

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	<p>Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte Grundversorgung</p> <p><i>Hausarztbene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) ○ Überweisung zum FACHARZT, v.a. bei spezifischen Schmerzen und gemäß u.g. Versorgungsschwerpunkte, auch zur Minderung von Chronifizierungsbeschwerden, Förderung der Lebensqualität und der Teilhabe am Leben durch fachärztlich unterstützend gezielte Diagnostik, Beratung und Therapie ○ ggf. Vorbefunde (Labor, Bildgebung) ○ Informationen zu Mitbehandlungen oder anderweitigen Maßnahmen, Risikofaktoren auch psychosozialer Art, ○ Komorbiditäten körperlicher und seelischer Art <p>Orthopädische Leistungen</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Korrekte Diagnosestellung nach ICD-10 als Grundlage für eine evidenzbasierte bzw. leitliniengerechte Therapie (Anlage 12 Anhang 2 und auf der Basis von Anlage 17), 2. Bio-psycho-soziale Anamnese (Anlage 17) <p>Grundsatz Erhebung der körperlichen Beschwerden und Funktionsfähigkeit sowie nicht körperlicher Beschwerden und Ursachen, v.a. bei drohender Chronifizierung von Schmerzen, d.h. Gesprächsbereitschaft ohne allzu voreilige bildgebende oder invasive Diagnostik (sorgfältige Indikationsstellung für therapeutische Konsequenzen), außer in Notfällen bzw. Akutsituation z. B.</p>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p> <p>Ausnahme:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt. • P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a- Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene 	26,00 €

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vorgeschichte, Vorerkrankungen, (Anfangs-) Beschwerden, familiäre Krankheitsgeschichte, eigene Vorerkrankungen und Verletzungen, angeborene Leiden in der Verwandtschaft ○ Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht-(sverlust) ○ Beruf, Familie, (Freizeit-) Verhalten, Lebensgewohnheiten, Belastungen körperlich und seelisch, Einstellungen/Überzeugungen ○ Zeitdauer, Lokalisation, Hergang und Charakter der aktuellen Beschwerden ○ Schmerzanamnese: akut/ chronisch - ausreichende medizinische Erklärbarkeit ○ neurologische Defizite, Fieber ○ Medikamentenanamnese, Kontraindikationen, Allergien usw. ○ Komorbiditäten, insbesondere auch psychische Störungen usw. <p>3. Klinische Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B. Inspektion zu Haltung, Körperstatik, Bewegungsablauf, Gangbild, Bewegungsausmaß (Neutral-Null-Methode) <p>4. Manuelle Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B. Palpation von Haut, Untersuchung aktiv und passiv, Konsistenz, Funktionen, Sensibilität usw. von Gelenken, Muskeln, Sehnen, Nerven, Gefäßen usw. <p>5. Ggf. apparative Diagnostik nach den o.g. Punkten</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B. Röntgenuntersuchung wenn therapeutische Konsequenzen wie Korrekturingriffe (Endoprothesen usw.), ggf. Veranlassung von Schnittbildgebung (Bandscheibenvorfälle, Frakturen usw. unter Beachtung von Kontraindikationen wie Herzschrittmacher u.a.), Kontrastmittelaufnahmen, Szintigraphie, Sonographie usw. <p>6. Ggf. Laboruntersuchungen, ggf. Veranlassung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ z. B. bei entzündlichen, systemischen Erkrankungen usw. (wie z. B. BSG, BB, CRP, Harnsäure, Phosphatase, Kalzium, Vitamin D, Parathormon, Rheumafaktoren, Antinukleäre Antikörper) <p>7. Ggf. invasive Untersuchungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Beachtung sorgfältiger Indikationsstellung, falls nicht ersetzbar durch Bildgebung bzw. nichtinvasive Verfahren ○ ggf. Punktionen zur Druckentlastung, Schmerzlinderung, Applikation von Medikamenten, Kontrastmitteln, Flüssigkeitsgewinnung (Diagnostik) <p>8. Präventive Information und auch motivationale Beratung (siehe auch Anlage 17)</p> <p>Leitgedanke</p> <ul style="list-style-type: none"> • Mit der präventiven Information und motivationalen Beratung soll 	<p>Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar. <p>HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.</p>	
--	--	--	--

- eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung aufgebaut werden,
- Selbstmanagement, Eigenverantwortung und Copingstrategien des Patienten zur Bewältigung bio-psycho-sozialer (Stress-) Faktoren (gem. Anlage 17) gefördert und unterstützt werden,
- Ängste und Vermeidungsverhalten abgebaut und
- Behandlungserwartungen gemeinsam besprochen werden.
- z. B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden/Fehl-Belastungen

9. Ggf. Veranlassung konservativer Maßnahmen und nichtoperativer Therapien z. B.

- physikalische Therapie, ggf. manuelle Medizin (Chirotherapie)
- Rehasport oder Funktionstraining
- Verbände, Gips
- Heilmittel
- Indikationsstellung zur Hilfsmittelversorgung sowie deren Kontrolle
- Hilfsmittelverordnung grundsätzlich unter Angabe einer 7-stelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses oder durch Angabe der Produktart. Hilfsmittelverordnungen über die 10-stellige Positionsnummer erfordern gemäß Hilfsmittel-Richtlinie eine entsprechende medizinische Begründung.
- Empfehlung und Verordnung von wie auch Nachbetreuung nach medizinischer Rehabilitation, beruflicher Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX; Zusatzinformation: Zugehörige Kostenträger lt. § 6 SGB IX)
- Weiterer supportiver bzw. therapeutischer Maßnahmen wie Psychotherapie
- ggf. Akupunkturbehandlung

10. Ggf. invasive Verfahren als Therapie

- z. B. Neuraltherapie, Facettentherapie, Infiltrationen, intraartikuläre, periartikuläre Injektionen usw.

11. Ggf. Indikationsstellung, Darstellung und Einleitung operativer Verfahren z. B.

- wenn ein körperlicher Schaden als wesentliche Ursache der Schmerzen benannt wird
- und psychische Gesichtspunkte nicht gegen einen Operationserfolg sprechen.
 - Operationen an Knochen, Gelenken, Wirbelsäule, Sehnen und Muskeln, Nerven, Haut mit sorgfältiger Planung, Vorbereitung, Durchführung, postoperativer Phase, Rehabilitation, Nachsorge usw.
 - unter strenger Indikationsstellung und relativer Indikation zur Beseitigung von Schmerzen, Ausgleich einer Fehlf orm und Funktionsverbesserung
 - dringliche Indikation z. B. bei aktueller Lähmungsgefahr oder Stabilitätsverlust

12. Ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans zu o.g. Empfehlungen, Maßnahmen und Verfahren z. B. zur

- Zielvereinbarung mit dem Patienten z. B. zur Alltagsbewegung und zur Motivation bezüglich körperlicher und sonstiger Aktivitäten

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Wiedervorstellung mit Kontrolle des Behandlungserfolgs ○ Einleitung weiterer Maßnahmen wie frühzeitige Rehabilitation, Überprüfung der Wirksamkeit von Heil- und Hilfsmittelverordnungen usw. ○ Überprüfung der Medikation, Verträglichkeit, Nebenwirkungen usw. im Verlauf ○ Koordination weiterer Maßnahmen zur Unterstützung auch im Verlauf <p>13. Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT <p>14. Sonstiges situativ z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ prä- und postoperative Betreuung gemäß Anhang 1 (Gesamtziffernkranz) ○ Veranlassung von Laborleistungen respektive Abnahme von Blut gemäß Anhang 1 (Gesamtziffernkranz) und ggf. Vorort-Labor <p>15. Chirurgische Leistungen gemäß EBM-Gesamtziffernkranz Anhang 1, sofern diese nicht in anderen Vergütungspositionen dieser Anlage geregelt sind.</p> <p>Der FACHARZT kann die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit dem Einverständnis des Patienten in allen dafür geeigneten Fällen in Anspruch nehmen</p>		
<p>Überweisungs- pauschale P1A</p>	<p>Siehe P1</p>	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Nur additiv zu P1 abrechenbar.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	<p>AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5 €</p>

2. Spezielle Orthopädie Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gemäß Gesamtziffernkranz), insbesondere			
Zusatzpauschale P2A	<p>Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen</p> <p><i>Hausarztbene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Überweisung zum Orthopäden bei unspezifischem Rückenschmerz, wenn z. B. 2-4 Wochen Arbeitsunfähigkeit oder Schmerzdauer über 6 Wochen besteht und eine Betreuung beim Hausarzt erfolgt</i> • <i>Laborparameter</i> • <i>Befunddokumentation an den Orthopäden gemäß Befundbericht</i> • <i>Überweisung zum FACHARZT sowie umfassende Befundübermittlung zur Patientenkarriere, Komorbiditäten und Besonderheiten</i> <p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15 ➤ sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP2 A ➤ und spezifisch zu den folgenden Punkten <p>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ die ICD-Kategorie M54.- Rückenschmerzen enthält mehrere Schlüsselnummern, die vordergründig nur das Symptom Rückenschmerz und keine spezifische Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens beschreiben, daher spezifische und korrekte Verschlüsselung ○ ggf. zu verschlüsseln sind auch F45.4, F45.40, F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei seit 6 Monaten bestehenden Schmerzen (genaue Definition in Anlage 17) ○ ggf. abzugrenzen sind u.a. F62.80 andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, R52.1, R52.2 oder F54 psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten. ○ ggf. zu ergänzen auch Adipositas mit jeweiligem Schweregrad E66.- <p>2. Bio-psycho-soziale Anamnese z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Ausschluss red flags bzw. Ausschluss spezifischer Ursachen 	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12. • Nicht neben P2B abrechenbar. • Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P3 oder P4 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	<p>16,00 €</p>

- zum biomechanischen Belastungsprofil z. B. berufs- bzw. arbeitsplatzbezogen
- Berücksichtigung arbeitsplatzbezogener, soziodemografischer und psychologischer bzw. erhaltensbezogener Risikofaktoren und Belastungen (sog. auch yellow flags), privater oder/und beruflicher Distress usw.
- umfassende Berücksichtigung evtl. weiterer seelischer oder körperlicher Beschwerden
- zu Medikamentengebrauch, Arztwechsel, zu der Vermeidung von Bewegung und sozialen Kontakten (beruflich/privat)
- Abgrenzung Somatisierungstendenzen mit ängstlicher Vermeidungsstrategie und ggf. somatoformer Störungen usw.
- Klärung der Überzeugungen und Erwartungen der Patienten

5. Testverfahren z. B.

- zur bio-psycho-sozialen Befindlichkeit HKF R 10
- Stress-Fragebögen z. B. Kaluza Stressbewältigung, Checkliste 2011 zu alltäglichen Belastungen usw.
- 2-Fragen-Test zur Depressivität
- bei höherem Chronifizierungsstadium Fragebogen nach Gerbershagen,

8. Präventive Information und motivationale Beratung

Leitgedanke (siehe P1) sowie

- Eine Chronifizierung sollte unter allen Umständen vermieden werden. Die Bildgebung sollte zurückhaltend eingesetzt werden, auch weil diese eine Chronifizierung begünstigen kann.

Information und Beratung

- zu Rückenschmerzen als Krankheitsbild und auch als Zivilisationserscheinung,
- zu begünstigenden Faktoren für Rückenschmerzen, z. B. einseitige, ggf. wiederkehrende körperliche oder/und seelische Belastungen und Fehlhaltungen
- zur Funktionsweise der Wirbelsäule/Bandscheibe, Veränderungen im Sitzen/Stehen versus Laufen/Liegen usw.
- Erläuterungen zur Vermeidung unnötiger bildgebender Verfahren wie Röntgen, Kernspintomografie usw.
- Informationen zum Alltagsverhalten, ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells
- zur Bedeutung von muskulärer Aktivierung (Ausdauer, Kraft, Dehnung, Koordination, Entspannung) zur Stärkung der Bandscheiben gegen einseitige Fehlbelastungen
- zu Patienteninformationen (z. B. RückenAktiv - Schulungsportal online der AOK, IQWiG etc.) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- Anleitungen zu praktischen Bewegungsübungen, z. B. Hockergymnastik, Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote usw.) mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen

- zur Selbsthilfe (z. B. Rheuma-Liga)
- zum Abbau psychosozialer Stressfaktoren beruflich oder/und privat,
- zu örtlichen Angeboten zur Bewegung, Entspannung, Ernährung usw., auch in Gruppen bei chronischen Verläufen
- Follow-up mit beratender Unterstützung zu Lebenszielen, Lebensqualität, Aktivität, Selbstbewältigungsstrategien, Emotionen etc. zur Vermeidung von Exazerbationen und Vermeidung einer Schmerzfokussierung
- Gemeinsame Zielvereinbarungen und Festlegung im Versorgungsplan

9. Konservative Therapie z. B.

- Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport
- Ggf. Verordnung für AOK-RückenKonzept (AOK-Rückenstudios)
- ggf. temporär Medikation wie Analgetika Paracetamol oder NSAR, Muskelrelaxantien - unter Beachtung von Allergien, Komorbiditäten, Alter bzw. Risikofaktoren nach festgesetztem Zeitschema
- interdisziplinäre Versorgung je nach individuellem Risikoprofil, s.o.
- ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1)
- ggf. Heilmittelverordnung

10. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit des FACHARTZES mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK wird initiiert

- bei Vorliegen einer drohenden Chronifizierung, bzw. bei chronifizierten Rückenschmerzen (M54.-) und
- in Verbindung mit einem Verdacht oder Vorliegen einer psychischen Komorbidität (vor allem F32.-, F45.40, F45.41). Abhängig von Art und Schweregrad der psychischen Erkrankung wird i.d.R. vom HAUSARZT eine zeitnahe und leitlinienorientierte Koordination und Kooperation zu einem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN des Facharztvertrages Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (PNP-Vertrag) eingeleitet (siehe Anlage 17 PNP-Vertrag).
- bei Vorliegen von mindestens einem relevanten psychosozialen Kontextfaktor, diese sind
 - Seelische Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld (u.a. Arbeitsplatzkonflikt, siehe Anlage 17 ORTHOPÄDIE-Vertrag, Anlage 17 HZV-Vertrag)
- Bei Vorliegen von Unterstützungs- und Vermittlungsbedarf bei der Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen, z. B.
 - Organisation und Nachsorge von Rehabilitationsmaßnahmen

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Vernetzung regionaler Versorgungsangebote <p>Die Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg / der Patientenbegleitung Bosch BKK soll in der Regel über den Hausarzt erfolgen.</p> <p>13. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17 		
<p>Zusatzpauschale</p> <p>P2B</p>	<p>Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit spezifischen Rückenschmerzen</p> <p><i>Hausarztebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Überweisung bei spezifischem Rückenschmerzen je nach klinischem Befund und zugrunde liegendem morphologischem Korrelat bzw. auch nach klinischer Notfallversorgung zur Nachsorge bzw. zum Follow-up • Laborparameter • Bildbefunde usw. <p>Orthopädische Leistungen</p> <p>Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15</p> <p>und bei spezifischen Rückenschmerzen, z. B. mit ausgeprägten neurologischen Symptomen</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ weiteres Vorgehen je nach Ursache und Klinik, diagnostischem Befund und Prognose weiteres Vorgehen ○ ggf. zu Selbsthilfegruppen ○ zu Bewegungsangeboten ○ zu Funktionstraining oder Rehasport z. B. operativ bei Stabilitätsgefährdung ○ z. B. interventionell bei Radiculopathien ○ ggf. unabhängige Zweitmeinung bei chronischen Schmerzzuständen usw. ○ umfassende Betreuung, Versorgungsplan sowie Vor- und Nachsorge in enger interdisziplinärer Abstimmung ○ ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1) ○ ggf. Heilmittelverordnung <p>13. Dokumentation</p> <p>Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12. • Nicht neben P2A abrechenbar. • Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P3 oder P4 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	<p>16,00 €</p>

<p>Zusatzpauschale</p> <p>P3</p>	<p>Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit Gon- und Koxarthrose</p> <p><i>Hausarztebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> Überweisung zum Orthopäden z. B. Veranlassung der Bildgebung zur Erstdiagnose, Mitberatung und –betreuung durch den Orthopäden zur Förderung der Lebensqualität, Teilhabe am Leben und Minderung von Chronifizierung Laborparameter auch zur Differentialdiagnose Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Befundbericht <p>Überweisung zum FACHARZT, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten</p> <p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15 sowie Grad der Evidenzbasierung unter PB 3 und spezifisch zu folgenden Punkten <p>1. korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none"> korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2 die Kodierung der Arthrosen aus M16-M19 mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine bildgebende Diagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus, nur sinnvoll bei gelenkbezogenen Symptomen Kodierung von Adipositas (BMI > 30) zu verschlüsseln als E66.- <p>1. Klinische Untersuchung z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> spezifische Funktions- und Schmerztests, Ganganalyse usw. <p>5. Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> üblicherweise radiologisch bei Beschwerden v.a. gelenkbezogenen Schmerzen über der Leiste bei Koxarthrose und im Bereich Kniegelenk bei Gonarthrose Kellgren-Lawrence-Score weitergehende Bildgebung in Sonderfällen abhängig von der Art der Beschwerden <p>8. Präventive Information und motivationale Beratung z. B.</p> <p>Leitgedanke (siehe P1) sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau und Gewichtsreduzierung bei Übergewicht bei vorliegender Gon- oder Koxarthrose sind frühzeitig einzuleiten, um Gelenkstrukturen und -funktionen so lange wie möglich zu erhalten und somit invasive Therapiemaßnahmen zu vermeiden bzw. zu verzögern. 	<ul style="list-style-type: none"> Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12. Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P2A oder P2B oder P4 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	<p>15,00 €</p>
--	--	--	----------------

- von längerfristiger medikamentöser Behandlung, Opioidbehandlung, Radiosynoviorthese, pulsierender Signal-, Magnetfeld-Therapie ist aufgrund unzureichender Evidenzbasierung abzuraten.
- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind evtl. somatoforme oder depressive Störungen und andere Komorbiditäten (und dadurch bedingte Antriebsstörungen etc.) zu berücksichtigen.
- Bei Entfernung von Meniskusgewebe ist auf das entstehende Arthroserisiko hinzuweisen
- Von einer sog. Gelenktoilette, Knorpelglättung o.ä. ist abzuraten, da sie langfristig die Arthroseentwicklung nicht verhindern kann.

Information und Beratung

- zum Krankheitsbild und -verlauf
- zur Bedeutung von Lebensstilfaktoren und Auswirkungen von Gewichtszunahmen bzw. Übergewicht auf den Krankheitsverlauf v.a. bei Kniearthrose,
- zu Fehlhaltungen und –belastungen, auch arbeitsplatzbezogen oder in der Freizeit
- zum Alltagsverhalten und zu Risikofaktoren ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Eigenaktivität
- zur Bedeutung muskulärer Aktivität und dem richtigen Bewegungsverhalten, Minderung von Übergewicht, langfristigem Training (wenn frei von entzündlicher Symptomatik) im Alltag zur Stärkung der gelenkschützenden Muskulatur usw.
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen, ggf. mit Einbezug des Partners
- zu örtlichen Bewegungsangeboten (z. B. Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote)
- zu Patienteninformationen (z. B. IQWiG) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. zur Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- zur Selbsthilfe (z. B. Rheuma-Liga)
- zu lokalen Maßnahmen auch zu topischen
- zu medikamentösen Maßnahmen wie Paracetamol (wenn keine Ergussbildung), bei „aktivierter Arthrose“ nichtsteroidale Antirheumatika begrenzt z. B. auf 4 Wochen unter Beachtung von Komorbiditäten v.a. Bluthochdruck, bei Fortbestehen ggf. Kortison intraartikulär nach Aufklärung zu Wirksamkeit und zu Risiken usw.
- zu medikamentösen Nebenwirkungen (z. B. bei NSAR, siehe Rote-Hand-Brief Diclofenac, bei Kortikoiden)
- ggf. zu technischen Hilfen
- ggf. zu sonstigen Maßnahmen, wie z. B. kritische Bewertung von Hyaluronsäure intraartikulär, Glukosamin-, Chondroitinsulfat usw.
- ggf. zur operativen Therapie nach Ausschluss psychischer Störungen bzw. deren Behandlung und bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Gelenkschaden, Schmerz und Funktionsstörung
- ggf. zu sonstigen Verfahren, auch zu der Zweitmeinung
- ggf. zur Endoprothese bei Arthrose in der Hüfte, Grad 3-4, nach Kellgren und Lawrence usw. und entsprechender schmerzhafter Funktionseinschränkung
- ggf. auch nach endoprothetischer Versorgung bei Chronifizierung von Schmerzen und nach Ausschluss von Implantatkomplikationen, weil etwa 10 % der Patienten mit einer Hüftendoprothese und etwa 30% der Patienten mit einer Knieendoprothese nicht zufrieden sind

	<p>9. Konservative Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ggf. Muskelkräftigung, Koordinationsschulung, vor allem Schwimmen, Radfahren, Spazieren ○ ggf. Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport (ggf. TEP-Gruppen) ○ ggf. Schmerzlindernde Therapiemaßnahmen wie z. B. flexible Verbände, physikalische Therapie, Rationale Pharmakotherapie, ggf. Punktion in Einzelfällen, ggf. nur in Ausnahmefällen Röntgenbestrahlung ○ ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1) ○ ggf. Heilmittel <p>10. Operative Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ strenge Indikationsstellung unter Beachtung von Komorbiditäten, wenn die subjektive Beschwerdesymptomatik, die klinischen und radiologischen Befunde übereinstimmen und die konservativen Maßnahmen ausgereizt wurden ○ Durchführung der Qualitätssicherungs-Maßnahmen zur Arthroskopie gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 ○ ggf. auch Zweitmeinung, z. B. Korrektur von Deformitäten ○ ggf. gelenkerhaltende Operationen, z. B. Osteotomie bei Beinachsendeformitäten ○ ggf. Endoprothese (z. B. Arthrose Hüfte Grad 3-4 nach Kellgren und Lawrence) ○ ggf. Unterstützung bei der Krankenhausempfehlung durch den AOK-Krankenhausnavigator ○ ggf. Information über AOK-proReha <p>13. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17 		
<p>Zusatzpauschale P4</p>	<p>Orthopädische leitliniengerechte Versorgungsinhalte von Patienten mit Osteoporose <i>Hausarztebene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Überweisung zum Orthopäden insbesondere bei Fraktur (-gefährdung) zur Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Im Verlauf auch mit entsprechender Beratung.</i> • <i>Risikoassessment mit klinischen Risikofaktoren und Basisdiagnostik je nach Möglichkeit beim HAUSARZT oder FACHARZT.</i> • <i>Laborparameter auch wegen Differentialdiagnose;</i> • <i>Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Begleitschreiben: Überweisung zum FACHARZT, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten.</i> • <i>Wenn bei der Basisdiagnostik eine DXA Messung und ggf. Röntgendiagnostik notwendig ist möglichst bei Orthopäden</i> 	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang zur Anlage 12. • Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P2A oder P2B oder P3 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig. • Eine parallele privatärztliche 	<p>20,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> • Folgeverordnungen finden sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte beim HAUSARZT statt. • Überweisung zum FACHARZT zu Verlaufskontrollen gemäß Leitlinie. <p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15 ➤ sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP4 ➤ und spezifisch zu Punkt <p>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ die Kodierung der Osteoporose erfordert neben der Lokalisationsangabe eine Differenzierung nach der Ätiologie und danach, ob eine pathologische Fraktur vorliegt oder nicht, "G" setzt einen radiologischen Nachweis mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus (Anlage 17) <p>2. Testverfahren</p> <p>Risikoassessment und ggf. Basisdiagnostik inkl. Muskeltest</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ anamnestische und klinische Erhebung von Risikofaktoren einer Osteoporose (Anlage 17) ○ ggf. Sturzrisiko v.a. bei verminderter Muskelkraft, Sehstärke, kardiovaskulären und neurologischen Beschwerden oder Komorbiditäten, Einnahme von Sedativa, Schmerzmitteln usw. <p>5 Apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ggf. Röntgen bei bei Patienten/Patientinnen über 50 Jahre bei Größenverlust über 4 cm und bei früherer Wirbelfraktur oder einer anderen osteoporotischen Fraktur (DXA-Messung bei einem 10-Jahresrisiko über 20% sekundärem Osteoporoserisiko etc.) ○ ggf. DXA zur Diagnosestellung, Therapieeinleitung und ggf. zur Überprüfung einer Osteoporosetherapie, z. B. 6 bis 24 Monate ○ ggf. Labor in Abstimmung mit dem HAUSARZT zum Ausschluss einer sekundären Osteoporose z. B. bei Plasmozytom usw. 	<p>Rechnungsstellung für eine Knochendichtemessung DXA ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	
	<p>1. Präventive Information und motivationale Beratung z. B.</p> <p>Leitgedanke (siehe P1) sowie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau, Kraft- und Koordinationstraining, Bewegung an der frischen Luft sowie calciumreiche Ernährung bei vorliegender Osteoporose sind frühzeitig einzuleiten um das Fortschreiten der Osteoporose sowie pathologische Frakturen so lange wie möglich zu vermeiden bzw. zu verzögern. 		

- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind mögliche depressive Verstimmungen mit vermindertem Antrieb z. B. körperlicher oder sozialer Aktivitäten zu berücksichtigen.
- Neben der Förderung der körperlichen Aktivität ist eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung einzuleiten.

Information und Beratung

- zum Krankheitsverlauf und zum Risiko weiterer osteoporotischer Frakturen,
- zum Einfluss von Lebensstilfaktoren (Bewegung, Ernährung, Entspannung bzw. Distress, Konsumverhalten) auf den Krankheitsverlauf, da z. B. körperliche Inaktivität das Krankheitsbild fördert
- zur Bedeutung von Muskelkräftigungen der Beckenmuskulatur mit Ermutigung zum Gehen und Förderung der Geschicklichkeit usw.
- zur Bedeutung der Ernährung und Ernährungsberatung z. B., zur Calciumaufnahme über die Nahrung, ggf. Vitamin D-Zufuhr, ggf. auch Unterstützung mit Calciumrechner
- zu Auswirkungen von Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum auf den Krankheitsverlauf und ggf. Weitervermittlung in AOK / BKK-Gesundheitsangebote
- zur Sturzprophylaxe zur Verminderung des Sturzrisikos auch zur Reduzierung von Stolperfallen im häuslichen Umfeld, zu örtlichen Bewegungsangeboten (z. B. Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote und zur Sturzprophylaxe)
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen
- zum Alltagsverhalten und Risikofaktoren ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Eigenaktivität
- Zu Selbsthilfegruppen (z. B. Rheuma-Liga)
- zu Patienteninformationen, z. B. der DVO, IQWiG zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- zur medikamentösen Schmerztherapie vorübergehend v.a. nach frischer Fraktur
- zur Beachtung der verminderten Wirkung von Opioiden auch bei depressiver Störung, Opioide nur bei seltenen Besonderheiten, Ausschleichen von Schmerzmitteln
- zur Basistherapie mit besonderer Beachtung der Arzneimittelrichtlinie (Anlage 17) und in Kombination mit Bewegungstherapie zur Reevaluation mit DXA-Messung gemäß DVO-Leitlinie (bzw. auch je nach individueller Risikokonstellation)

2. Ggf. Konservative Therapie

- Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport
- Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1).
- Verordnung von Heilmitteln

13. Dokumentation

- Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17

	<p>14. Wiedervorstellung z. B.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ abhängig vom Risikoprofil 6 bis 24 Monate, ○ bei akuten Beschwerden, Unverträglichkeiten oder Medikamentenwechsel frühzeitig 		
<p>Zusatzpauschale P5</p>	<p>Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit rheumatoiden Gelenkerkrankungen <i>Hausarztbene</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Entscheidung des HAUSARZTES über eine Überweisung zur weiteren fachärztlichen differentialdiagnostischen Abklärung bei V.a rheumatische Gelenkerkrankung und ggf. Einleitung einer Therapie zum Orthopäden und/oder Internistischen Rheumatologen. Ein Termin zur fachärztlichen Differentialdiagnostik sollte innerhalb 14 Tagen spätestens nach 21 Tagen nach erfolgter hausärztlicher Überweisung stattfinden.</i> • <i>Befunddokumentation an Orthopäden/Internistischen Rheumatologen gemäß Begleitschreiben, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten</i> <p>Orthopädische Leistungen</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15 ➤ sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP 5 ➤ und spezifisch zu Punkt <p>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ der spezifischen Form wie z. B. M05-M07 usw., auch Morbus Bechterew als seronegative Spondylarthropathien <p>3 Klinische Untersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Inspektion, Palpation von Gelenken, Erkennung der synovialitischen Gelenkschwellung, Neutral-Null-Methode, • Funktionsfähigkeit der Hand, • Erhebung der Leitsymptome wie z. B. Gelenkschmerz mit Entzündungszeichen, verändertes Gangbild, Schonhaltungen, andere Schmerzen, • Erfassung von Gelenkzerstörungen mit Fehlstellungen • Ggf. Nachweis von Rheumaknoten • Ggf. zur Beteiligung weiterer Organe (z. B. zum kardovaskulären Risiko) <p>4 Fragebögen zur Befindlichkeit einmal im Quartal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12. • Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P2A oder P2B oder P3 oder P4 im Quartal abrechnungsfähig. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	<p>25,00 €</p>

- bzw. zur Funktionsfähigkeit z. B. DAS28 nach van Gestel, Funktionsfragebogen Hannover FFbH, BASDAI

5 Bildgebende Diagnostik gemäß Anlage 17

- Ggf. Röntgen beider Hände, Füße, HWS
- Ggf. Arthrosonografie
- Ggf. MRT, Szintigrafie selten

6 Weiterführende Diagnostik gemäß Anlage 17

- Z. B. Laboruntersuchungen (BSG, CRP, immunologische Befunde wie Rheumafaktor, ACPA IgG-Ak, Anti CCP, MCV-Ak, ANA, Blutbild, Glukose, Kreatinin, Leberenzyme)

8. Präventive Information und motivationale Beratung z. B.

Leitgedanke (siehe P1) sowie

- Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau, Kraft- und Koordinationstraining bei vorliegender rheumatischer Gelenkerkrankung sind frühzeitig einzuleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung so lange wie möglich zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- Die motivationale Beratung sollte als entscheidender Erfolgsparameter für die Schmerzbewältigung kontinuierlich im Krankheitsverlauf stattfinden, damit lebenslange bewegungstherapeutische Maßnahmen sichergestellt und Vermeidungsverhalten überwunden werden können.
- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind mögliche depressive Verstimmungen mit vermindertem Antrieb z. B. körperlicher oder sozialer Aktivitäten zu berücksichtigen.
- Einleitung einer interdisziplinären Versorgung im Krankheitsverlauf

Information und Beratung

- zum Krankheitsbild und –verlauf sowie zum Einfluss von Lebensstilfaktoren auf den Krankheitsverlauf
- frühzeitig zur Bedeutung der Bewegungstherapie (Schulung usw.) und zu sporttherapeutischen Programmen
- zur Meidung von Sturzgefahren sowie zur Motivations- und Eigenaktivitätsförderung
- zur Selbsthilfe (z. B. Rheuma-Liga usw.)
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen (z. B. zum Ausdauertraining, zur Gymnastik mit stabilisierenden Reizen und Dehnungsübungen, Kreislauftraining etc.) mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen
- zu örtlichen Bewegungsangeboten (AOK / BKK-Gesundheitsangebote, Sportvereine)
- zu Patienteninformationen zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- Anpassung der Therapiemaßnahmen an entzündliche Schübe

	<ul style="list-style-type: none"> ○ kontinuierliche Überprüfung der Bewegungsmaßnahmen ○ bei Schmerzschüben vorübergehend NSAR, die nicht den Gesamtverlauf beeinflussen, ansonsten Kortikoide, ○ Basistherapie mit umfassender Beratung und Kontrollen der medikamentösen Behandlung (Wirkung / Nebenwirkung, siehe Anlage 17) zur Unterstützung der Compliance, ggf. auch step-down, ansonsten Eskalation ○ TNF-Alpha-Blocker bei erheblichem Nebenwirkungsrisiko durch den internistisch/orthopädisch rheumatologischen Facharzt/FACHARZT ○ frühzeitige Einleitung von Rehabilitation usw. ○ ggf. operative Therapie z. B. Entfernung von chronisch persistierenden Synovialitiden, ggf. endoprothetischer Ersatz ○ zu den Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung ○ Vorstellung beim Rheumatologen <p>9. konservative Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ ggf. Frühzeitige Anleitung zu Eigenübungen (Selbstmanagement) ○ ggf. Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport ○ ggf. Frühzeitige Einleitung einer stationären/ambulanten Rehabilitation ○ ggf. Ggf. Heilmittel und Hilfsmittelverordnung indikationsbezogen durch den FACHARZT (siehe P1). ○ ggf. Frühzeitige Rationale Pharmakotherapie inkl. Basistherapie <p>13. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17 <p>14. Wiedervorstellung beim Orthopäden</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Zur Überprüfung der Gelenkfunktionsdiagnostik zur nicht-medikamentösen, motivationalen und medikamentösen Beratung und ggf. Therapie je nach Verlauf zwischen 6 bis 12 Wochen 		
<p>Beratungs- pauschalen</p> <p>BP2A oder</p> <p>BP2B oder</p> <p>BP3 oder</p>	<p>Präventive Information und auch motivationale Beratung z. B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden/Fehl-Belastungen usw. (siehe auch Anlage 17)</p> <p>Grundsatz</p> <p>Beratung zu Gesundheitsinformationen auf Basis von Evidenzbasierung und (Patienten-) Leitlinien</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Beratungspauschale auf P2A und B, P3, P4, P5 abrechenbar • Dauer mindestens 20 Minuten 	<p>20,00 €</p>

<p>BP4 oder BP5</p> <p>zu den Zusatzpauschalen P2A oder P2B oder P3 oder P4 oder P5</p>	<p>(z. B. IQWIG, Gemeinsamer Bundesausschuss, DIMDI-HTA-Berichte usw. gemäß Anlage 17) v.a. hinsichtlich Eigenübungen, frühzeitiger Rehabilitation, sorgfältiger Indikationsstellung und Beratung zu Arzneimitteln, Beratung gemäß Hilfs- und/oder Heilmittelrichtlinien, Themenkatalog v.a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ zur Anatomie/Physiologie z. B. der Bandscheiben und geringe Spezifität von Bildbefunden bei nicht spezifischen Schmerzen ○ zur Änderung von Verhaltensweisen, Fehlbelastungen, z. B. fehlende Effektivität von Bettruhe ○ zu Kraft-, Geschicklichkeits- und Ausdauertraining z. B. zur Sturzprophylaxe, bei Osteoporose usw. ○ zur Anleitung von Eigenübungen ○ zu frühzeitigen Maßnahmen v.a. nicht-medikamentöser Art ○ zum Lebensstil, Risikofaktoren wie z. B. Gewichtsbelastung auf Kniegelenke ○ zu Kontrollen, Nachsorge, Schulung z. B. AOKSports, Rückenschule usw. ○ Informationen zu spezifischen Angeboten der AOK/Bosch BKK, z. B. Gesundheitsangebote Sport, Ernährung, Entspannung ○ zu Behandlungsalternativen wie z. B. Akupunktur ○ zu Selbsthilfegruppen, z. B. Rheuma-Liga ○ zur Rationalen Pharmakotherapie unter Beachtung von Indikationsstellung, Nebenwirkungen und Risiken, Dauer usw. sowie auch der Rabattierung <ul style="list-style-type: none"> ➢ ggf. temporär: z. B. Überlastungsschäden, Sehnenverletzung, HWS-Syndrom, postoperativ, posttraumatisch inkl. Sportverletzungen ➢ ggf. längerfristig: z. B. bei rheumatoider Arthritis (siehe Versorgungsschwerpunkte), chronischem Lumbalsyndrom, Tumorkrankheiten ○ ggf. zur perioperativen Analgesie usw. ○ ggf. Empfehlung/Veranlassung zu regelmäßiger Leber- und Nierenfunktionsprüfung z. B. bei andauernder Medikation ○ ggf. zur transdermalen Pharmakotherapie (Externa), Anästhetika, auch Chondroprotektiva usw. ○ ggf. Darstellung und Erläuterung der Vor- und Nachteile wirksamer verschiedener Behandlungsverfahren und –alternativen 	<ul style="list-style-type: none"> • maximal 2x im Krankheitsfall (Krankheitsbilder P2A, P2B, P3, P4, P5) abrechenbar. • maximal 1x im Quartal und insgesamt 4x in 4 aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	
<p>3. Einzelleistungen</p> <p>Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal pro Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.</p>			
<p>E1</p>	<p>Spezielle Schmerztherapie Nachweis der KV-Abrechnungsgenehmigung Analog EBM-Ziffern 30700, 30702, 30704, 30706,30708</p>	<p>Vom FACHARZT einmal pro Quartal abrechenbar.</p>	<p>94,00 €</p>

	<p>gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach §135 Abs. 2 SGB V</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht neben P1, P2A und P2B, P3, P4, P5 abrechenbar. • Ausnahme: P1 nur dann neben E1 abrechenbar, wenn die Schmerztherapie innerhalb derselben BAG neben der orthopädisch/ chirurgischen Behandlung durch einen anderen FACHARZT im gleichen Quartal erbracht wird. • Nicht neben E2 abrechenbar 	
<p>E2</p>	<p>Leistung Fallkonferenz Rücken</p> <p>Um Diagnostik und Therapie chronifizierter Rückenschmerzen zu verbessern, sollen interdisziplinäre Fallkonferenzen eingerichtet werden. Die Indikation dazu stellt der ORTHOPÄDE mit dem Ziel der Koordination der Fallkonferenz. Der HAUSARZT bzw. Soziale Dienst (SD) bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) können dem ORTHOPÄDEN eine Indikationsprüfung für die Fallkonferenz vorschlagen. Der ORTHOPÄDE organisiert grundsätzlich die Fallkonferenz. Mindestteilnehmer einer Fallkonferenz sind der ORTHOPÄDE und der betreuende HAUSARZT sowie der behandelnde PSYCHOTHERAPEUT, sofern Letzterer dem ORTHOPÄDEN bzw. dem HAUSARZT bekannt ist (Ausnahme: HZV-Patient hat der Befundweiterleitung im Rahmen seiner PT-Behandlung widersprochen bzw. der HAUSARZT ist über die Therapie nicht informiert) und ggf. der SD/PBG.</p> <p>1. Zielgruppe</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen ○ Schmerzen sollten über 12 Wochen betragen oder AU ab oder über 4 Wochen bestehen ○ neben einer spezifischen M54-Diagnose (M54.0-, M54.1-, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M.54.8- oder M.54.9-) ist zusätzlich Voraussetzung eine der ICD Codes F45.40, F45.41, F62.80 <p>2. Leistungsinhalt</p> <p>ORTHOPÄDE</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organisation der Fallkonferenz und Koordination des interdisziplinären Teams 	<ul style="list-style-type: none"> • Einmal im Krankheitsfall abrechenbar. • Abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12 • Nicht neben der E1 Spezielle Schmerztherapie im selben Quartal abrechenbar • Dauer ca. 20 Minuten <p>Nicht abrechenbar, wenn die Mindestteilnehmer (ORTHOPÄDE und HAUSARZT) am gleichen Tag nicht erfüllt sind.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder</p>	<p>50,00 €</p>

	<ul style="list-style-type: none"> ○ Information und Abstimmung mit HAUSARZT und ggf. PSYCHOTHERAPEUTEN (z. B. Differentialdiagnostik, ggf. Auswertung Fragebögen) ○ Ggf. Information und Abstimmung mit dem SD/PBG mittels Beratungsbogen Fallkonferenz (gem. Anlage 12, Anhang 6) ○ Abstimmung erfolgt über einen persönlichen Kontakt ○ Sichtung Bildgebung ○ Aushändigung der Testfragebögen vor der Fallkonferenz an den Patienten wie z. B. Funktionsfragebogen Rücken (FfbH-R), Schmerzbogen nach Korff, Arbeitsplatzbogen ○ Auswertung Funktionsfragebogen Rückenschmerz vor der Fallkonferenz ○ Vorbericht zur Vorstellung in der Fallkonferenz mit Schmerzanamnese, Schmerzmedikation, jetzige Beschwerden, med. Vorgeschichte, klinischer Befund incl. Auswertung FFbH-R, Synopse Bildgebung <p>3. Durchführung</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Die Fallkonferenz kann wahlweise auch z. B. durch Telefon oder Videokonferenz durchgeführt werden, Dauer etwa 20 Minuten. Die Teilnahme an einer Fallkonferenz erfolgt durch alle erforderlichen Teilnehmer gleichzeitig. ○ Allen Teilnehmern müssen die Ergebnisse der Vorberichte und Test- bzw. Funktionsfragebögen vorliegen (grundsätzlich postalische Versendung) ○ Hierauf wird vom ORTHOPÄDEN ein Bericht erstellt, in dem Behandlungsvorschläge und ggf. zusätzliche organisatorische Interventionen z. B. im psychosozialen Kontext gemacht werden. Der Bericht wird vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Tagen an die Teilnehmer der Fallkonferenz verschickt. <p>4. Mögliche multimodale Therapieansätze</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ aktivierende Bewegungstherapie ○ psychologische Interventionen, z. B. kognitive Verhaltenstherapie ○ Entspannungstechniken ○ Einleitung interdisziplinäre multimodale Therapie 	<p>telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)).</p>	
<p>E3</p>	<p>Therapeutische Proktoskopie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Bis zu 4 mal im Abrechnungsquartal 	<p>18,50 €</p>
<p>E4A</p>	<p>Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) obligatorisch: persönlicher APK, Leistungsinhalte:</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar frühestens ab dem 3. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb eines Quartals bis maximal 	<p>15,00 €</p>

	<p>z. B. Wundversorgung, postoperative Kontrollen, Gipswechsel und -kontrollen, Kontrolle der Heil- und Hilfsmittelverordnung, Pharmakotherapie, psychosomatische Grundversorgung, wiederholte Beratung, Chirotherapie, physikalische Therapie</p> <p>Ausschluss: Akupunktur</p>	<p>zum 10. Kontakt. Die Honorierung erfolgt erst ab dem 3. APK (maximal 8 x im Quartal).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jeder Arzt-Patientenkontakt ist zu dokumentieren und zu übermitteln. • Maximal 1 x pro Tag abrechenbar, nicht am gleichen Tag mit E4B zusammen 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. 	
<p>E4B</p>	<p>Zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt (APK) obligatorisch: persönlicher APK, Leistungsinhalte: Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten <u>nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM</u> (derzeit Akupunktur nur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und im Kniegelenk bei Gonarthrose).</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Abrechenbar frühestens ab dem 3. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb eines Quartals bis maximal zum 10. Kontakt. Die Honorierung erfolgt erst ab dem 3. APK (maximal 8 x im Quartal). • Jeder Arzt-Patienten-Kontakt ist zu dokumentieren und zu übermitteln. Die für mehr als 10 Einheiten notwendige Begründung kann von den Vertragspartnern zu Abrechnungsprüfzwecken angefordert werden. 	<p>15,00 €</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • Maximal 1 x pro Tag abrechenbar, nicht am gleichen Tag mit E4A zusammen 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. 	
E AOP	Ambulantes Operieren Siehe Anhang 5 zu Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> • Siehe Anhang 5 zu Anlage 12 	
4. Qualitätszuschläge			
Q1	Strukturzuschlag für Sonografie Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonographie der Bewegungsorgane und der Säuglingshüfte.	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	1,00 €
Q2	Strukturzuschlag für Röntgen Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des Skelettes. Einhaltung der Rö-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungs- Maßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung.	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	7,00 €
Q3	Strukturzuschlag für Osteodensitometrie (DXA) Nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren	<ul style="list-style-type: none"> • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	4,00 €

<p>Q4</p>	<p>Strukturzuschlag für Duplex</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 	<p>8,00 €</p>
<p>Q5</p>	<p>Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware</p>	<ul style="list-style-type: none"> Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale P1 oder E1 gemäß Anhang 3 	<p>4,00 €</p>
<p>Q6</p>	<p>Qualitätszuschlag für zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen gemäß Anhang 4 Anlage 12</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf P2B 	<p>2,00 €</p>
<p>Q7</p>	<p>Strukturzuschlag Schmerztherapie Für schmerztherapeutische Einrichtungen analog den Voraussetzungen EBM 30704.</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf E1 oder A2 	<p>30,00 €</p>
<p>Q8</p>	<p>Strukturzuschlag EFA®</p>	<ul style="list-style-type: none"> Zuschlag auf BP2A oder BP2B oder BP3 oder BP4 oder BP5 oder E1 Der Zuschlag wird je EFA® in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfangs wie folgt zugesetzt: <ul style="list-style-type: none"> 100%-Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Std.) bis zu 200 Zuschläge 75%-Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Std.) bis zu 150 Zuschläge 	<p>AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €</p>

		<ul style="list-style-type: none"> • 50%-Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Std.) bis zu 100 Zuschläge <p>Das Nähere ist abschließend in Anhang 8 zu Anlage 12 geregelt.</p>	
Q11	<p>Strukturzuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fasciitis plantaris (ICD M 72.2) Für die Durchführung der ESWT gelten die <u>Vorgaben in Kapitel 30.4 EBM</u></p>	Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2	0,50 €
Elektronische Arztvernetzung			
EAVP*	<p>Pauschale elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 9 zu Anlage 12.</p>	Der Zuschlag wird automatisch einmal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 9 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die	250,00 €

		<p>Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Orthopädie/Rheumatologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt.</p>	
5. Vertretungsleistungen			
V1	Vertretungspauschale	<ul style="list-style-type: none"> • Nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1-P5. • Neben V1 bei Vorliegen der Voraussetzungen abrechenbar sind E1-E4A/ E4B, E AOP 	20,00 €

		Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)).
--	--	---

6. Auftragsleistungen

Auftragsleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen aus.

Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES, sofern der überweisende FACHARZT selbst nicht über die entsprechenden qualifikationsgebundenen bzw. technischen Voraussetzungen nach diesem Vertrag verfügt.

A1	Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistung	<ul style="list-style-type: none"> Einmal im Quartal abrechnungsfähig. Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E3, E AOP abrechenbar. 	12,50 €
A2	Spezielle Schmerztherapie	<ul style="list-style-type: none"> Vom FACHARZT einmal pro Quartal abrechenbar. Nicht abrechenbar neben P1 bis P5 und A1 sowie E1 bis E3, E AOP 	94,00 €

A3	Duplex	<ul style="list-style-type: none"> Nicht neben P1 bis P5 und E 1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. 	30,00 €
A4	Osteodensitometrie (DXA)	<ul style="list-style-type: none"> Vom FACHARZT einmal pro Quartal abrechenbar. Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. 	30,00 €
A5	Sonografie inkl. Säuglingshüfte	<ul style="list-style-type: none"> Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. 	20,00 €
A6	Röntgen	<ul style="list-style-type: none"> Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. 	15,00 €
A7	Therapeutische Proktoskopie	<ul style="list-style-type: none"> Vom FACHARZT viermal pro Quartal abrechenbar. Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. 	18,50 €
A AOP	Ambulantes Operieren Analog Anhang 5 zu Anlage 12	<ul style="list-style-type: none"> Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E3 und E AOP abrechenbar. Siehe Anhang 5 zu Anlage 12 	

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg