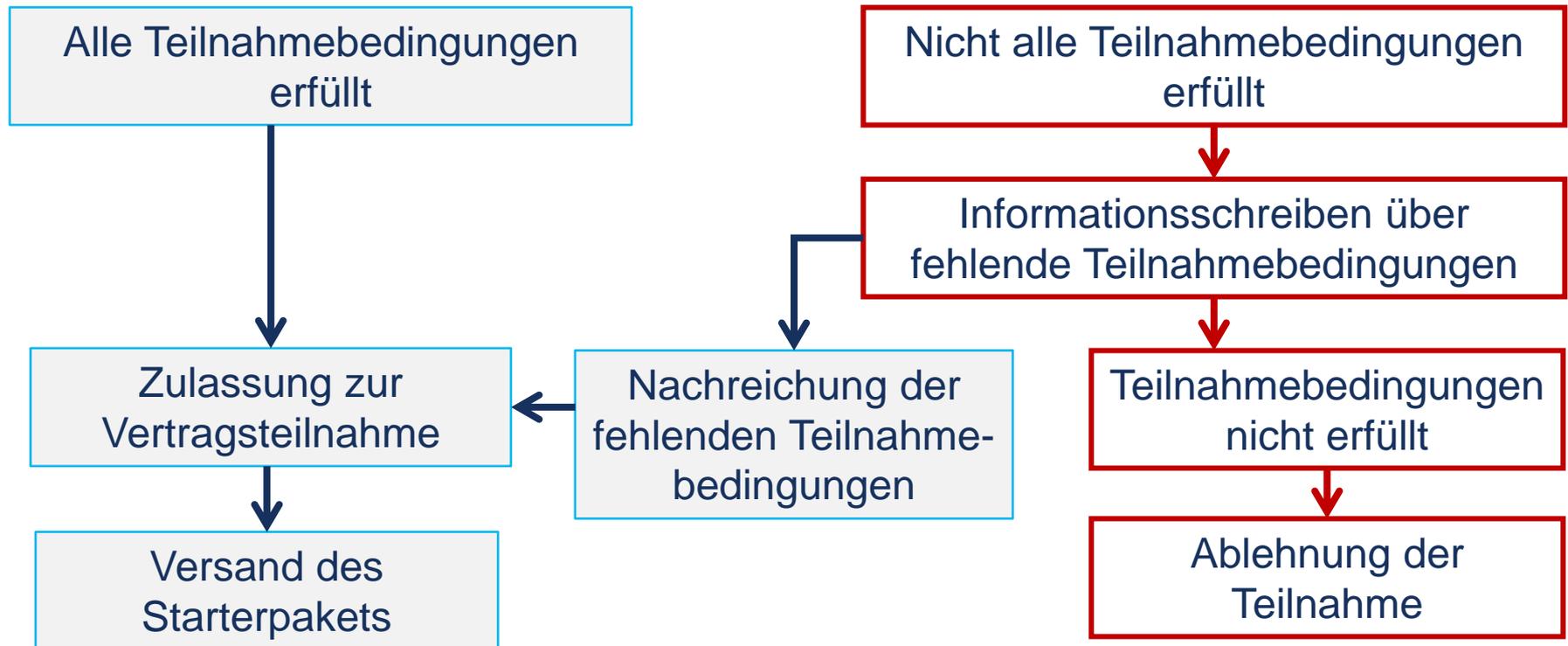
- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem
(AIS/Praxis-Softwaresystem)
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Vertragssoftware
(Nachweis: Rechnung des Erwerbs/der Installation/Bestätigungsformular
Vertragssoftware)
- VPN mit Online Key zur Datenübertragung
(Nachweis: Installationsprotokoll oder Testabrechnung)

Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen

- **Akupunktur** (KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30790, 30791)
- **Spezielle Schmerztherapie** (KV-Genehmigung)
 - + Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtung (KV Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30704)
- **Röntgen** (KV-Zulassung; KV-Abrechnung Ziffer 34210; 34220-222,34230-34, 34237-238, ff.)
- **Sonographie** (KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33040-43; 33050-52; 33060-64)
- **Duplexsonographie** (KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33070-75)
- **DXA** (Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)
- **ESWT** (Extrakorporale Stoßwellentherapie) (Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
- **Ambulantes Operieren** (KV-Zulassung)

Einschreibung Arzt

- Versand der Teilnahmeerklärung (inklusive aller erforderlichen Nachweise) an die Managementgesellschaft (MEDIVERBUND AG)
- Prüfung der Unterlagen durch MEDIVERBUND AG



Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Vorteile für Versicherte

- Behandlungskordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
 - Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung
 - Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für Berufstätige pro Woche, z. B. bis 20.00 Uhr
 - Begrenzung der Wartezeit auf möglichst 30 min.
- Zuzahlungsbefreiung bei rabattierten Medikamenten für AOK BW Versicherte
- intensive ambulante Betreuung

➤ **Teilnahmevoraussetzungen**

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

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

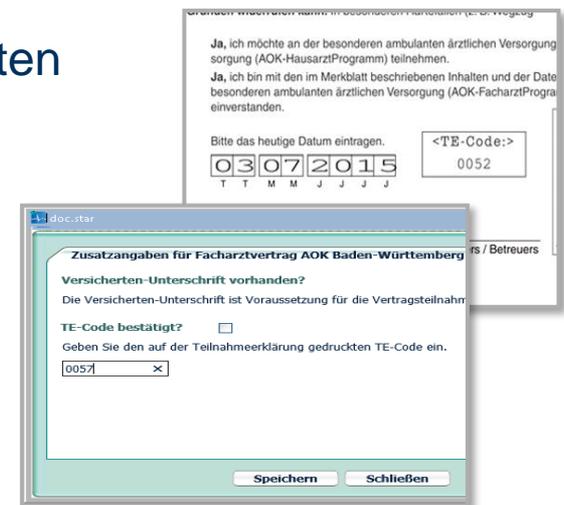
AOK BW derzeit: Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie

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

Online-Einschreibung

- Teilnahmeerklärung (TE) wird in Ihrer Vertragssoftware ausgefüllt.
- Ausdruck von 2 Exemplaren der TE mit aufgedrucktem vierstelligen Code neben dem Unterschriftenfeld.
- Beide Exemplare der TE werden vom Versicherten und vom Arzt unterschrieben.
- vierstelliger Code wird in Vertragssoftware eingegeben (zur Bestätigung für das Vorliegen der Unterschrift) und der Einschreibedatensatz an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG übermittelt.
- 1. Exemplar zur Aushändigung an den Versicherten (+ Merkblatt)
- 2. Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis (mind. 10 Jahre).



The image shows two overlapping screenshots from the software. The top one is a printed form with the following text: "Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen." and "Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Daten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einverstanden." Below this is a date field "03 07 2015" and a label "<TE-Code:>" with the value "0052". The bottom screenshot is a software dialog box titled "Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg". It asks "Versicherten-Unterschrift vorhanden?" and "TE-Code bestätigt?". The TE-Code field contains "0052". Buttons for "Speichern" and "Schließen" are at the bottom.

Einschreibefristen

- je nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK BW ist Versicherter im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben → (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.)
- jedes Quartal Online Teilnahmeprüfung durchführen
- Teilnahmeerklärung TE bis zum Stichtag bei der Krankenkasse
→ Versicherter im Folgequartal aktiv im FacharztProgramm
- Teilnahmeerklärung TE nach dem Stichtag bei der Krankenkasse
→ Versicherter im übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm
- bis dahin Abrechnung über KV oder über Sofortabrechnung

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

SANE:

Abrechnung über den Facharztvertrag sofort nach Einschreibung des Versicherten noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm.

➤ Voraussetzungen zur SANE:

- der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- der Arzt muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Sind die Voraussetzungen zur SANE erfüllt, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

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**

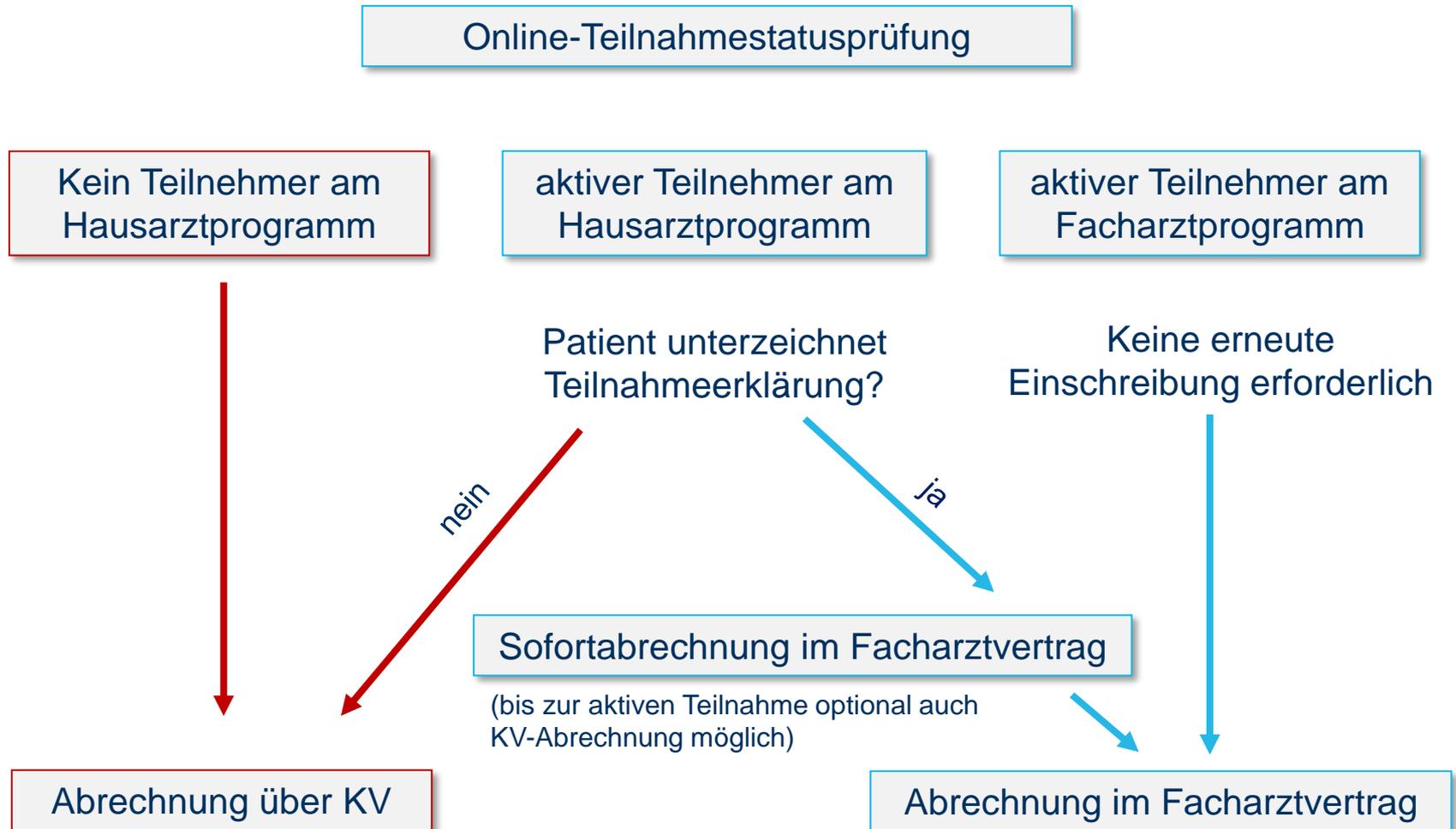


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

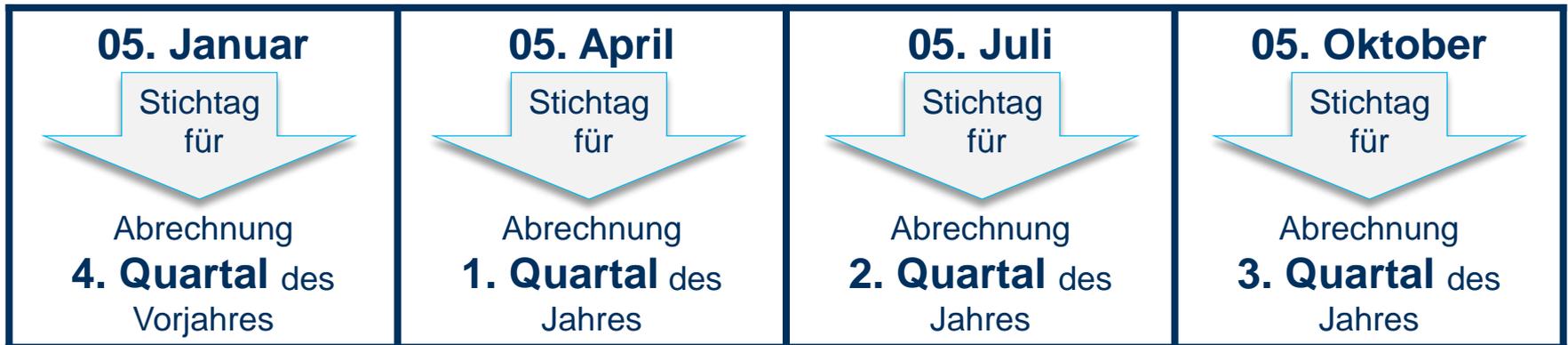
Wichtige Informationen zur SANE

- Abrechnung des Versicherten für ein Quartal erfolgt entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder über KV
- Versicherter kann **max. 2 Quartale** (Einschreibequartal und Folgequartal) über SANE abgerechnet werden
- die Voraussetzungen zur SANE müssen erfüllt sein → sonst Ablehnung der Sofortabrechnung
- Einschreibeverfahren, Abrechnungs- und Auszahlungsprozesse bleiben unverändert



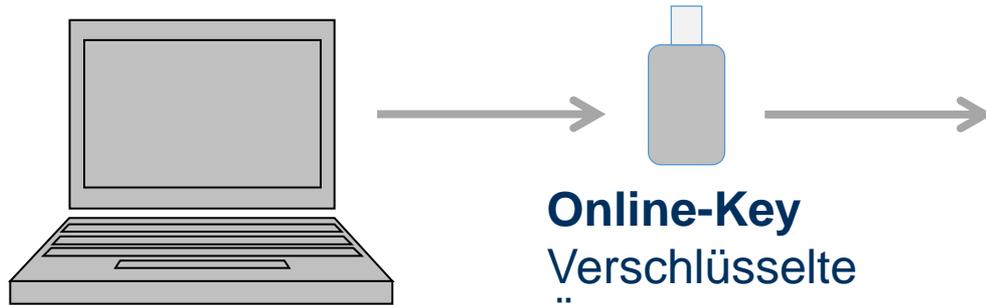
Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen



- Prüflauf (Prüfung der Abrechnung durch Vertragssoftware)
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware + Online-Key
- Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG
- Prüfung durch die MEDIVERBUND AG (Managementgesellschaft), Gegenprüfung durch Kasse
- Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch Managementgesellschaft
(Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal, z.B. Q1 → Auszahlung Schlusszahlung Mitte Juni)

Datenübermittlung

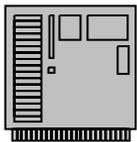
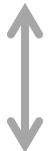


Online-Key
Verschlüsselte
Übertragung der Daten

Daten kommen im Rechenzentrum an, können aber nicht gelesen werden, da sie verschlüsselt sind. Nur MEDIVERBUND AG als Managementgesellschaft kann die Daten entschlüsseln und lesen.

Vertragssoftware

Abfragen über Webservices
Request und Response



Kern (Modul in der Vertragssoftware) enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten
- Standardisierte Befundbriefe



Daten die an MEDIVERBUND AG übermittelt werden

- Informationen über abrechnenden Arzt (z. B. BSNR, LANR, MEDI-ID, akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (z. B. KBV Prüfnummer, System-ID, Name, Version) und Informationen zum Kern (z. B. Kern-ID, Name, Version)
- Vertragsidentifikator (Orthopädie-Vertrag)
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z. B. Patienten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Vers.-Nr., Status)
- abrechnungsrelevante Daten (z. B. Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisation, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (z. B. Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

Verarbeitung der Daten

- Abrechnungsprüfung (z. B. Arzt und Patient Vertragsteilnehmer, Plausibilitätsprüfung)
- Ersetzung und Erzeugung von Ziffern und Zuschlägen
 - Ermittlung des Abrechnungsbetrages

Daten, die an die AOK BW/Bosch BKK übermittelt werden

- LANR, BSNR
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z. B. Patienten-ID, Name, Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer)
- Abrechnungsdaten: Abrechnungsziffern, ICD-10 Diagnosen, Art der Inanspruchnahme

Auszahlungsprozess

- MEDI übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK/Bosch BKK, wo sie erneut geprüft werden.
- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen
 - **monatlich** in Höhe von **19,50 € pro Grundpauschale P1** des vorangegangenen Abrechnungsquartals
- Nachabrechnungen und Korrekturen im Rahmen des 73c Vertrages werden online über die Vertragssoftware ausgeführt und übermittelt.
 - Diese können **ein Jahr (4 Quartale) rückwirkend** ausgeführt werden.

- **Verwaltungskosten**
 - **3,57%** für Mitglieder MEDI BW e.V., BVOU, BNC
 - **4,165%** für Nichtmitglieder
- **Einschreibepauschale**
 - einmalig 357 € für jeden Teilnehmer (max. 714 € pro HBSNR)
 - Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums
- **Kosten IT**
 - erfahrungsgemäß 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 → Orthopädie → Inhalt des
Infopakets → Formular zur Beantragung
Bosch BKK-Zuschuss



Das Bild zeigt ein Faxformular der Bosch BKK und der MediVerbund AG. Oben links sind die Logos von Bosch BKK und MediVerbund 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'. Darunter sind die Kontaktdaten der Bosch BKK (VWAZ, Klappstraße 19, 70469 Stuttgart) und die Faxnummer 089/51999-2504 angegeben. Ein Textblock erklärt die Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen dem Fachärzteverband, der MediVerbund AG und der Bosch BKK. Es folgt eine Liste von Facharztzweigen mit Auswahlkästchen: Geriatrie, Kardiologie, Orthopädie, PNP, Rheumatologie, Urologie. Darunter sind Felder für IRAN, Kontoinhaber, BIC und Bank angegeben. Am Ende des Formulars steht die Aufforderung, Datum, Poststempel und Unterschrift anzugeben, gefolgt von einem leeren rechteckigen Feld für die Unterschrift.

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

wichtige Dokumente für die Abrechnung

- diese Dokumente finden Sie unter www.medi-verbund.de
- **Gesamtziffernkranz (GZK)** (Anlage 12 Anhang 1):
 - legt den Leistungsumfang des Vertrages fest (Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung)
 - aufgelistete EBM-Ziffern aus allen 73c-Verträgen sowie HZV sind für teilnehmende Versicherte nicht über KV abrechenbar.
 - nicht aufgelistete EBM-Ziffern sind für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar.

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von "2" auf "1" gesetzt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch

wichtige Dokumente für die Abrechnung

- **Vergütung (Anlage 12)**
 - enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
ORTHOPAEDIE			
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	Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte Grundversorgung <i>Hausarztbene</i>	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat 	26,00 €

- **Ambulantes Operieren (Anhang 5 Anlage 12)**
 - enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien und postoperative Überwachungen

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.		
Körperoberfläche		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	99,60 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	162,60 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	232,20 €

wichtige Dokumente für die Abrechnung

- **ICD-Liste** (Anlage 12 Anhang 2)
 - Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

Auszug aus der ICD-Liste		Orthopädie						
Die Anforderungen an die richtige Diagnosestellung laut Dimdi sind zwingend einzuhalten --> www.dimdi.de								
Anlage 12 Anhang 2 - Orthopädie								
ICD-Kode	ICD-Klartext	P2A_unspezifischer Rückenschmerz	P2B_Spezifischer Rückenschmerz	P3_Arthrose	P4_Osteoporose	P5_Rheumatoide Gelenkerkrankungen	E2_Fallkonferenz Rücken <small>(=eine spezif. M54. in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich)</small>	E4b_Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung						X*	
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren						X*	

■ OP-Leistungsketten inklusive OPS

OPS 2015	Seite	Bezeichnung OPS 2015	Kategorie	ambulante Operation	Simultaneingriff	Sachkostenpauschalen	Regionalanästhesie (Operateur)	Anästhesieleistung	Anästhesieleistung Simultaneingriff	Postoperative Überwachung
1-502.0	N	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.1	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.2	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.3	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.4	N	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.5	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.6	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.7	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.0	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Hirnnerven, extrakraniell	C2	31122	31128		AOP1	AOP3	AOP9	AOP1
1-513.3	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Arm	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.4	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Hand	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.5	N	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Rumpf	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.8	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Bein	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.9	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Fuß	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1

- „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 Versorgung des Patienten.“

- Dabei erfolgt folgende Differenzierung:
 - **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.

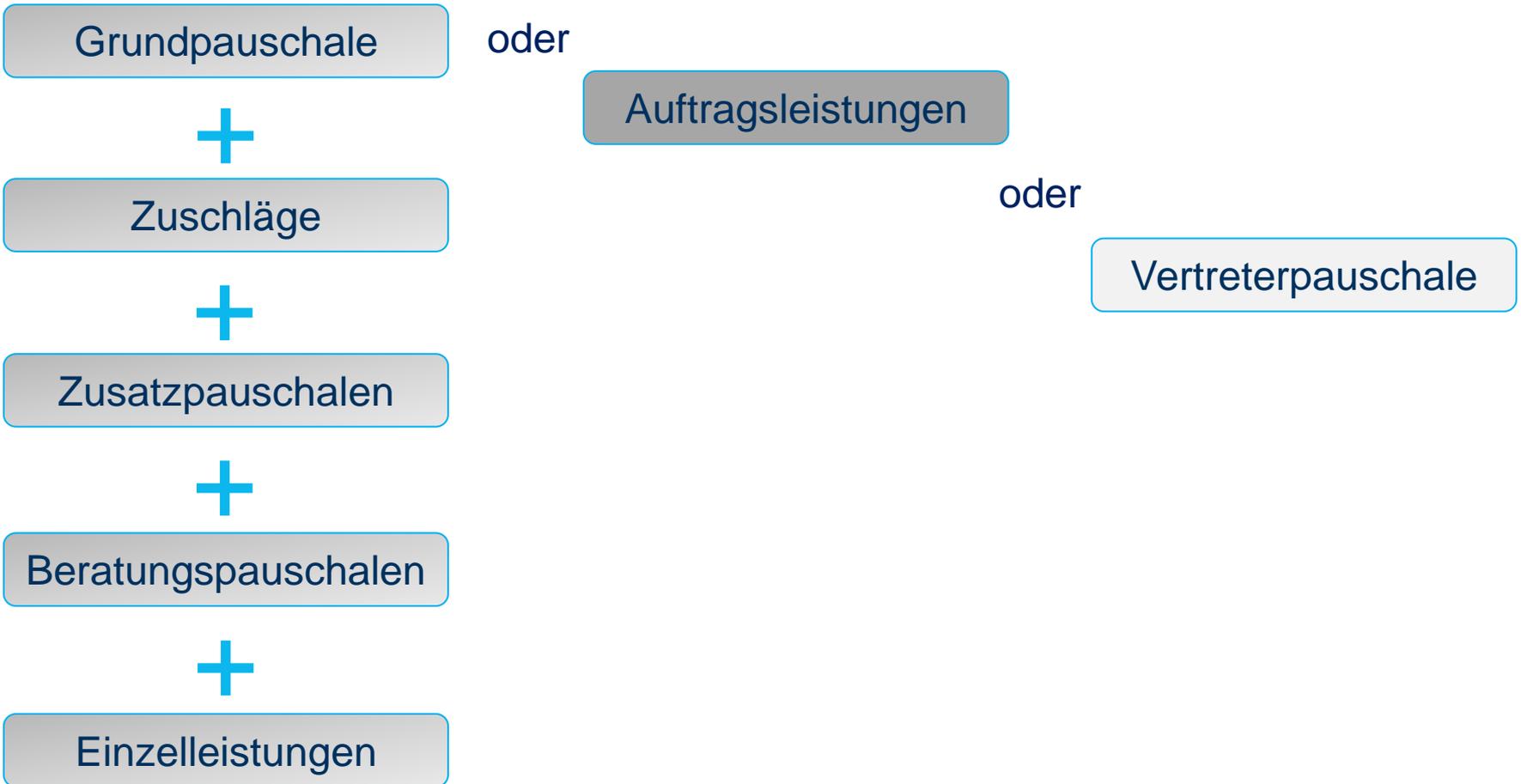
 - **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht. Erfolgen in einem Quartal **ausschließlich** telemedizinische Kontakte, ist der Fall ab **Q2-2022** mit der neuen Ziffer **FBE** (Fernbehandlung) zu kennzeichnen. Pro Quartal ist es ausreichend die Ziffer einmal (z.B. taggleich mit der Grundpauschale) anzugeben. Die Ziffer dient ausschließlich zur Kennzeichnung und ist nicht mit einer Vergütung belegt. Sie finden die neue Ziffer mit dem Update zum 2. Quartal 2022 in der Vertragssoftware.

Legende

Symbole

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

Abrechnungssystematik Orthopädie



Grundpauschalen und Zuschläge

P1 Grundpauschale	 	26,00 €
P1A Grundpauschale	 	5,00 €
➤ additiv zu P1 abrechenbar sofern Überweisung vom HZV-Arzt vorliegt		
+ Q1 Sonografie	 	1,00 €
+ Q2 Röntgen	 	7,00 €
+ Q3 Osteodensitometrie (DXA)	 	4,00 €
+ Q4 Duplex	 	8,00 €
+ Q5 Pharmakotherapie		4,00 €
+ Q11 Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fasciitis plantaris	 	0,50 €
oder V1 Vertreterpauschale	 	20,00 €*

* Erstkontakt muss persönlich sein

Quotenerreichung



Grün (≥ 90 %, **Zuschlag = 1,00 €**) hinterlegt sind patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.



Rot (≤ 3 %, **Zuschlag = 2,50 €**) hinterlegt sind Me-Too-Arzneimittel, die durch die Software vorgeschlagene wirtschaftliche Alternativen identischer Wirkstoffgruppen sowie gegebenenfalls deren Alternativen substituiert werden können.



Blau (≥ 70 %, **Zuschlag = 0,50 €**) hinterlegt sind Patentgeschützte und/oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.



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

Zusatzpauschalen (bis zu 2 im Quartal abrechenbar)

P2A unspezifischer Rückenschmerz	  	16,00 €
P2B spezifischer Rückenschmerz	  	16,00 €
+ Q6 zielgenaue KH-Einweisung bei Wirbelsäulenoperationen (< 20% - HZV Kollektiv)		2,00 €
P3 Gon- und Koxarthrose	  	15,00 €
P4 Osteoporose	  	20,00 €
P5 entzündliche Gelenkerkrankungen	  	25,00 €

Beratungspauschalen

BP2A Beratungspauschale unspezifischer Rückenschmerz	  	20,00 €
BP2B Beratungspauschale spezifischer Rückenschmerz	  	20,00 €
BP3 Beratungspauschale Gon- und Koxarthrose	  	20,00 €
BP4 Beratungspauschale Osteoporose	  	20,00 €
BP5 Beratungspauschale entzündliche Gelenkerkrankungen	  	20,00 €

+ **Q8** Strukturzuschlag EFA® auf BP2A/BP2B/BP3/BP4/BP5

  5,00 €

je EFA® bei

- 100%-Tätigkeit (mind. 38,5 Std./ Woche) bis zu 200 Zuschläge
- 75%-Tätigkeit (mind. 28 Std./ Woche) bis zu 150 Zuschläge
- 50%-Tätigkeit (mind. 19 Std./ Woche) bis zu 100 Zuschläge

Einzelleistungen

E1	spezielle Schmerztherapie (gem. Schmerztherapievereinbarung)		94,00 €
	+ Q7 Schmerztherapie	 	30,00 €
	+ Q8 Strukturzuschlag EFA®	 	5,00 €
E2	Leistung Fallkonferenz Rücken (Abrechnung HA: 56580; PT: PTZ4)   		50,00 €
E3	Therapeutische Proktoskopie		18,50 €
E4A	zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt		15,00 €
E4B	zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt (Akupunktur)	 	15,00 €
	Ambulantes Operieren Die Postoperative Behandlung, kann über APKs (E4A) abgerechnet werden.		15,00 €

Auftragsleistungen

➤ ohne P1 – P5 oder Q-Zuschläge (→ kein eigener Krankheitsfall)

A1 Auftragsgrundpauschale		12,50 €
A2 spezielle Schmerztherapie		94,00 €
+ Q7 Schmerztherapie	 	30,00 €
A3 Duplex		30,00 €
A4 DXA		30,00 €
A5 Sonografie (inkl. Säuglingshüfte)		20,00 €
A6 Röntgen		15,00 €
A7 Therapeutische Proktoskopie		18,50 €

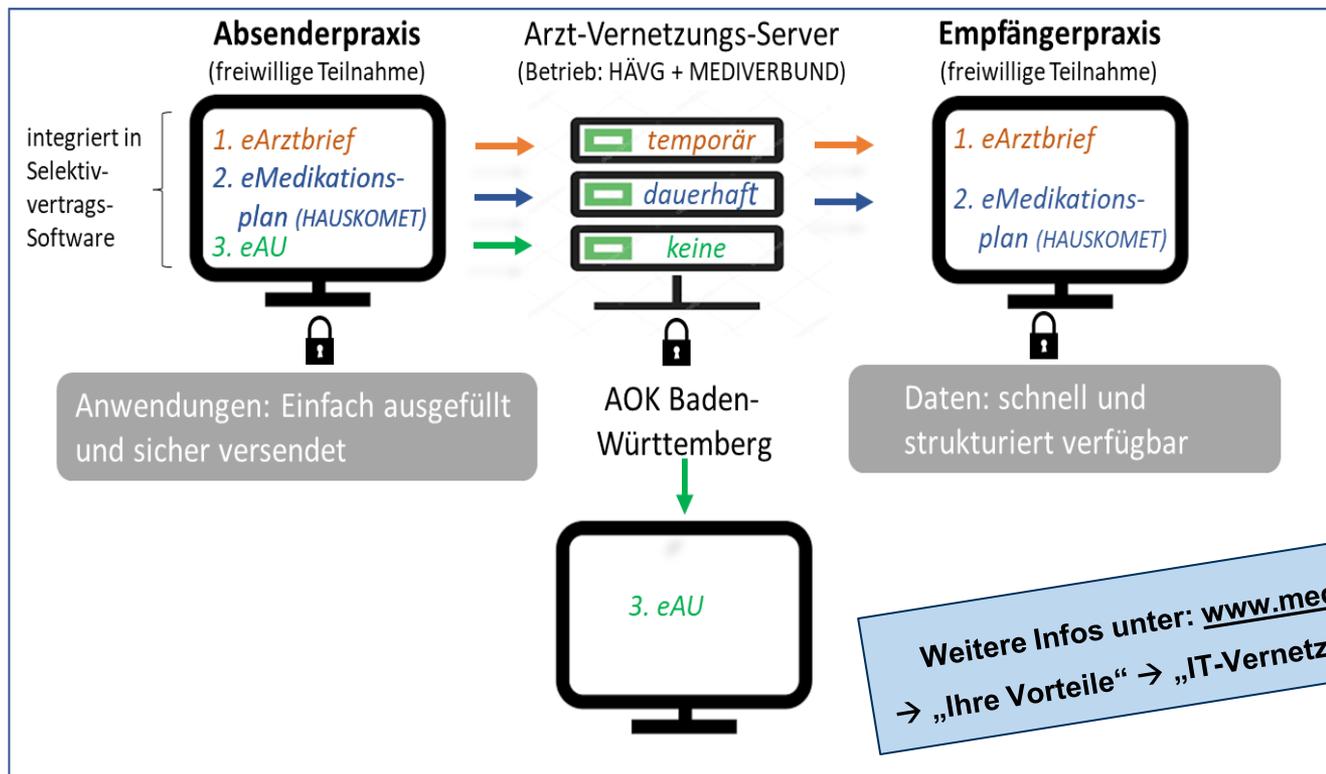
Elektronische Arztvernetzung: Überblick

Seit 01.07.2019:

- Digitaler Austausch eines elektronischen Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt (**eArztbrief**)
- Elektronische Weiterleitung des Musters 1a an die Krankenkasse (**eAU**)

Seit 01.07.2020:

- Bereitstellung und Pflege elektronischer Medikationsinformationen von Patienten (**HAUSKOMET**)



Elektronische Arztvernetzung

Q9* ^Δ Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf P1 oder E1)		5,00 €/Quartal
Q10* ^Δ Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf P1 oder E1)		2,00 €/Quartal
ZITV* Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung (einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ)		2.500,00 € einmalig

Die aktuelle **Liste der Softwareanbieter** finden sie unter:

www.medi-verbund.de (→ „Ihre Vorteile“ → „IT-Vernetzung Arztpraxen“)

* nur bei der AOK Baden-Württemberg

Δ wenn Teilnahmebestätigung nach dem 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats dann Vergütung ab dem Folgequartal

Körperoberfläche				
GOP 31101	GOP 31102	GOP 311103	GOP 31108*	
Extremitäten				
GOP 31121	GOP 31122	GOP 31123	GOP 31124	GOP 31125
GOP 31126	GOP 31127	GOP 31128*		
Knochen und Gelenke				
GOP 31131	GOP 31132	GOP 31133	GOP 31134	GOP 31135
GOP 31136	GOP 31137	GOP 31138*		
Arthroskopie				
GOP 31141	GOP 31142	GOP 31143	GOP 31144	GOP 31145
GOP 31146	GOP 31147	GOP 31148*		
Abrechenbare Sachkosten:		GOP 40750	GOP 40752	GOP 40754

Viszeralchirurgie				
GOP 31151	GOP 31152	GOP 31153	GOP 31154	GOP 31158*
Proktologie				
GOP 31171	GOP 31172	GOP 31173	GOP 31174	GOP 31175
GOP 31178*				
Periphere Neurochirurgie				
GOP 31241	GOP 31242	GOP 31243	GOP 31248*	

* Simultaneingriff jeweils abrechenbar je 15 Minuten Dauer

Wichtige Punkte

- Operationen jeweils inklusive Sachkosten (Ausnahme Arthroskopien)
- 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“
- jeweils OP-Schlüssel aus Anlage 12 Anhang 2 zum EBM notwendig
- Ziffern zum ambulanten Operieren nur 1 x pro Tag abrechenbar (Ausnahme Simultaneingriff)

Anästhesien (für die unterschiedlichen OP Kategorien)*

AOP1 (EBM 31800)	AOP2 (EBM 31821)	AOP3 (EBM 31822)	AOP4 (EBM 31823)	AOP5 (EBM 31824)
AOP6 (EBM 31825)	AOP7 (EBM 31826)	AOP8 (EBM 31827)	Zuschlag Simultaneingriff AOP9 (EBM 31828)	

postoperative Überwachung (für die unterschiedlichen OP Kategorien)

AOP10 (EBM 31502)	AOP11 (EBM 31503)	AOP12 (EBM 31504)
AOP13 (EBM 31505)	AOP14 (EBM 31506)	AOP15 (EBM 31507)

* nur mit korrespondierender Operation abrechenbar

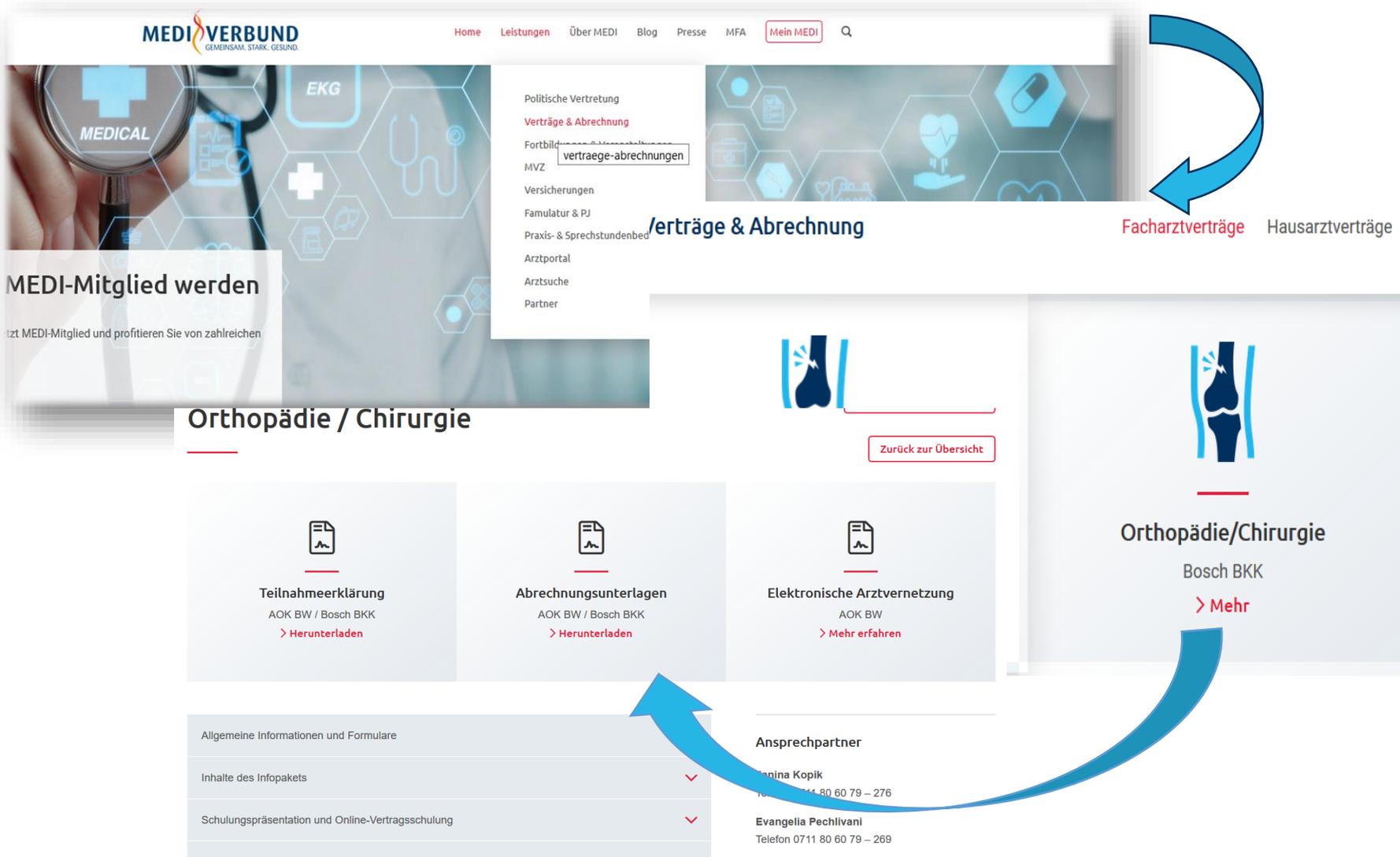
- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, dürfen bei eingeschriebenen Patienten nicht mehr über den 10A- oder 10er-Schein angefordert werden.
 - Das Labor kann diese Laborleistungen nicht über die KV abrechnen, sondern stellt diese der überweisenden Praxis in Rechnung.
 - Die Anforderung erfolgt über ein vorab mit dem Labor geregeltes individuelles Verfahren.

- Laborleistungen, die nicht im GZK aufgeführt sind, werden weiterhin über den 10A- oder 10er- Schein (analog zu nicht eingeschriebenen Kassenpatienten) angefordert.

- Pseudo-GOP (88192) zur Berechnung für den Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen.

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen



The screenshot shows the website interface for 'Verträge & Abrechnung'. At the top, there is a navigation bar with links: Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, and 'Mein MEDI'. Below the navigation bar, a dropdown menu is open, listing various services: Politische Vertretung, Verträge & Abrechnung (highlighted), Fortbildung, MVZ, Versicherungen, Famulatur & PJ, Praxis- & Sprechstundenbed, Arztportal, Arztsuche, and Partner. The main content area features a large blue arrow pointing from the 'Verträge & Abrechnung' menu item to the page title 'Verträge & Abrechnung'. Below this, there are two sub-sections: 'Facharztverträge' and 'Hausarztverträge'. The 'Facharztverträge' section is further divided into 'Orthopädie / Chirurgie' and 'Orthopädie/Chirurgie Bosch BKK'. The 'Orthopädie / Chirurgie' section contains three cards: 'Teilnahmeerklärung AOK BW / Bosch BKK' with a 'Herunterladen' button, 'Abrechnungsunterlagen AOK BW / Bosch BKK' with a 'Herunterladen' button, and 'Elektronische Arztvernetzung AOK BW' with a 'Mehr erfahren' button. The 'Orthopädie/Chirurgie Bosch BKK' section has a 'Mehr' button. At the bottom, there is a section for 'Anspruchspartner' with contact information for 'Tanja Kopik' and 'Evangelia Pechlivani'. A large blue arrow points from the 'Anspruchspartner' section back to the 'Verträge & Abrechnung' menu item.

Ansprechpartner bei den Krankenkassen

Die jeweils aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite

 Teilnahmeerklärung AOK BW / Bosch BKK > Herunterladen	 Abrechnungsunterlagen AOK BW / Bosch BKK > Herunterladen	 Elektronische Arztve AOK BW > Mehr erfahren
--	---	--

Allgemeine Informationen und Formulare	▼
Inhalte des Infopakets	▼
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	▼
Vertragsunterlagen	▼
Anlagen zum Vertrag	▼
Fortbildungen und Qualitätszirkel	▼
Direkte Abrechnung von Anästhesien und postoperativen Überwachung durch Anästhesisten	▼



Ansprechpartner
Janina Kopik
Telefon 0711 80 60 79 – 276
Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269

Inhalte des Infopakets	▼
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	▼
Vertragsunterlagen	▼
Anlagen zum Vertrag	▼
Fortbildungen und Qualitätszirkel	▼
Direkte Abrechnung von Anästhesien und postoperativen Überwachung durch Anästhesisten	▼



Janina Kopik
Telefon 0711 80 60 79 – 276
Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269

Ansprechpartner bei der Krankenkasse
AOK
[AOK-Ansprechpartner vor Ort \(Arzt-Partner-Service\)](#)
[AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst](#)

- 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.



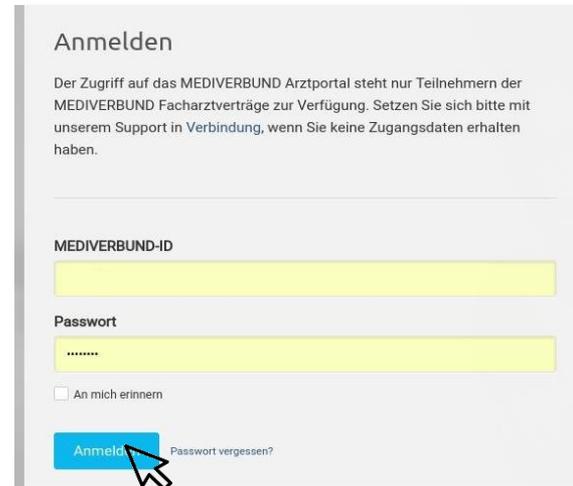
MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT Kontakt Anmelden



Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!

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.

Jetzt anmelden



Anmelden

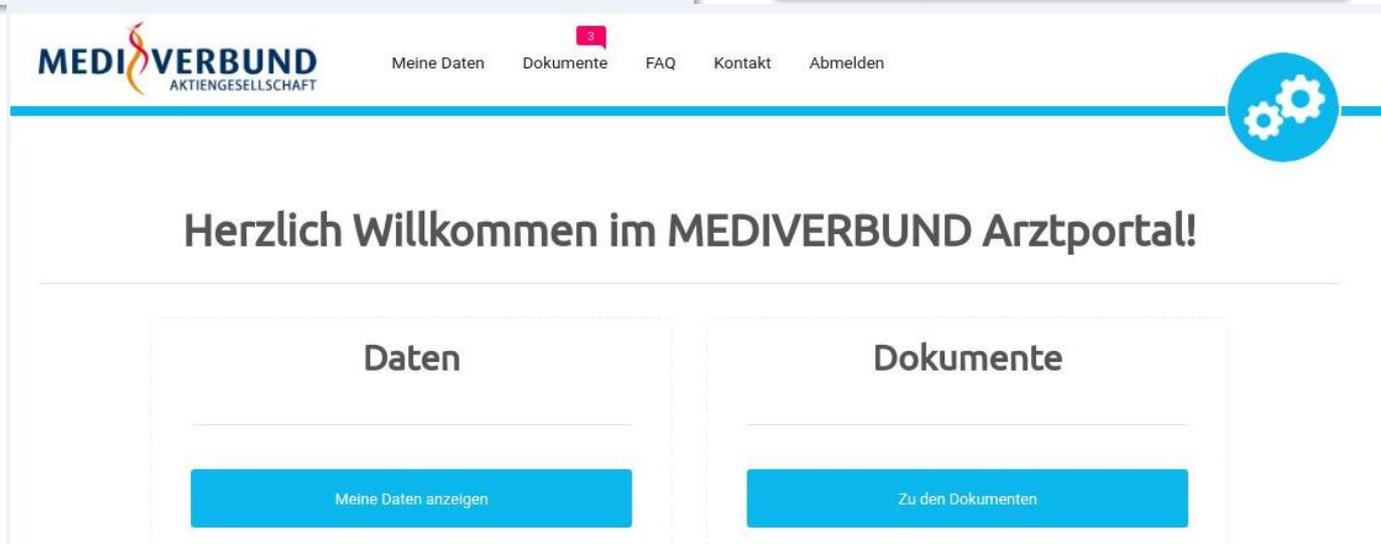
Der Zugriff auf das MEDIVERBUND Arztportal steht nur Teilnehmern der MEDIVERBUND Facharztverträge zur Verfügung. Setzen Sie sich bitte mit unserem Support in Verbindung, wenn Sie keine Zugangsdaten erhalten haben.

MEDIVERBUND-ID

Passwort

An mich erinnern

Anmelden [Passwort vergessen?](#)



MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT Meine Daten Dokumente 3 FAQ Kontakt Abmelden

Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!

<p>Daten</p> <p>Meine Daten anzeigen</p>	<p>Dokumente</p> <p>Zu den Dokumenten</p>
--	---

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Meine Daten Dokumente ³ FAQ Kontakt Abmelden

Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!

Daten

Dokumente

Meine Daten anzeigen

Zu den Dokumenten

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Meine Daten Dokumente ³ FAQ Kontakt Abmelden

MEINE DATEN

Persönliche Daten

Hier finden Sie eine Übersicht Ihrer eingegebenen Daten. Bitte klicken Sie auf eine Tabellenzeile, um einen Datensatz zu ändern.

Ihr Name: Herr [REDACTED]

LANR: 71 [REDACTED]

MEDIVERBUND-ID: 1 [REDACTED]

E-Mail: praxis.[REDACTED]@[REDACTED].de

Mobilfunknummer: 01 [REDACTED] 5

Erhalt des Sicherheitscodes für den Login: via SMS an: 01 [REDACTED]

Über neue Dokumente informieren wir Sie per: E-Mail

- Persönliche Daten
- Praxen
- Angestellte
- Verträge
- Bankverbindung ändern
- Verbandsmitgliedschaften
- Passwort ändern

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT

Meine Daten Dokumente ³ FAQ Kontakt Abmelden

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

MEDI VERBUND AKTIENGESELLSCHAFT Hausärzte Fachärzte Impressum

Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Hausärzte

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosh BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Ans
einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt fin

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosh BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit

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.

HAUSÄRZTE

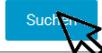
- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

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. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ) Radius (km)



FACHÄRZTE

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

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Orthopädie und Unfallchirurgie

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

Postleitzahl Radius (km)

Leistungen





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
[**blog.medi-verbund.de**](https://blog.medi-verbund.de)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
[**blog.medi-verbund.de/newsletter/**](https://blog.medi-verbund.de/newsletter/)



MEDI Verbund goes Facebook

[**facebook.com/mediverbund**](https://facebook.com/mediverbund)



Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter

[**twitter.com/mediverbund**](https://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://medi-verbund.de/youtube)

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt
9. Häufige Fragen

Häufige Fragen zur Abrechnung

- P1 nur 1 x pro Quartal abrechenbar
- P1 ist innerhalb einer BAG (HBSNR) parallel zu P1 aus anderen §73c-/ §140a-Verträgen nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/ FA vorliegt
- Pauschalen nur abrechenbar wenn mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattgefunden hat
- Beratungspauschalen sind
 - nur 1 x pro Quartal abrechenbar
 - nur mit entsprechender Zusatzpauschale abrechenbar (z. B. BP3 mit P3, BP4 mit P4,...)
- ICD 10 Bezug immer endstellig und gesichert angeben (entsprechend Anlage 12 Anhang 2)
- SANE kann max. 2x (für das Einschreibequartal und das Folgequartal) durchgeführt werden.

■ **E4A Zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt**

- E4A nur 1x und nicht neben E4B am selben Tag abrechenbar
- setzt Arzt-Patienten-Kontakt voraus (z. B. Besprechung, Wundkontrolle, chirotherapeutische Behandlung)
- soll Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung fördern
- reine Rezeptausstellungen, physikalische Therapie durch die Praxisangestellten usw. sind über diese Position nicht abrechenbar

Postoperative Überwachung (am selben Tag der OP) = **AOP10 – AOP15**

Postoperative Behandlung (am darauffolgenden Tag der OP) = **E4A**

■ **E4B Zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt (Akupunktur)**

- E4B nur 1x und nicht neben E4A am Tag abrechenbar
- Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM
- darüber hinaus gehende Akupunkturen sind mit dem Patienten individuell als sogenannte IGEL Leistungen zu vereinbaren

■ BAG und MVZ

- kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
- keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können

■ IGEL Leistungen

- Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen **nicht zusätzlich** privat liquidiert werden (z. B. Chirotherapie, Akupunktur nach Kapitel 30.7.3 EBM, DXA, Injektionstherapie). Darüber hinausgehende Leistungen müssen individuell mit dem Patienten vereinbart werden (IGEL-Vertrag).
- eine möglichst evidenzbasierte Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken solcher Verfahren ist bei teilnehmenden Patienten vorzunehmen



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**