

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag AOK BW / Bosch BKK

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit	
Grund- und Zusatzpauschalen					
P1	Grundpauschale	26,00 €	1x im Quartal	es muss mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben; Überweisung vom Hausarzt	
P1A	Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €		additiv zu P1, es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen	
P2A	Zusatzpauschale unspezifischer Rückenschmerz	16,00 €	1x im Quartal max. zwei Zusatzpauschalen im Quartal abrechenbar	additiv zu P1; nicht neben P2B abrechenbar	
P2B	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	16,00 €		additiv zu P1; nicht neben P2A abrechenbar	
P3	Zusatzpauschale Gon- und Koxarthrose	15,00 €			
P4	Zusatzpauschale Osteoporose	20,00 €	1x im Quartal sowie 2x je Krankheitsfall	additiv zu P1	
P5	Zusatzpauschale entzündliche Gelenkerkrankungen	25,00 €			
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 rheumatoide Gelenkerkrankungen	20,00 €			
Einzelleistungen					
E1	Spezielle Schmerztherapie	94,00 €	1x im Quartal	nicht neben Zusatzpauschalen und nicht neben E2 abrechenbar	
E2	Leistung Fallkonferenz Rücken	50,00 €	1x im Krankheitsfall	nicht neben E1 abrechenbar; Dauer ca. 20 Minuten; Mindestteilnehmer Orthopäde und HZV-Hausarzt	
E3	Therapeutische Proktoskopie	18,50 €	4x im Quartal		
E4A	Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) Leistungsinhalte: z.B.: Wundversorgung, postoperative Kontrollen, Gipswechsel und -kontrollen, Kontrolle der Heil- und Hilfsmittelverordnung, Pharmakotherapie, psychosomatische Grundversorgung, wiederholte Beratung, Chiropraxis, physikalische Therapie. Ausschluss: Akupunktur	15,00 €	1x pro Tag und 8x im Quartal	wird frühestens ab dem 3. dokumentierten APK innerhalb eines Quartals bis max. zum 10. APK vergütet; E4A und E4B nicht am gleichen Tag nebeneinander abrechenbar; bei Abrechnung von E4A und E4B im gleichen Quartal bleibt die maximale Anzahl der vergüteten APKs für E4A und E4B zusammengenommen auf 8 beschränkt; jeder APK ist zu dokumentieren und zu übermitteln	
E4B	Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur Leistungsinhalte: Akupunktur bei chronisch schmerzerkrankten Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM (derzeit Akupunktur nur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und im Kniegelenk bei Gonarthrose)	15,00 €			
ELWS	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	204,00 €	3x im Krankheitsfall	nicht neben P2A abrechenbar; Mindestabstand zwischen den Injektionen: 7 Tage; neben einer spezifischen M-Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 ist zusätzlich eine G55.1 G zu kodieren	
EHWS	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	250,00 €			
ambulantes Operieren					
<p>Zusammen mit den 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. Zur Abrechenbarkeit von ambulanten Operationen muss ein entsprechender Nachweis vorliegen. Die Vergütung der einzelnen Abrechnungsziffern kann dem Anhang 5 zu Anlage 12 entnommen werden.</p> <p>Siehe hierzu auch die Schnellübersichten "OP-Leistungsketten incl. OPS" und "OP-Leistungsketten ohne OPS" auf unserer Internetseite.</p>					
Qualitätszuschläge					
Q1	Strukturzuschlag Sonographie	1,00 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P1 oder E1	
Q2	Strukturzuschlag Röntgen	7,00 €			
Q3	Strukturzuschlag Osteodensitometrie (DXA)	4,00 €	1x im Quartal	bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf P1 oder E1 gem. Anhang 3 zu Anlage 12	
Q4	Strukturzuschlag Duplex	8,00 €			
Q5	Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie	4,00 €			
Q6	Qualitätszuschlag zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen	2,00 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P2B; gem. Anhang 4 zu Anlage 12	
Q7	Strukturzuschlag Schmerztherapie	30,00 €			
Q8	Strukturzuschlag EFA® (Anhang 8 zu Anlage 12)	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €	nach Tätigkeitsumfang der EFA®	Zuschlag auf BP2A oder BP2B oder BP3 oder BP4 oder BP5 oder E1; Tätigkeitsumfang EFA®: 100%: (\geq 38,5 Std./Woche) bis zu 200 Zuschläge 75%: (\geq 28 Std./Woche) bis zu 150 Zuschläge 50%: (\geq 19 Std./Woche) bis zu 100 Zuschläge	
Q11	Strukturzuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (ICD M72.2)	0,50 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P1 oder E1	

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag AOK BW / Bosch BKK

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
Auftragsleistungen				
A1	Grundpauschale für Auftragsleistungen	12,50 €	1x im Quartal	nicht neben P1 - P5, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar
A2	Spezielle Schmerztherapie	94,00 €		nicht neben P1 - P5, A1, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar
A3	Duplex	30,00 €		
A4	Osteodensitometrie (DXA)	30,00 €		
A5	Sonographie, inkl. Säuglingshüfte	20,00 €		nicht neben P1 - P5, E1 - E4A/ E4B sowie E AOP abrechenbar
A6	Röntgen	15,00 €		
A7	Therapeutische Proktoskopie	18,50 €		4x im Quartal
ALWS	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	204,00 €	3x im Krankheitsfall	nicht neben P1 - P5, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar; Mindestabstand zwischen den Injektionen: 7 Tage;
AHWS	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	250,00 €		neben einer spezifischen M-Diagnose gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 ist zusätzlich eine G55.1 G zu kodieren
Vertreterleistungen				
V1	Vertretungspauschale	20,00 €		nicht neben P1 - P5 aber bei Vorliegen der Voraussetzungen neben E1 - E4A/ E4B, E AOP abrechenbar
Infoziffern				
FBE	telemedizinischer APK		1x im Quartal	Soll bei einer rein telemedizinischen Quartalsbehandlung dokumentiert werden. Mögliche Leistungen, welche telemedizinisch erbracht werden können sind mit dem Monitor Symbol gekennzeichnet (siehe Legende).

Legende	
Symbol	Bedeutung
	= Ziffer ist von der Praxis anzusetzen
	= Ziffer ist nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Diagnosenliste (siehe Anhang zum jeweiligen Vertrag)
	= Ziffer wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
	= zur Abrechenbarkeit der Ziffer muss ein entsprechender Nachweis/ Abrechnungsvoraussetzung/ Genehmigung vorliegen
	= Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter d.h. die Leistung ist vom Facharzt zu erbringen und ist nicht delegierbar
	= Leistungen können persönlich oder telemedizinisch erbracht werden. Eine rein telemedizinische Quartalsbehandlung wird in der Vertragssoftware mit der "FBE" dokumentiert.