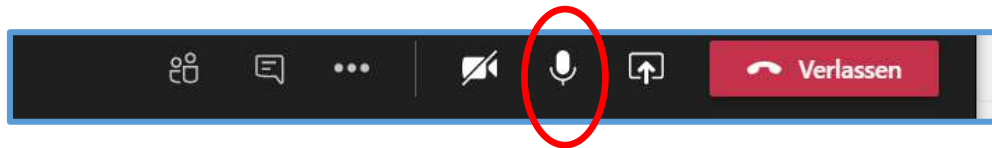




**Orthopädie- und Rheumatologievertrag
gemäß § 73c SGB V
Abrechnungsschulung Orthopädie**

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.

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten

Vorteile für Versicherte

- Behandlungskoordination 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):

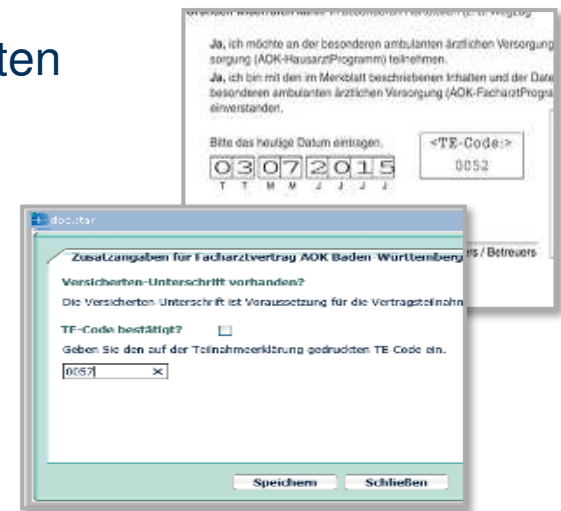
AOK BW derzeit: Urologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Kardiologie, Gastroenterologie, Orthopädie, Rheumatologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie

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 top screenshot shows 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 "Bitte das heutige Datum eintragen." with the date "03.07.2015" and a "TE-Code" field with the value "0052".

The bottom screenshot shows a software window titled "Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg". It contains a checkbox "Versicherten-Unterschrift vorhanden?" and a field "TE-Code bestätigt?" with a value of "0052".

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. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten

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)

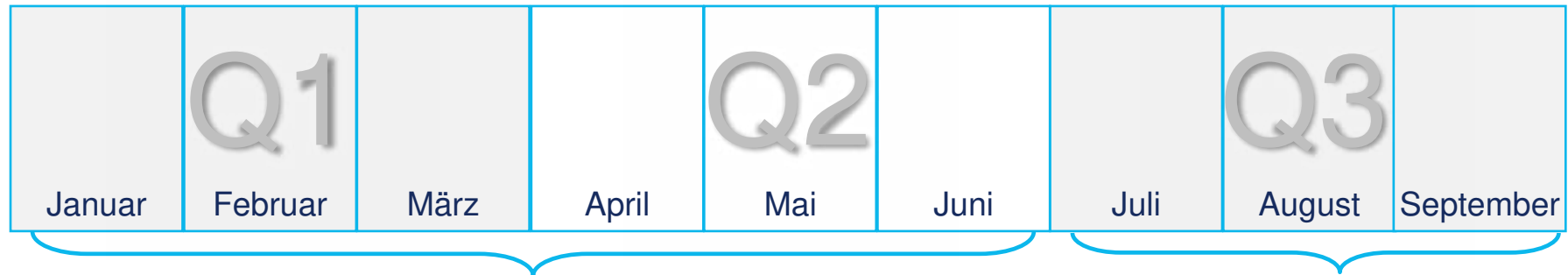
Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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**

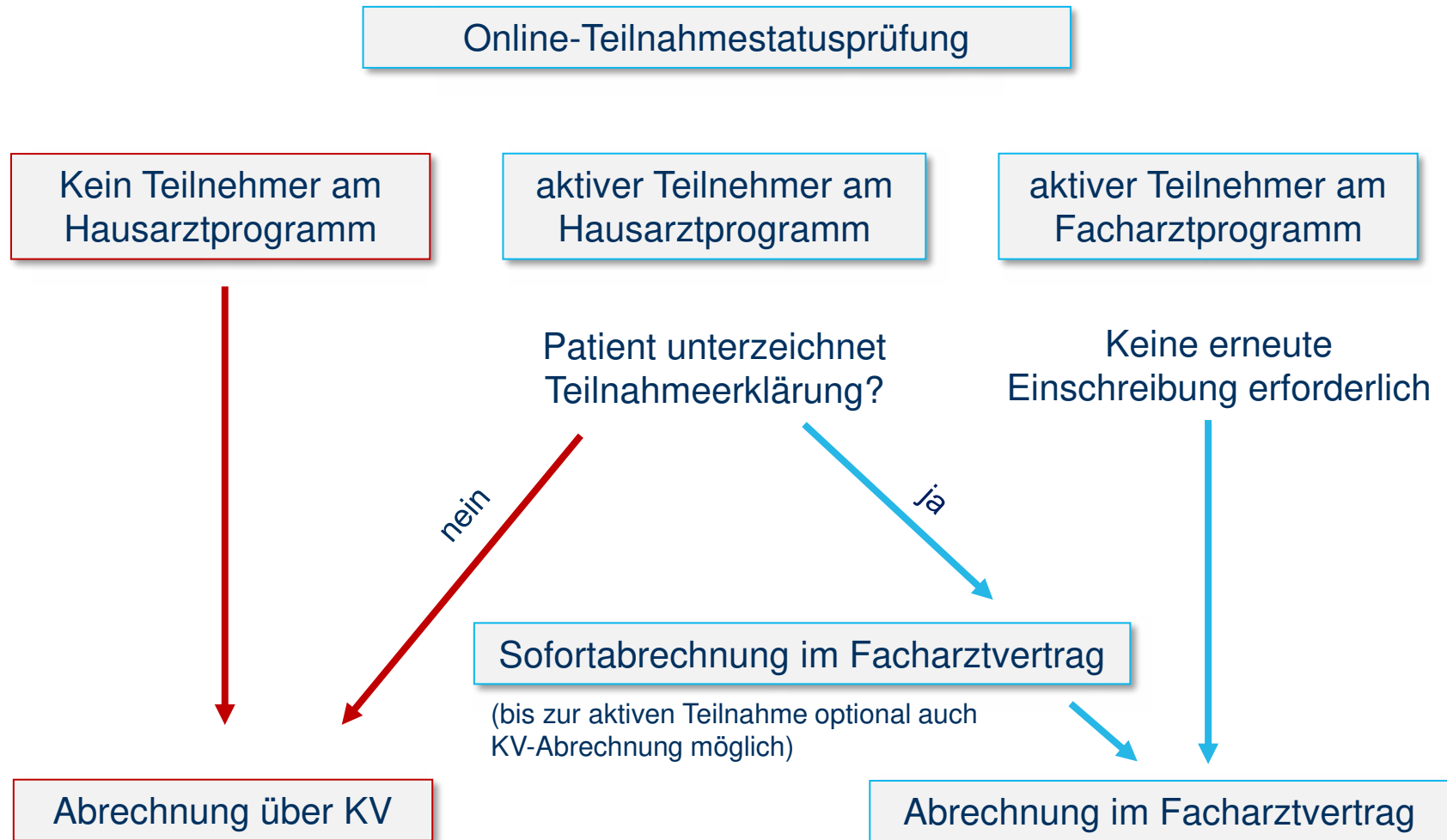


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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



Was tun bei einer Ablehnung von SANE-Fällen

- abgelehnte SANE-Fälle sind in der Datenempfangsbestätigung oder im SANE-Ablehnungsschreiben aufgeführt. Mögliche Gründe:

- zu oft über SANE abgerechnet (max. 2 Quartale in Folge möglich)

Vers.Nr.	Datum	Patient	Hinweis
			Patient zu oft über Sofortabrechnung abgerechnet

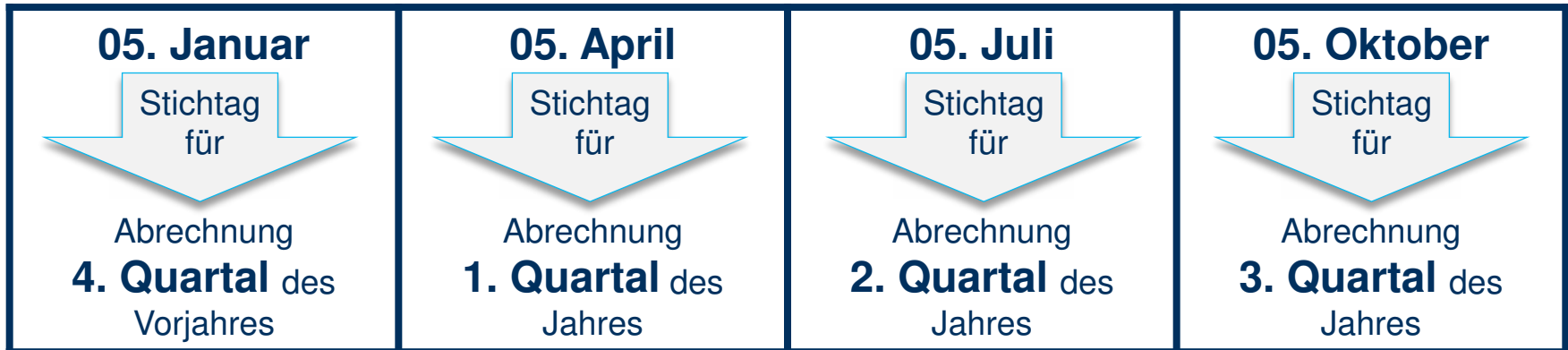
- keine HZV-Teilnahme
- keine Mitgliedschaft bei der AOK BW/Bosch BKK
- Versicherter nicht identifizierbar (z.B. falsche/unvollständige Versichertennummer)

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

- Nachabrechnung über KV möglich (berufen Sie sich ggf. auf die Ausnahmen der Abrechnungsrichtlinie der KV § 3 (2) bzw. (3) und geben Sie einen Hinweis auf die Ablehnung von Leistungen der Sofortabrechnung im Selektivvertrag)

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten



- 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)

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.

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten

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
0700	Unverhessene Inanspruchnahme I	01.04.2014	HZV-Abweisung von Z ¹ auf T ¹ gestellt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch
0701	Unverhessene Inanspruchnahme II	01.04.2014	HZV-Abweisung von Z ¹ auf T ¹ gestellt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
0702	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zulauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zulauftrag möglich	obligatorisch
0703	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Kassenärztliche			73c-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch
0710	Beauch			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>Hausarzzebene</i>	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • 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							
Die Anforderungen an die richtige Diagnosestellung laut Dimdi sind zwingend einzuhalten --> www.dimdi.de							
Anlage 12 Anhang 2 - Orthopädie							
Diagnosen		Orthopädie					
ICD-Kode	ICD-Klartext	P2A_unspezifischer Rückenschmerz	P2B_Spezifischer Rückenschmerz	P3_Arthrose	P4_Osteoporose	P5_Rheumatoide Gelenkerkrankungen	E2_Fallkonferenz Rücken (feine spezif. MS4, in Kombination mit einer F. Diag. erforderlich)
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 Incision: Hals	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.1	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Schulterregion	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.2	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Oberarm und Ellenbogen	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.3	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Unterarm und Hand	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.4	N	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Rumpf	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.5	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Oberschenkel	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.6	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Unterschenkel	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-502.7	J	Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Incision: Fuß	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-513.0	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Incision: Hirnnerven, extrakraniell	C2	31122	31128			AOP1	AOP3	AOP9
1-513.3	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Incision: Nerven Arm	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-513.4	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Incision: Nerven Hand	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-513.5	N	Biopsie an peripheren Nerven durch Incision: Nerven Rumpf	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-513.8	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Incision: Nerven Bein	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9
1-513.9	J	Biopsie an peripheren Nerven durch Incision: Nerven Fuß	C1B	31121	31128			AOP1	AOP2	AOP9

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten

Neue Differenzierung des Arzt-Patienten-Kontakts (APK)

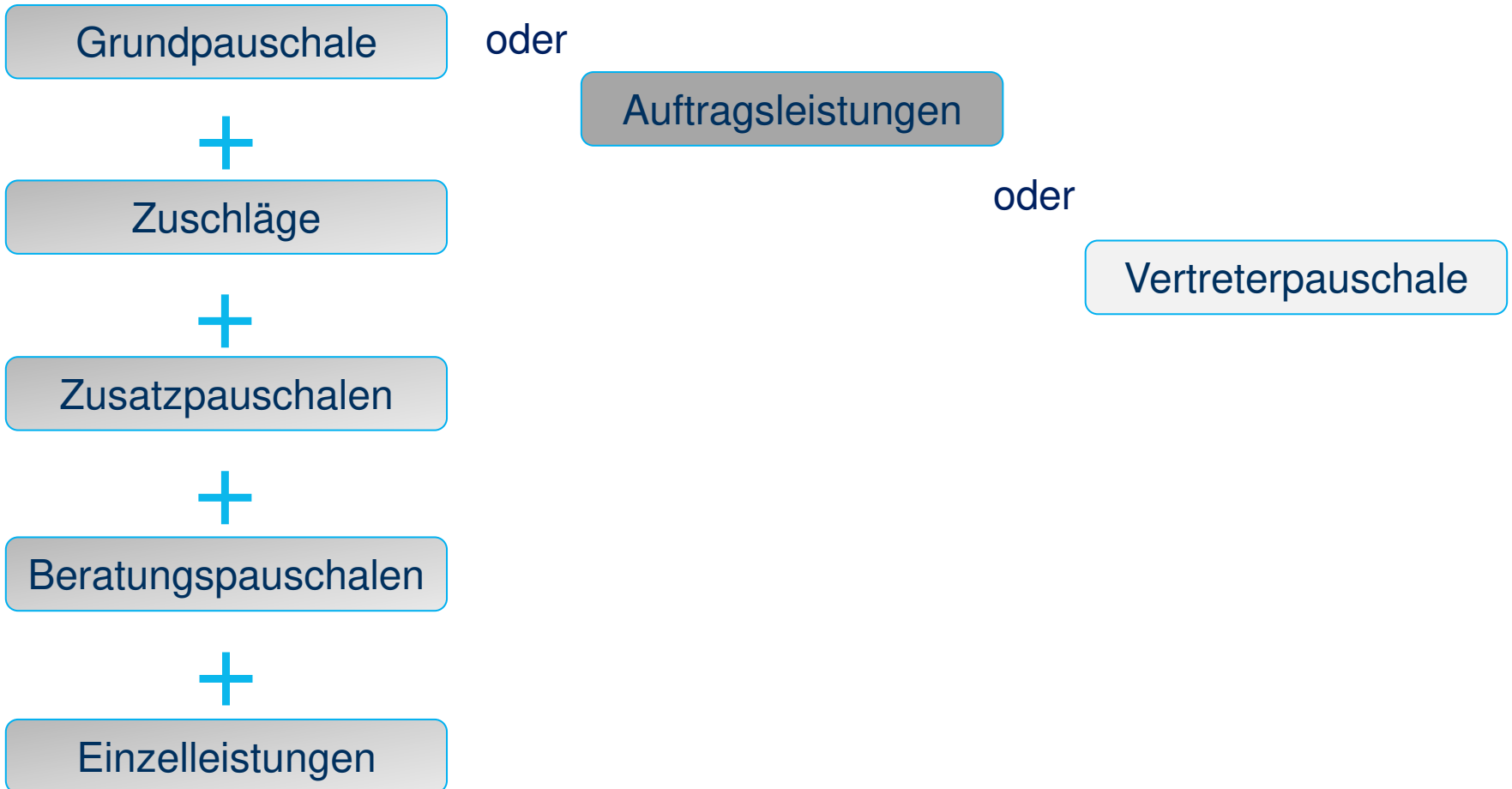
- „Ein APK beschreibt die Interaktion eines Facharztes und/oder eines medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur fachärztlichen Versorgung des Patienten.“
- Dabei erfolgt folgende Differenzierung:
 - **Persönlicher** 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

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 €

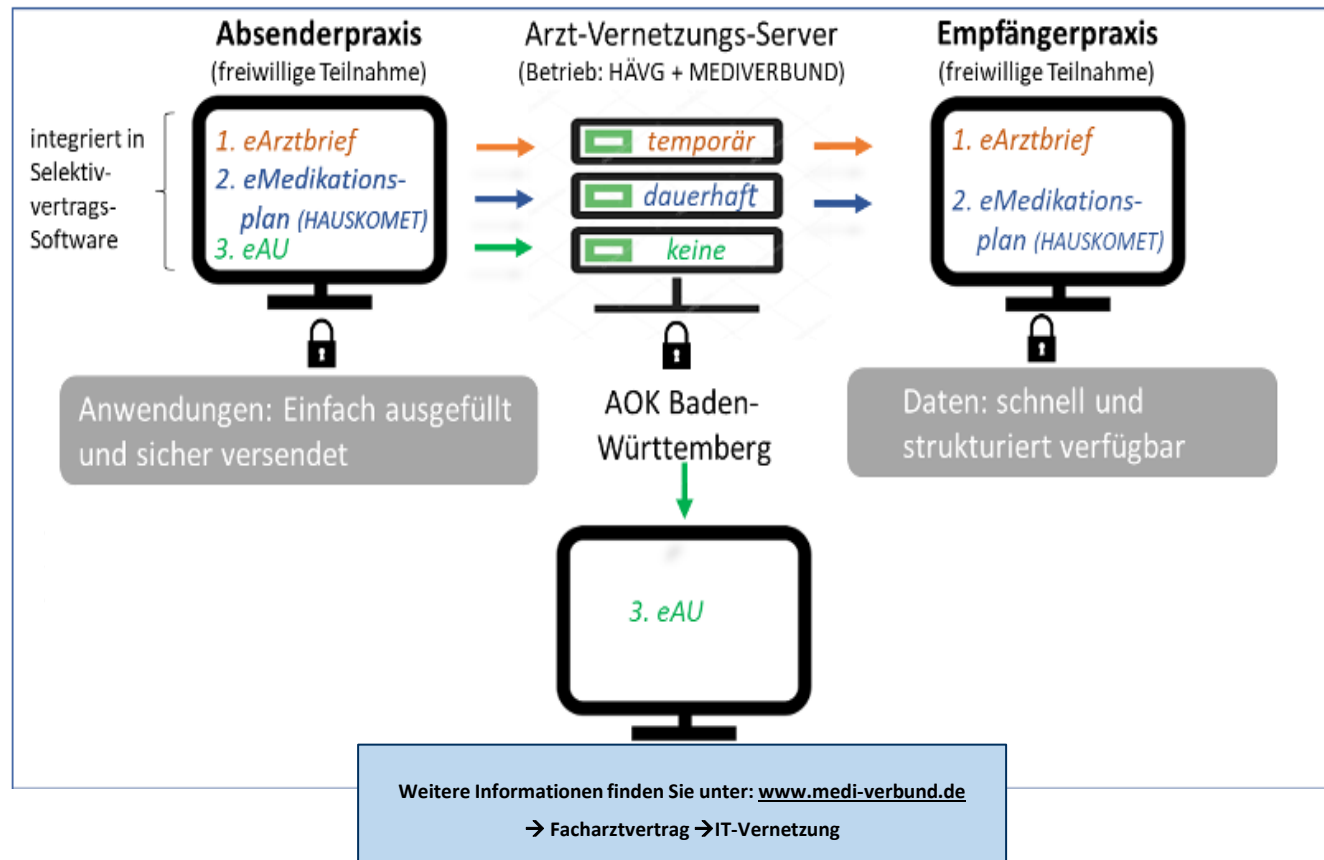
Auftragsleistungen

- 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

- Digitaler Austausch eines elektronischen Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt (**eArztbrief**)
- Elektronische Weiterleitung des Musters 1a an die Krankenkasse (**eAU**)
- 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. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten

MEDI-VERBUND
GLEICHSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA **Mein MEDI** Q

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
MVZ **vertraege-abrechnungen**
Versicherungen
Famulatur & PJ
Praxis- & Sprechstundenbedarf
Arztportal
Arztsuche
Partner:

MEDI-Mitglied werden
Wird MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen

Orthopädie / Chirurgie
Zurück zur Übersicht

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
> Herunterladen

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
> Mehr erfahren

Verträge & Abrechnung
Facharztverträge Hausarztverträge

Orthopädie/Chirurgie
AOK BW
> Mehr

Orthopädie/Chirurgie
Bosch BKK
> Mehr

Allgemeine Informationen und Formulare ✓
Inhalte des Infopakets ✓
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung ✓

Ansprechpartner
Kopik
Telefon 0711 80 60 79 – 276
Evangelia Pechlvani
Telefon 0711 80 60 79 – 269

Ansprechpartner bei den Krankenkassen

Die jeweils aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite

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

Ansprechpartner

Janina Kopik
Telefon 0711 80 60 79 – 276

Evangelia Pechlivanli
Telefon 0711 80 60 79 – 269

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

AOK

AOK-Ansprechpartner vor Ort (Arzt-Partner-Service)

AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst

Bosch BKK

Bosch BKK – Patientenbegleitung

Abrechnungskalender

Orthopädie AOK BW
Rechtsinhaber: AOK BW / BKK BW / BKK LND
Gesellschafter: AOK BW / BKK BW / BKK LND
Orthopädie AOK BW / BKK BW / BKK LND
AOK BW / BKK BW / BKK LND

2022

MEDIVERBUND
AKTIENGESELLSCHAFT

Januar	Februar	März	April	Mai	Juni
Sa 1 Neujahr	Di 1 AZ	Di 1 AZ	Fr 1 AZ	So 1 Muttertag	Mi 1 AZ
So 2	Mi 2	Mi 2	Sa 2	Mo 2 AZ	Do 2
Mo 3 AZ	Do 3	Do 3	So 3	Di 3	Fr 3
Di 4	Fr 4	Fr 4	Mo 4	Mi 4	Sa 4
Mi 5	Sa 5	Sa 5	Di 5	Do 5	So 5 Pfingstsonntag
Do 6 Heilige drei Könige	So 6	So 6	Mi 6	Fr 6	Mo 6 Pfingstmontag
Fr 7	Mo 7	Mo 7	Do 7	Sa 7	Di 7
Sa 8	Di 8	Di 8	Fr 8	So 8	Mi 8
So 9	Mi 9	Mi 9	Sa 9	Mo 9	Do 9
Mo 10	Do 10	Do 10	So 10	Di 10	Fr 10
Di 11	Fr 11	Fr 11	Mo 11	Mi 11	Sa 11
Mi 12	Sa 12	Sa 12	Di 12	Do 12	So 12
Do 13	So 13	So 13	Mi 13	Fr 13	Mo 13
Fr 14	Mo 14	Mo 14	Do 14	Sa 14	Di 14
Sa 15	Di 15	Di 15	Fr 15 Karfreitag	So 15	Mi 15
So 16	Mi 16	Mi 16	Sa 16	Mo 16	Do 16 Fronleichnam
Mo 17	Do 17	Do 17	So 17 Ostersonntag	Di 17	Fr 17
Di 18	Fr 18	Fr 18	Mo 18 Ostermontag	Mi 18	Sa 18
Mi 19	Sa 19	Sa 19	Di 19	Do 19	So 19
Do 20	So 20	So 20	Mi 20	Fr 20	Mo 20
Fr 21	Mo 21	Mo 21	Do 21	Sa 21	Di 21
Sa 22	Di 22	Di 22	Fr 22	So 22	Mi 22
So 23	Mi 23	Mi 23	Sa 23	Mo 23	Do 23
Mo 24	Do 24	Do 24	So 24	Di 24	Fr 24
Di 25	Fr 25	Fr 25	Mo 25	Mi 25	Sa 25
Mi 26	Sa 26	Sa 26	Di 26	Do 26 Christi Himmelfahrt	So 26
Do 27	So 27	So 27	Mi 27	Fr 27	Mo 27
Fr 28	Mo 28	Mo 28	Do 28	Sa 28	Di 28
Sa 29	Di 29	Di 29	Fr 29	So 29	Mi 29
So 30	Mi 30	Mi 30	Sa 30	Mo 30	Do 30
Mo 31	Do 31	Do 31	So 31	Di 31	Fr 31

Den Kalender mit den wichtigsten Terminen finden Sie im
Bereich: Abrechnungsunterlagen

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsschlichtung ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	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. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ) *	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie am Monatsanfang.
Stornierung von Abschlagszahlungen *	Fristende der Einreichung von Abschlagsstornierungen. (Formular siehe 2te Seite des Abschlagszahlungsinformationsbriefes)
Abschlagszahlungsinformation *	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationsbriefe versandt werden.
Versand des Abrechnungsbriefes	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
Schlusszahlung	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen werden.

* = gilt nicht für die BKK VAG Verträge Kardiologie und Gastroenterologie sowie den Diabetologievertrag der AOK B/W

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

Anmelden

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

MEDIVERBUND-ID:

MEDIVERBUND-ID

Passwort

Passwort

☐ An mich erinnern

Anmelden [Passwort vergessen?](#)

MEDIVERBUND Arztportal

Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!

Daten Dokumente

MEINE DATEN

Persönliche Daten

Hier finden Sie eine Übersicht über eingetragene Daten, um einen Kontakt zu ändern.

Dr. Name: [REDACTED]

LAUSE: [REDACTED]

MEDIVERBUND-ID: [REDACTED]

STRAßE: [REDACTED]

Wohnort/Postleitzahl: [REDACTED]

Stellen Sie sich hier ein, um sich anzumelden.

DOKUMENTE

Dokumententyp	Datum	Status	Aktionen
Empfangsbestätigung der Abrechnungsgelder (ZMD, Faltz) für MED-ID: [REDACTED]	08.11.2016	Abrechnung	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsgelder (ZMD, Faltz) für MED-ID: [REDACTED]	07.11.2016	Abrechnung	Download
Empfangsbestätigung der Abrechnungsgelder (ZMD, Faltz) für MED-ID: [REDACTED]	07.11.2016	Abrechnung	Download
Abrechnung über Abrechnungsgelder 4.2016	08.11.2016	Abrechnung	Download
Abrechnung über Abrechnungsgelder 4.2016	08.11.2016	Abrechnung	Download

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten

MEDIVERBUND
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
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Bitte wählen Sie einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Arzt.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch 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 (Pl 7)

Radius (km)

Suchen

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

Suchen



MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
blog.medi-verbund.de



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
blog.medi-verbund.de/newsletter/



MEDI Verbund goes Facebook

facebook.com/mediverbund



Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!
medi-verbund.de/youtube

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten

- 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

Der § 73c Vertrag Orthopädie AOK BW/Bosch BKK enthält als Teilnahmevoraussetzung:

- die Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V
- vertragsspezifische Fortbildungspflichten
 - **jährlich mind. zwei Kursen mit zusammen mind. 8 Fortbildungspunkten** zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrages
- die Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (gemäß § 5 Abs. 3)
 - **mind. 1 Qualitätszirkel je Halbjahr**, zu unterschiedlichen vertrags-spezifischen Themen, erforderlich

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
- 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 Rezeptaussstellungen, 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

Häufige Fragen zum Abrechnungsbrief

- OP Ziffer wurde gestrichen
 - OPS Code fehlt, wurde nicht übermittelt, es wurde die falsche OP Ziffer abgerechnet oder die Seitenlokalisierung des OPS wurde nicht korrekt eingetragen
- Mögliche Änderungen im Abrechnungsbrief
 - Beratungspauschale (z. B. BP3 - Gon-/Koxarthrose) wird gestrichen, da zu oft abgerechnet.
 - „Kettenreaktionen“ durch Streichung von Leistungen (z. B. BP3 nur mit P3 im Quartal abrechenbar). Wird P3 gestrichen, da schon 2 Zusatzpauschalen abgerechnet, fällt auch dazugehörige BP3 raus.

Häufige Fragen zum Abrechnungsbrief

- NEGSOFAB (Negative Sofortabrechnung)
 - Kennzeichnung des Abzuges von 15% in der Abrechnung für die nach 2 Quartalen nicht im FAV aktiv gewordene Patienten.

6	---Q1---	07.04.2015	1,00 €
7	E4	07.04.2015	0,00 €
8	---NEGSOFAB---	07.04.2015	-11,55 €
9	E4	28.04.2015	0,00 €
10	Summe:		65,45 €

- Aus der Abrechnung gestrichene Fälle
 - Es kann sein, dass Abrechnungsdaten komplett aus der Abrechnung gestrichen werden, z. B. in folgenden Fällen: Sofortabrechnung zu oft, Kassen IK des Versicherten ungültig, Leistungen wurden komplett gestrichen, Fall wurde einem Praxispartner zugeteilt.
 - Diese Fälle sind gesondert im Abrechnungsbrief oder der Empfangsbescheinigung dargestellt.

Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsart	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl gestrichener Fälle	Anzahl verlorener Fälle *
Q1/2014	100	100	0
Q2/2014	100	100	0
Q3/2014	100	100	0
Q4/2014	100	100	0
Q1/2015	110	110	0
Q2/2015	110	110	0

* Es kann sein, dass von Ihnen übermittelte Abrechnungsdaten komplett aus der Abrechnung entfernt werden müssen. Dies wird zum Beispiel verursacht durch:

- Sofortabrechnung außerhalb der Frist
- Sofortabrechnung zu oft
- Kassen IK des Versicherten ist ungültig
- Leistungen wurden komplett gestrichen
- Versicherten wurde an einen Praxispartner abgetreten

Diese Fälle werden Ihnen gesondert im Abrechnungsbrief oder in der Empfangsbescheinigung dargestellt.

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
3. Vergütungssystematik
4. Vertragsdokumente
5. Abrechnungssystematik
6. Internetauftritt
7. Häufige Fragen
8. Pharmaquoten



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.

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche
Praxisbezogene Suche
Patientenbezogene Suche

Suche
ATC-Katalog
Erweiterte Suche

ondansetron
N1

Suchgebiet

☒ Medikament
☐ Hersteller
☐ Wirkstoff
☐ PZN
☒ Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingual -1A Pharma® 6 Schmelztbl. N1	51,27 €	-	5,13 €		4mg	N1	6 st	4945387	M
Ondansetron 8 lingual -1A Pharma® 6 Schmelztbl. N1	81,94 €	-	8,19 €		8mg	N1	6 st	5965305	M
Ondansetron 8mg Westen 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8mg 10 Filmtbl. N1	87,00 €	-	frei		10mg	N1	10 st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	108,99 €	-	10,89 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Name:
Hersteller:

Aut idem
Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

☒ Medikament ☐ Hersteller ☐ Wirkstoff ☐ PZN ☒ Rabattierung

Kurzbezeichnung	P	F	Z	R	W	G	M	PZN	T
Ondansetron - 1 A Pharma 4mg 10 Filmtbl. N1	53,13 €	-	frei		5mg	N1	10 st	3845086	M
Ondansetron - 1 A Pharma 8mg 10 Filmtbl. N1	91,44 €	-	frei		10mg	N1	10 st	3846660	M
Ondansetron 4 lingu							st	4945387	M
Ondansetron 8 lingu							st	5965305	M
Ondansetron 8mg W							st	5957889	M
Ondansetron AbZ 4							st	1810020	M
Ondansetron AbZ 8							st	1810043	M
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	53,62 €	-	frei		5mg	N1	10 st	0170995	M
Ondansetron Aurus 8mg 10 Filmtbl. N1	92,07 €	-	frei		10mg	N1	10 st	0171003	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x2 ml N1	56,41 €		5,64 €		2,5mg	N1	5x2 ml	0801177	M
Ondansetron B Braun 2mg/ml Amp. 5x4 ml N1	79,80 €		7,98 €		2,5mg	N1	5x4 ml	0801243	M
ONDANSETRON BASICS 4mg 10 Filmtbl. N1	61,26 €	-	6,13 €		5mg	N1	10 st	6866545	M
ONDANSETRON BASICS 8mg 10 Filmtbl. N1	108,88 €	-	10,89 €		10mg	N1	10 st	6866551	M

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

Name: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1
Hersteller: Quisisana Pharma Deutschland GmbH

Verschreibungspflichtig!
Apothekenpflichtig!

Aut idem
Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

rationale Pharmakotherapie

Das ausgewählte Medikament ist: Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1

Bitte prüfen Sie, ob der ausgewiesene Substitutionsvorschlag im konkreten Einzelfall z.B. in Bezug auf Zulassungsindikation, Wirkstärke und Darreichungsform

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtabl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtabl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispiel Grünquote

Wenn in mindestens 90% der Fälle, in denen aus der Arzneimitteldatenbank ein grünes Präparat vorgeschlagen wird – also eine „grüne Verordnung theoretisch möglich wäre“, letztendlich auch ein grün markiertes Präparat verordnet wird, dann ist die Grün-Quote ($\geq 90\%$) in diesem Quartal erreicht.

In diesem Fall erhält der Vertragsteilnehmer automatisch eine Vergütung auf jede in diesem Quartal abgerechnete Grundpauschale.

Zur Berechnung der Pharma-Quoten werden nur die Verordnungsdaten der Praxis berücksichtigt. Auch wenn das Präparat z. B. in der Apotheke substituiert wird, erfolgt die Berechnung der Pharma-Quoten auf Basis der ursprünglich in der Praxis ausgestellten Verordnungen.

Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen:

1	P1	28.11.2017	26,00 €
2	---Q1---	28.11.2017	1,00 €
3	---Q2---	28.11.2017	7,00 €
4	---Q3---	28.11.2017	3,00 €
5	---Q5 BLAU---	28.11.2017	0,50 €
6	---Q5 GRUEN---	28.11.2017	1,00 €
7	---Q5 ROT---	28.11.2017	2,50 €
8	BP3	28.11.2017	20,00 €
9	P1A	28.11.2017	5,00 €
10	P2A	28.11.2017	16,00 €
11	P3	28.11.2017	15,00 €
Summe:			97,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,46 €

1	P1	17.10.2017	26,00 €
2	---Q1---	17.10.2017	1,00 €
3	---Q2---	17.10.2017	7,00 €
4	---Q3---	17.10.2017	3,00 €
5	---Q5 BLAU---	17.10.2017	0,50 €
6	---Q5 GRUEN---	17.10.2017	1,00 €
7	---Q5 ROT---	17.10.2017	2,50 €
8	BP2B	17.10.2017	20,00 €
9	P1A	17.10.2017	5,00 €
10	P2B	17.10.2017	16,00 €
11	P3	17.10.2017	15,00 €
12	E4A	13.11.2017	0,00 €
Summe:			97,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,46 €

Der Abrechnungsbrief enthält eine Auflistung der Quoten und der Zielwerte gem. Vertrag sowie eine Darstellung der arztindividuellen Erreichung der Quote.

Zusätzlich bietet diese Seite einige Tipps und Tricks, wie die Quotenerreichung bei Bedarf optimiert werden kann.

Erreichung Ihrer Pharmaquoten

In der nachfolgenden Tabelle können Sie Ihre individuelle Erreichung der Pharmaquoten nachvollziehen.

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	$\geq 70 \%$
Q3/2021	grün	98 %	$\geq 90 \%$
Q3/2021	rot	3 %	$\leq 3 \%$



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**