

**ORTHOPÄDIE- UND RHEUMATOLOGIEVERTRAG
GEMÄß § 140A SGB V
ABRECHNUNGSSCHULUNG ORTHOPÄDIE**

AGENDA

- 1** **Versicherteneinschreibung**
- 2** Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
- 3** Vergütungs- und Abrechnungssystematik
- 4** Pharmaquoten
- 5** Datenübermittlung und Abrechnungsbrief
- 6** Internetauftritt

VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

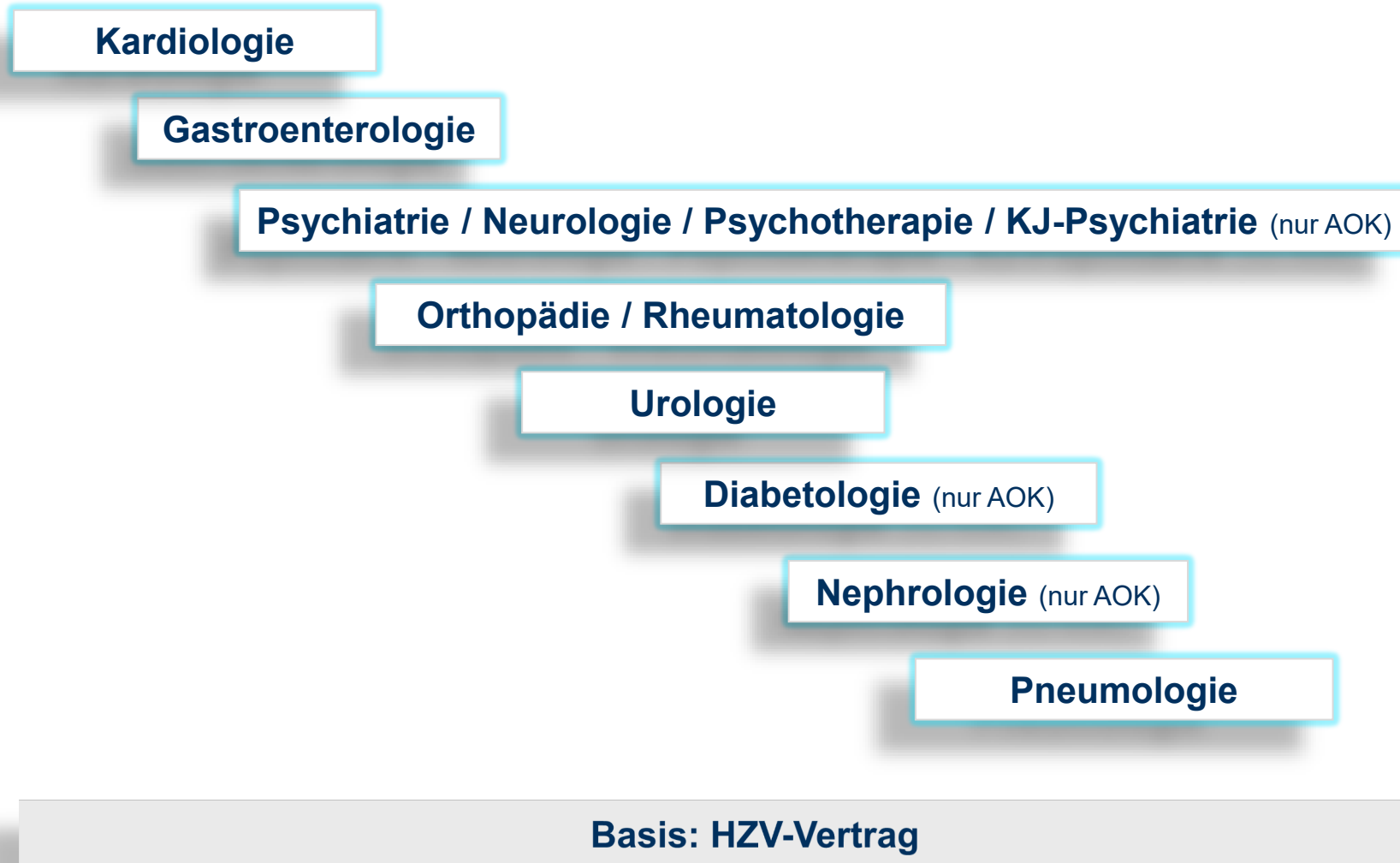
- Schnelle und flexible Terminvergabe; begrenzte Wartezeit
- Enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten
- Umfangreiche, individuelle und ganzheitliche Beratung für Patienten mit bspw. Rückenschmerzen und Kniearthrose
- Information zu Beratungs- und Hilfsangeboten der AOK/Bosch BKK und Tipps zum Umgang mit der Krankheit im Alltag
- Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Orthopädie/Chirurgie
→ Allgemeine Informationen und Formulare

VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

- Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der **AOK BW / Bosch BKK**, die **gültig an der HZV** (Hausarztzentrierten Versorgung) teilnehmen.
- Einschreibung in das gesamte **FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge)
- In Fachgebieten, in denen es einen Facharztvertrag gibt, dürfen nur **teilnehmende Fachärzte/ Psychotherapeuten** aufgesucht werden, diese dürfen nur auf **Überweisung des HZV-Hausarztes** aufgesucht werden (ausgenommen Notfälle)
- Bindung für mind. 12 Monate mit automatischer Verlängerung

FACHARZTPROGRAMM DER AOK / BOSCH BKK



TEILNAHMESTATUSPRÜFUNG

Über die Online-Teilnahmestatusprüfung in der Vertragssoftware wird der aktuelle Teilnahmestatus des Versicherten am Haus- bzw. FacharztProgramm ermittelt.

→ Bitte führen Sie die Teilnahmestatusprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durch.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmestatusprüfung:

HZV-Teilnahmestatus		FAV-Teilnahmestatus	
<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist derzeit kein aktiver Vertragsteilnehmer“</i>	<i>„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“</i>
			
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV- Teilnehmer	Abrechnung über Facharztvertrag, Einschreibung nicht notwendig



ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG



Versicherten informieren und Merkblatt aushändigen



Teilnahme in der Vertragssoftware beantragen und Teilnahmeerklärung ausdrucken (2 Exemplare)



beide Exemplare unterzeichnen (Arzt und Versicherter)



Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware übermitteln und den aufgedruckten vierstelligen Code eingeben

VERSICHERTEILEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

Unterschriftenfelder

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

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

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragstypisches Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- Mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug) Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der elektronischen Begleitung und Versichererbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, teilbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

73c K

TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

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

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragstypisches Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-Facharztprogramm und dem AOK-Hausarztprogramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- Mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- Ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen in Textform oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Umständen (z. B. Wegzug) Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) einschließlich der elektronischen Begleitung und Versichererbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, teilbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T T M M J J J J

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes



ERFOLGREICHE ÜBERMITTLUNG DER TEILNAHMEERKLÄRUNG?

Den Status einer Teilnahmeerklärung können Sie innerhalb Ihrer Software auf der Übersicht der Versichertenteilnahmeerklärungen einsehen.

→ ggf. beim Softwarehaus nachfragen, wo diese Übersicht zu finden ist.

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

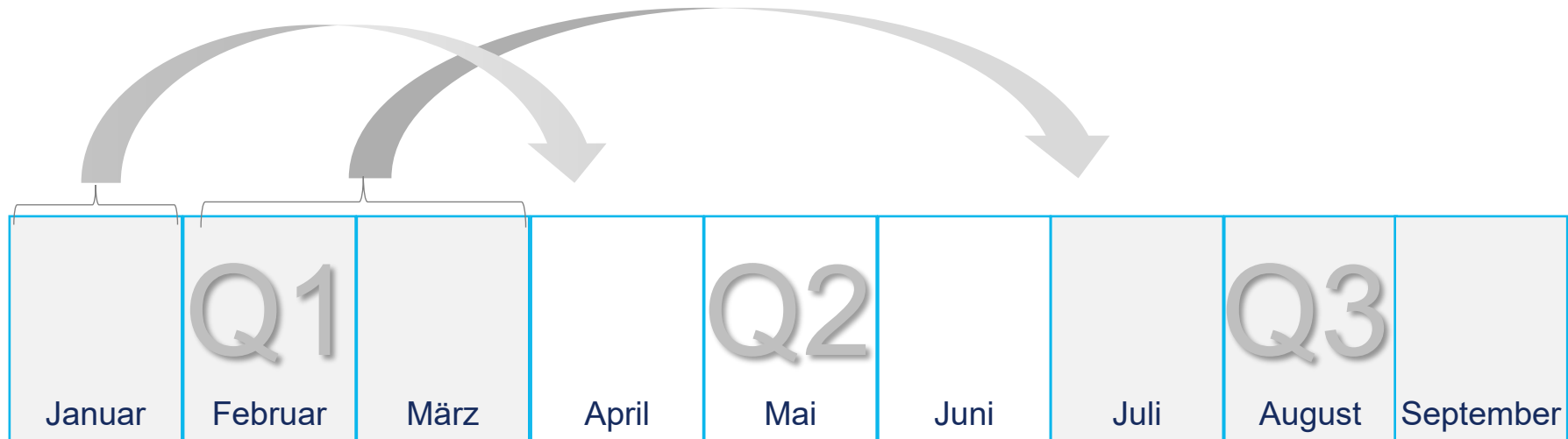
- „Erzeugt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde erzeugt.
- „Gedruckt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde gedruckt.
- „Fehlerhaft“: Die Versichertenteilnahmeerklärung konnte nicht übermittelt werden oder wurde durch das Rechenzentrum abgelehnt.
 - *Zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen und bei andauernden Schwierigkeiten an Ihr Softwarehaus wenden.*
- „Erfolgreich“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde online übermittelt und vom Rechenzentrum angenommen.

Die Statusmitteilung ersetzt nicht die Online-Teilnahmeprüfung in Ihrer Vertragssoftware!
Die Online-Teilnahmeprüfung ist nach wie vor mindestens einmal im Quartal für jeden Patienten durchführen.

FRISTEN BIS ZUR AKTIVEN TEILNAHME

je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) wird der Versicherte zum nächsten oder übernächsten Quartal aktiver Teilnehmer am FacharztProgramm:

- Eingang der TE bis zum Stichtag → im Folgequartal aktiv
- Eingang der TE nach dem Stichtag → im übernächsten Quartal aktiv



AGENDA

- 1 **Versicherteneinschreibung**
- 2 **Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 3 **Vergütungs- und Abrechnungssystematik**
- 4 **Pharmaquoten**
- 5 **Datenübermittlung und Abrechnungsbrief**
- 6 **Internetauftritt**

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV)**, sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bedingungen:

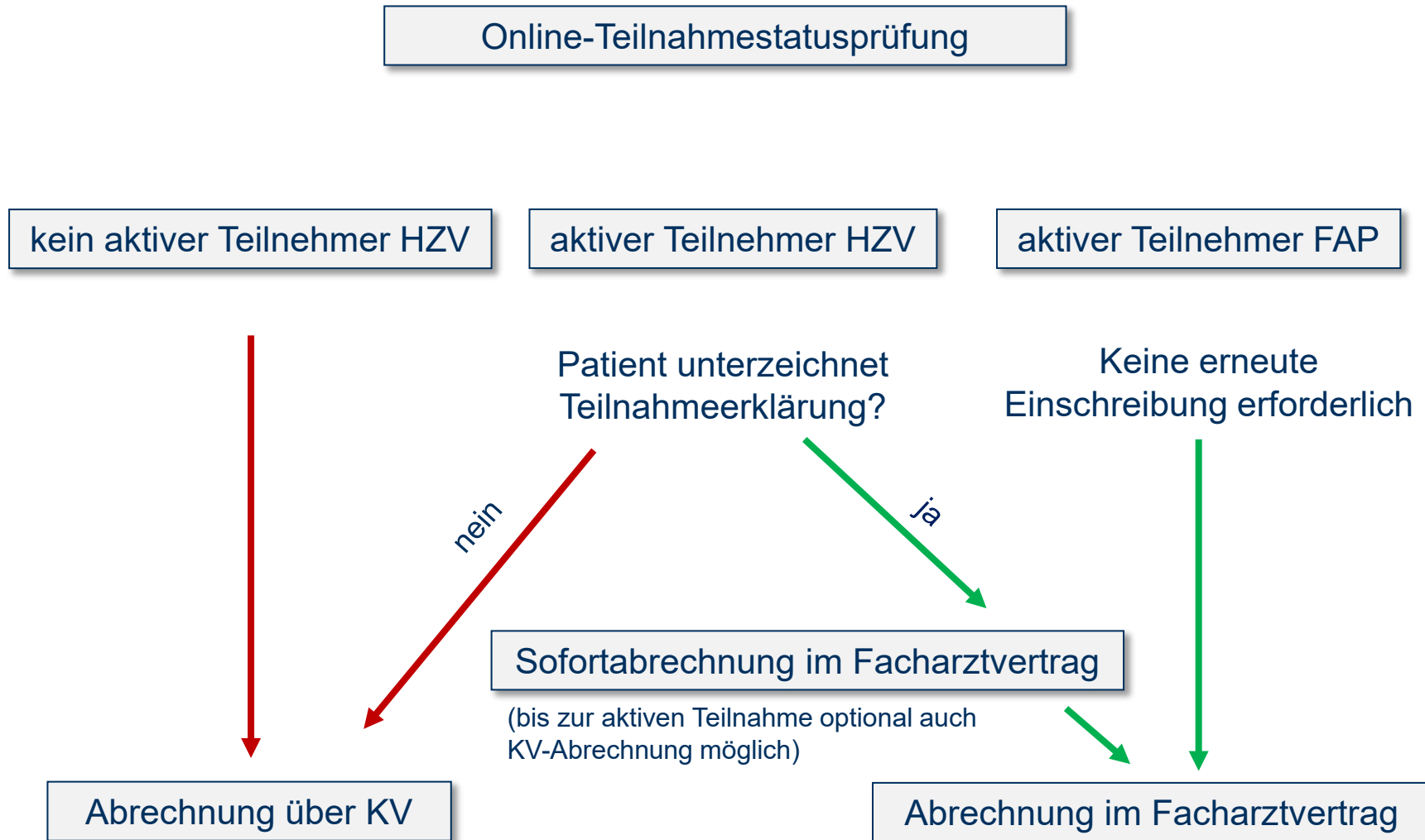
- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über KV

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

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



PRAXISABLAUF



AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Internetauftritt |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | | |
| 4 | Pharmaquoten | | |

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

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

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

➤ 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)

WICHTIGE DOKUMENTE ZUR ABRECHNUNG

- **Gesamtziffernkranz** (Anlage 12 Anhang 1)
legt den Leistungsumfang des Vertrags fest
- **ICD-Liste** (Anlage 12 Anhang 2)
Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, welche für die Abrechnung bestimmter Leistungen vorliegen müssen
- **Honoraranlage** (Anlage 12)
+ **Ambulantes Operieren** (Anlage 12 Anhang 5)
enthält die Abrechnungsziffern, -regeln und Vergütungen

Diese Dokumente finden Sie unter: www.medi-verbund.de

GESAMTZIFFERNKRANZ (GZK) (ANLAGE 12 ANHANG 1)

- Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung
- Aufgelistete EBM-Ziffern aus allen §140a-Verträgen sowie HZV: Für teilnehmende Versicherte **nicht über KV abrechenbar**
- Nicht aufgelistete EBM-Ziffern: Für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

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

Gesamtziffernkranz:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Orthopädie/Chirurgie
→ Anlagen zum Vertrag → Anlage 12

ANMERKUNGEN IM GZK

obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte vom jeweiligen FA als **Teil der Abrechnungsziffern** erbracht werden.

nicht obligatorisch

Leistungen **müssen** für eingeschriebene Versicherte **als Teil der Abrechnungsziffern** erbracht werden, sofern **Qualifikation** und **Ausstattung** vorhanden.

FAV-Leistung

Diese Leistungen sind durch einen anderen Facharztvertrag in den GZK eingegliedert aber bei Erbringung der Leistung **mit den Abrechnungsziffern** Ihres vorliegenden Vertrages **abgegolten**.

HZV-Leistung

Zur Abstimmung bzgl. Erbringung (auch durch den Hausarzt) dieser Leistung ist die Absprache mit dem **HAUSARZT** erforderlich. Bei Abrechnung durch den **FACHARZT** ist die Leistung mit den Abrechnungsziffern Ihres vorliegenden Vertrages abgegolten.

LABORLEISTUNGEN

- Laborleistungen, die im Gesamtziffernkranz (GZK) abgebildet sind, sind in den Pauschalen enthalten und dürfen nicht mehr mittels Laborüberweisung (Muster 10/10A) angefordert werden.
 - die Anforderung erfolgt über ein mit dem Labor geregeltes Verfahren
 - die Verrechnung erfolgt direkt zwischen Arzt und Labor
- Alle anderen Laborleistungen (Speziallaborleistungen) werden weiterhin über Muster 10 beim Labor angefordert und dem Labor von der KV vergütet.
- Pseudo-GOP **88192** zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus über die KV abrechnen

ICD-LISTE (ANLAGE 12 ANHANG 2)

Bei Vorliegen gekreuzter Diagnosen sind entsprechende Leistungen abrechenbar

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 Gelenk-erkrankungen	E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich)	E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung						X*	
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren						X*	
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom						X*	
G55.1	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden		X					
G55.2	Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Spondylose		X					

AMBULANTES OPERIEREN (ANLAGE 12 ANHANG 5)

➤ Enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien und postoperative Überwachungen

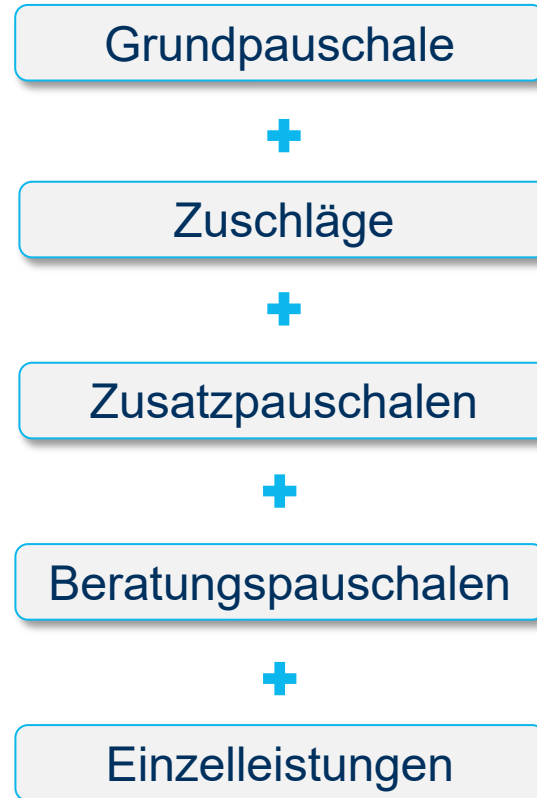
Ambulantes Operieren		
Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM.		
Körperoberfläche		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	104,37 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	170,49 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	253,03 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	77,23 €
Extremitäten		
31121	Eingriff der Kategorie C1 gem. EBM	109,80 €
31122	Eingriff der Kategorie C2 gem. EBM	178,57 €
31123	Eingriff der Kategorie C3 gem. EBM	268,11 €
31124	Eingriff der Kategorie C4 gem. EBM	357,40 €
31125	Eingriff der Kategorie C5 gem. EBM	500,86 €

OP-Leistungsketten inkl. OPS

OP-Leistungsketten finden Sie im Bereich „Abrechnungsunterlagen“

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

ABRECHNUNGSSYSTEMATIK



oder

Auftragsleistungen

ARZT-PATIENTEN-KONTAKT (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 bzw. psychotherapeutischen Versorgung des Patienten

- **Persönlicher** APK: Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht.
- **Telemedizinischer** APK: Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Messenger, also nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht.

FBE Fernbehandlung

1/Q



neue Ziffer „FBE“ dient zur Kennzeichnung, wenn im Quartal ausschließlich telemedizinische Kontakte stattfinden

LEGENDE

Symbole

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

Abrechnungshäufigkeit

x / Q = x mal pro Behandlungsfall abrechenbar (1 Patient, 1 Quartal)

$x / 4Q$ = x mal pro Krankheitsfall abrechenbar (1 Patient, 4 Quartale)

GRUNDPAUSCHALEN + ZUSCHLÄGE

P1 Grundpauschale	1/Q	 	26,00 €
+ P1A Überweisung vom HZV-Hausarzt (additiv zu P1)	1/Q	 	10,00 €* *
+ Q1 Zuschlag Sonografie (inkl. Säuglingshüfte)		 	1,00 €
+ Q2 Zuschlag Röntgen		 	7,00 €
+ Q3 Zuschlag Osteodensitometrie (DXA)		 	4,00 €
+ Q4 Zuschlag Duplexsonografie		 	8,00 €
+ Q5 Zuschlag Rationale Pharmakotherapie			4,00 €
+ Q11 Zuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fasciitis plantaris		 	0,50 €
oder V1 Vertretungspauschale	Erstkontakt muss persönlich sein	1/Q	  20,00 €

*Bosch BKK: 5,00 €

ZUSATZPAUSCHALEN

max. 2 verschiedene Zusatzpauschalen pro Quartal abrechenbar

P2A unspezifischer Rückenschmerz	1/Q	  	16,00 €
P2B spezifischer Rückenschmerz	1/Q	  	16,00 €
P3 Gon- und Koxarthrose	1/Q	  	15,00 €
P4 Osteoporose	1/Q	  	20,00 €
P5 entzündliche Gelenkerkrankungen	1/Q	  	25,00 €

BERATUNGSPAUSCHALEN

eine Beratungspauschale pro Quartal und max. 2x im Krankheitsfall, Dauer mind. 20 Min.

BP2A	Beratung unspezifischer Rückenschmerz	1/Q	  	20,00 €
BP2B	Beratung spezifischer Rückenschmerz	1/Q	  	20,00 €
BP3	Beratung Gon- und Koxarthrose	1/Q	  	20,00 €
BP4	Beratung Osteoporose	1/Q	  	20,00 €
BP5	Beratung entzündliche Gelenkerkrankungen	1/Q	  	20,00 €

+ **Q8** Strukturzuschlag EFA® (auf BP2A/B-BP5)

  10,00 €*

*Bosch BKK: 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)	1/Q	⚠️	94,00 €
	+ Q7 Zuschlag Schmerztherapeutische Einrichtung		⚠️ +	30,00 €
	+ Q8 Strukturzuschlag EFA®		⚠️ +	10,00 €*
E2	Fallkonferenz Rücken (Abrechnung HA: 56580; PT: PTZ4)	1/4Q	❗ 🚫 🚫	50,00 €
E3	Therapeutische Proktoskopie	4/Q		18,50 €
ELWS	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	3/4Q	❗ ⚠️	204,00 €
EHWS	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	3/4Q	❗ ⚠️	250,00 €
E4A	zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt	10/Q	❗ ⚠️	15,00 €
E4B	zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt Akupunktur (nach Vorgaben in Kap. 30.7.3 EBM)			15,00 €

*Bosch BKK: 5,00 €

- Zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte sind über die E4A bzw. E4B abrechenbar
- die Vergütung erfolgt ab dem 3. APK innerhalb eines Quartals bis max. 8x im Quartal
- alle APKs müssen mit der Ziffer E4A/E4B dokumentiert und übermittelt werden

SCHREIBTISCHUNTERLAGE

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c					
Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit	
Grund- und Zusatzpauschalen					
P1	Grundpauschale	26,00 €		es muss mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben; Überweisung vom Hausarzt	
P1A	Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €	1x im Quartal	additiv zu P1, es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen	
P2A	Zusatzpauschale unspezifischer Rückenschmerz	16,00 €		additiv zu P1; nicht neben P2B abrechenbar	
P2B	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	16,00 €	1x im Quartal	additiv zu P1; nicht neben P2A abrechenbar	
P3	Zusatzpauschale Gon- und Koxarthrose	15,00 €	max. zwei Zusatzpauschalen im Quartal abrechenbar	additiv zu P1	
P4	Zusatzpauschale Osteoporose	20,00 €			
P5	Zusatzpauschale entzündliche Gelenkerkrankungen	25,00 €			
BP2A	Beratungspauschale unspezifischer Rückenschmerz	20,00 €			
BP2B	Beratungspauschale spezifischer Rückenschmerz	20,00 €	1x im Quartal sowie	Beratungspauschale auf Zusatzpauschale abrechenbar; Dauer mind. 20 min.; bei mehreren vorliegenden chronischen Erkrankungen ist nur eine Beratungspauschale je Quartal abrechenbar	
BP3	Beratungspauschale Gon- und Koxarthrose	20,00 €	2x je Krankheitsfall		
BP4	Beratungspauschale Osteoporose	20,00 €			
BP5	Beratungspauschale rheumatoide Gelenkerkrankungen	20,00 €			
Einzelleistungen					
E1	Spezielle Schmerztherapie	94,00 €	1x im Quartal	nicht neben Zusatzpauschalen und nicht neben E2 abrechenbar	
E2	Leistung Fallkonferenz Rücken	50,00 €	1x im Krankheitsfall	nicht neben E1 abrechenbar; Dauer ca. 20 Minuten; Mindestteilnehmer Orthopäde und HZV-Hausarzt	
E3	Therapeutische Proktoskopie	18,50 €	4x im Quartal		
E4A	Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) Leistungseinheit: z.B.: Wundversorgung, postoperative Kontrollen, Gipswechsel und -kontrollen, Kontrolle der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Pharmakotherapie, psychosomatische Grundversorgung, wadenrote Beratung, Chirotherapie, physikalische Therapie, Ausschluss: Akupunktur	15,00 €		wird frühestens ab dem 3. dokumentierten APK innerhalb eines Quartals bis max. zum 10. APK vergütet; E4A und E4B nicht am gleichen Tag nebeneinander abrechenbar; bei Abrechnung von E4A und E4B im gleichen Quartal bleibt die maximale Anzahl der vergüteten APKs für E4A und E4B zusammengekommen auf 8 beschränkt; jeder APK ist zu dokumentieren und zu übermitteln	
E4B	Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur Leistungseinheit: Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM (dabei Akupunktur nur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und im Kniegelenk bei Gonarthrose)	15,00 €	1x pro Tag und 8x im Quartal		
ambulantes Operieren					
Zusammen mit den Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM. Zur Abrechenbarkeit von ambulanten Operationen muss ein entsprechender Nachweis vorliegen. Die Vergütung der einzelnen Abrechnungsposten kann dem Anhang 5 zu Anlage 12 entnommen werden. Siehe hierzu auch die Schnellübersichten "OP-Leistungsketten Ind. OPS" und "OP-Leistungsketten ohne OPS" auf unserer Internetseite.					
Qualitätszuschläge					
Q1	Strukturzuschlag Sonographie	1,00 €		Zuschlag auf P1 oder E1	
Q2	Strukturzuschlag Röntgen	7,00 €	1x im Quartal		
Q3	Strukturzuschlag Osteodensitometrie (DXA)	4,00 €			
Q4	Strukturzuschlag Duplex	8,00 €			
Q5	Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie	4,00 €		bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf P1 oder E1 gem. Anhang 3 zu Anlage 12	
Q6	Qualitätszuschlag zugehörige Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen	2,00 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P2B; gem. Anhang 4 zu Anlage 12	
Q7	Strukturzuschlag Schmerztherapie	30,00 €		Zuschlag auf E1 oder A2	
Q8	Strukturzuschlag EFA® (Anhang 8 zu Anlage 12)	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €	nach Tätigkeitsumfang der EFA®	Zuschlag auf BP2A oder BP2B oder BP3 oder BP4 oder BP5 oder E1; Tätigkeitsumfang EFA®: 100%: (≥ 38,5 Std./Woche) bis zu 200 Zuschläge 75%: (≥ 28 Std./Woche) bis zu 150 Zuschläge 50%: (≥ 19 Std./Woche) bis zu 100 Zuschläge	
Q11	Strukturzuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (ICD M72.2)	0,50 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P1 oder E1	
Auftragsleistungen					
A1	Grundpauschale für Auftragsleistungen	12,50 €	1x im Quartal	nicht neben P1 - P5, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar	
A2	Spezielle Schmerztherapie	94,00 €		nicht neben P1 - P5, A1, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar	
A3	Duplex	30,00 €			
A4	Osteodensitometrie (DXA)	30,00 €			
A5	Sonographie, inkl. Säuglingshülle	20,00 €		nicht neben P1 - P5, E1 - E4A/ E4B sowie E AOP abrechenbar	
A6	Röntgen	15,00 €			
A7	Therapeutische Proktoskopie	18,50 €	4x im Quartal		
Vertreterleistungen					
V1	Vertretungspauschale	20,00 €		nicht neben P1 - P5 aber bei Vorliegen der Voraussetzungen neben E1 - E4A/ E4B, E AOP abrechenbar	
Stand 01.10.2023					

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c					
Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit	
Infoziffern					
FBE	telemedizinischer APK		1x im Quartal	Soll bei einer rein telemedizinischen Quartalsbehandlung dokumentiert werden. Mögliche Leistungen, welche telemedizinisch erbracht werden können sind mit dem Monitor Symbol gekennzeichnet (siehe Legende).	

Schreibtischunterlage:

www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK Orthopädie/Chirurgie → Abrechnungsunterlagen

AMBULANTES OPERIEREN (ANHANG 5 ZU ANLAGE 12)

- Abrechnungsziffern für ambulante Operationen sind im **Anhang 5 zu Anlage 12** aufgelistet:

Anhang 5 zu Anlage 12		
Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2025 AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie		
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	108,39 €
31102	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM	177,05 €
31103	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM	262,77 €
31108	Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM	80,20 €
Extremitäten		
31121	Eingriff der Kategorie C1 gem. EBM	114,03 €
31122	Eingriff der Kategorie C2 gem. EBM	185,44 €
31123	Eingriff der Kategorie C3 gem. EBM	278,43 €
31124	Eingriff der Kategorie C4 gem. EBM	371,16 €
31125	Eingriff der Kategorie C5 gem. EBM	520,14 €
31126	Eingriff der Kategorie C6 gem. EBM	689,94 €
31127	Eingriff der Kategorie C7 gem. EBM	874,89 €
31128	Zuschlag zu den EL 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der EL 31127 gem. EBM	81,57 €

AMBULANTES OPERIEREN (ANHANG 5 ZU ANLAGE 12)

Anästhesien sind über AOP-Ziffern abrechenbar

Anästhesien		
AOP1	Regionalanästhesie gem. 31800 Nur durch den Operateur durchführbar	48,24 €
AOP2	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31101, 31121, 31131, 31141, 31151, 31171 und/oder 31241 Entspricht EBM 31821	124,93 €
AOP3	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31102, 31122, 31132, 31142, 31152, 31172 und/oder 31242 Entspricht EBM 31822	168,66 €
AOP4	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31103, 31123, 31133, 31143, 31153, 31173 und/oder 31243 Entspricht EBM 31823	212,39 €

➤ **Postoperative Überwachung** ist über AOP-Ziffern abrechenbar

Postoperative Überwachung		
AOP10	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31101, 31121, 31131, 31141 und/oder 31241 Entspricht EBM 31502	30,45 €
AOP11	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31102, 31122, 31132, 31142, 31151, 31152, 31171, 31172 und/oder 31242 Entspricht EBM 31503	61,15 €
AOP12	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31103, 31123, 31124, 31133, 31134, 31143, 31144 und/oder 31243 Entspricht EBM 31504	86,96 €
AOP13	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31125, 31135, 31145, 31153, 31154, 31173 und/oder 31174 Entspricht EBM 31505	122,42 €

AMBULANTES OPERIEREN

- Ziffern zum ambulanten Operieren sind 1 x pro Tag abrechenbar (Ausnahme: Simultaneingriff: abrechenbar je 15 Minuten Dauer)
- jeweils OPS-Code gem. Anhang 2 EBM angeben
- Ggf. Seitenlokalisierung angeben
- **postoperative Behandlung** ist über E4A (zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt) abrechenbar

AMBULANTES OPERIEREN: SACHKOSTEN

- Die Abrechnung tatsächlich entstandener **Sachkosten** bei Operationen erfolgt **analog der KV-Produktgruppenliste** in den entsprechenden Freitextfeldern der Vertragssoftware:
 - exakter Euro-Betrag im Feld „Sach-und Materialkosten“
 - Produktname im Feld „Sachkostenbezeichnung“
 - Produktgruppennummer (analog KV) im Feld „freier Begründungstext“
- für Arthroskopien gelten **Sachkostenpauschalen** (gem. EBM)

Sachkostenpauschalen für Arthroskopien gemäß EBM		
40750	Kostenpauschalen für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend den EL 31141 und 31142	122,00 €
40752	Kostenpauschalen für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend den EL 31143 und 31144	200,00 €
40754	Kostenpauschalen für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend den EL 31145 bis 31147	333,00 €
Sonstige Sachkostenpauschalen		
Sachkosten zur Abrechnung tatsächlich entstandener Kosten für Implantate bei den o.g. ambulanten Operationen können über ein Eingabefeld Ihrer Vertragssoftware erfasst werden. Soweit möglich, bleibt der Bezug über Sprechstundenbedarf unberührt.		

AUFTRAGSLEISTUNGEN

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

A1 Grundpauschale Auftragsleistung		12,50 €
A2 spezielle Schmerztherapie	⚠	94,00 €
+ Q7 Zuschlag schmerztherapeutische Einrichtung	⚠ +	30,00 €
A3 Duplex	⚠	30,00 €
A4 Osteodensitometrie (DXA)	⚠	30,00 €
A5 Sonografie (inkl. Säuglingshüfte)	⚠	20,00 €
A6 Röntgen	⚠	15,00 €
A7 Therapeutische Proktoskopie		18,50 €
ALWS Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	⚠ ⚠	204,00 €
AHWS Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	⚠ ⚠	250,00 €

Neben Auftragsleistungen sind keine anderen Leistungen des Vertrags abrechenbar.
Die Abrechnung von Auftragsleistungen erfordert eine Überweisung „Zielauftrag“

ABRECHNUNGSBEISPIEL: PATIENT MIT UNSPEZIFISCHEM RÜCKENSCHMERZ, AU > 2 WOCHEN, SCHMERZEN SEIT 6 WOCHEN

1. Termin	P1	26,00 €	Grundpauschale
	P1A	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	25,50 €	*
2. Termin	P2A	16,00 €	Zusatzpauschale
	BP2A	20,00 €	Beratungspauschale
3. Termin	E4A	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt
Quartalshonorar		112,50 €	

*	Sonographie	1,00 €
	Röntgen	7,00 €
	DXA	4,00 €
	Pharmaquoten	3,50 €
	EFA	10,00 €

ABRECHNUNGSBEISPIEL: PATIENT MIT UNSPEZIFISCHEM RÜCKENSCHMERZ UND GONARTHROSE

1. Termin	P1	26,00 €	Grundpauschale
	P1A	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	P2A	16,00 €	Zusatzpauschale
	Q-Zuschläge	25,50 €	*
2. Termin	P3	15,00 €	Zusatzpauschale
	BP3	20,00 €	Beratungspauschale
3. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
4. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
5. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
6. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
7. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
8. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
9. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
10. Termin	E4B	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (Akupunktur)
Quartalshonorar		232,50 €	

*	Sonographie	1,00 €
	Röntgen	7,00 €
	DXA	4,00 €
	Pharmaquoten	3,50 €
	EFA	10,00 €

AMBULANTES OPERIEREN: ARTHROSKOPISCHE GELENKOPERATION: GELENKSPÜLUNG MIT DRAINAGE, ASEPTISCH: KNIEGELENK

1. Termin	P1	26,00 €	Grundpauschale
	P1A	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	16,00 €	*
2. Termin	31142 OPS 5-810.0h L	274,80 €	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2
	40750	122,00 €	Sachkostenpauschale
	Zuschläge	69,77 €	**
	AOP1	48,24 €	Regionalanästhesie
	AOP3	168,66 €	Anästhesieleistung
	AOP11	61,15 €	Postoperative Überwachung
	AOP16	9,65 €	Zuschlag Postoperative Überwachung (Nachbeobachtung)
3. Termin	E4A	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (z.B.: Wundkontrolle)
Quartalshonorar		821,27 €	

*	Sonographie	1,00 €
	Röntgen	7,00 €
	DXA	4,00 €
	Pharmaquoten	4,00 €

**	31453 Zuschlag III	45,11 €
	31045 Hygienezuschlag	24,66 €

ABRECHNUNGSBEISPIEL: PATIENT MIT SPEZIFISCHEM RÜCKENSCHMERZ UND SPINALKANALSTENOSE (G55.1 + M48.02)

1. Termin	P1	26,00 €	Grundpauschale
	P1A	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	26,00 €	*
	P2B	16,00 €	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz
	BP2B	20,00 €	Beratungspauschale spezifischer Rückenschmerz
2. Termin	EHWS	250,00 €	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS
3. Termin	E4A	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (z.B.: Wundkontrolle)
Quartalshonorar		363,00 €	

*	Sonographie	1,00 €
	Röntgen	7,00 €
	EFA-Zuschlag	10,00 €
	DXA	4,00 €
	Pharmaquoten	4,00 €

HÄUFIGE FRAGEN

➤ **P1A Überweiserpauschale**

- LANR und BSNR des überweisenden HZV-Hausarztes muss in der Software an passender Stelle eingetragen und mit der Abrechnung übermittelt werden

➤ **Beratungspauschalen**

- eine Beratungspauschale pro Quartal und max. 2 x je Krankheitsfall abrechenbar
- nur mit entsprechender Zusatzpauschale abrechenbar (z. B. BP3 mit P3, BP4 mit P4,...)

ZUSÄTZLICHE ARZT-PATIENTEN-KONTAKTE

- zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte sind über die Ziffern **E4A** bzw. **E4B** (Akupunktur) abrechenbar
- E4A/E4B sind max. 1x pro Tag und nicht zusammen am selben Tag abrechenbar
- die Vergütung erfolgt ab dem 3. APK innerhalb eines Quartals, es werden max. 8 APK pro Quartal vergütet
- alle Arzt-Patienten-Kontakte sind zu dokumentieren
- setzt Arzt-Patienten-Kontakt voraus (z. B. Besprechung, Wundkontrolle, chirotherapeutische Behandlung, Infiltrationen)
- reine Rezeptausstellungen, physikalische Therapie durch die Praxisangestellten usw. sind über diese Position nicht abrechenbar
- **E4B:** Akupunktur bei chronisch schmerz erkrankten Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM

BAG und MVZ

- kein Zielauftrag, keine Vertreterpauschale innerhalb BAG/MVZ möglich
- keine Überweisung für Leistungen die innerhalb BAG/MVZ erbracht werden können
- P1 ist innerhalb einer BAG (HBSNR) parallel zu P1 aus anderen §140a-Verträgen nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/FA vorliegt

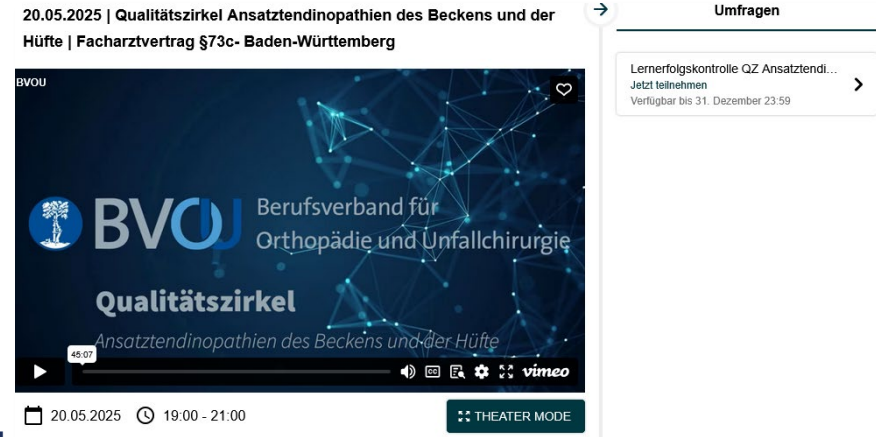
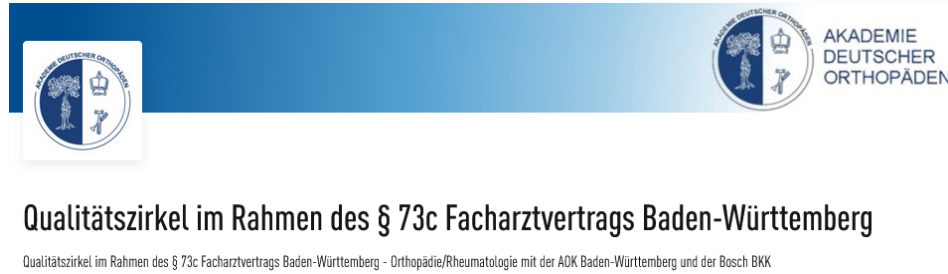
IGeL

- 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

FORTBILDUNGSVERPFLICHTUNG FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

1. Teilnahme an einem strukturierten vertragsspezifischen Qualitätszirkel je Halbjahr (= zwei pro Jahr)

- Veranstaltet durch die ADO in Kooperation mit dem aQua-Institut
- Teilnahme Live Online oder im Archiv (inkl. Lernerfolgskontrolle) bis jew. 31.12.



2. Teilnahme an zwei weiteren Fortbildungen im Umfang von insges. mind. 8 CME-Punkten pro Jahr

- Zustimmung der Datenweitergabe aus dem LÄK-Fortbildungskonto an MEDIVERBUND möglich
- **Die Einhaltung wird regelmäßig geprüft**

Aktionen

- Fortbildung melden
- Jährliche Datenübermittlung an die KVBW
- Zertifikat beantragen
- Jährliche Datenübermittlung an die MEDIVERBUND AG**

Informationen unter:
www.medi-verbund.de → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK
Orthopädie/Chirurgie → Fortbildungen und Qualitätszirkel

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Internetauftritt |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | | |
| 4 | Pharmaquoten | | |

PHARMAQUOTEN

Im Vertrag gibt es 3 unterschiedliche Pharmaquoten (grün-blau-rot), die automatisch von MEDIVERBUND berechnet und bei Erreichen der Quote vergütet werden:



Grün hinterlegt sind: Patentfreie Arzneimittel, für welche die Kasse im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

(Bei Quote $\geq 90\%$ → Vergütungszuschlag = 1,00€)



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

(Bei Quote $\geq 70\%$ → Vergütungszuschlag = 0,50€)



Rot hinterlegt sind: Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können. .

(Bei Quote $\leq 3\%$ → Vergütungszuschlag = 2,50€)



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	109,99 €	-	10,99 €		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	109,99 €	-	10,99 €		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 Filmtbl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtbl. 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:

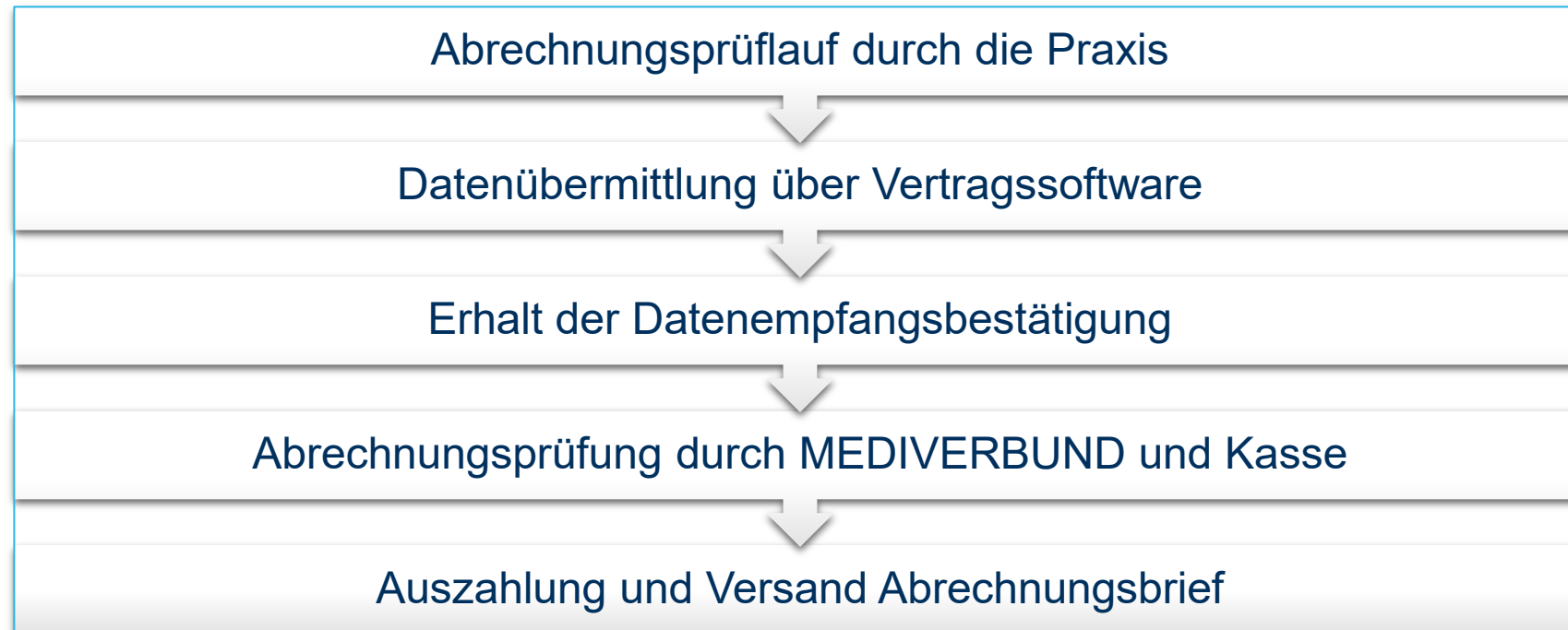
1	P1	08.09.2022	26,00 €
2	P1A	08.09.2022	5,00 €
3	E4A	08.09.2022	0,00 €
4	P2B	08.09.2022	16,00 €
5	BP2B	08.09.2022	20,00 €
6	---Q1---	08.09.2022	1,00 €
7	---Q2---	08.09.2022	7,00 €
8	---Q3---	08.09.2022	4,00 €
9	---Q11---	08.09.2022	0,50 €
10	---Q5 BLAU---	08.09.2022	0,50 €
11	---Q5 GRUEN---	08.09.2022	1,00 €
Summe:			81,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			2,89 €

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Internetauftritt |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | | |
| 4 | Pharmaquoten | | |



ABRECHNUNGSPROZESS



AUSZAHLUNGSPROZESS

- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten:
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von max. **19,50 €** pro Grundpauschale P1
- Die Berechnung der Abschlagszahlungen erfolgt anhand der Abrechnungsdaten des Vorquartals
- Die Schlusszahlung erfolgt ca. 10 Wochen nach dem Abrechnungsstichtag

EMPFANGSBESTÄTIGUNG DER ABRECHNUNGSDATEN

Nach erfolgreicher Übermittlung der Abrechnungsdaten erhalten Sie eine **Datenempfangsbestätigung**

wir haben von Ihnen am 30.09.2022 folgende Abrechnungs- und/oder Verordnungsdaten erhalten:

3. Quartal 2022

	§ 73c/140a	Sofortabrechnung	Gesamt
Patienten mit Abrechnungsdaten	172	3	175
Anzahl Leistungsziffern	867	17	884
Anzahl Diagnosen	547	12	559
Anzahl Operationsschlüssel	0	0	0

Sie haben uns **139 Verordnungen** geschickt.

Tipp: Achten Sie nach dem Versand der Abrechnungsdaten auf den Erhalt der Datenempfangsbestätigung und prüfen Sie Fallzahlen und Verordnungsdaten

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

Enthält Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags
Abrechnungssumme des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen der Vorquartale

Position	Belastung	Gutschrift
Abrechnungssumme für das 3. Quartal 2022		17.783,00 €
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG	634,64 €	
Zwischensumme Quartal 3/2022		17.148,36 €

Position	Belastung	Gutschrift
Nachabrechnungssumme für das 2. Quartal 2020	10,00 €	
3,570 % Verwaltungskosten MEDIVERBUND AG		0,36 €
Zwischensumme Quartal 2/2020	9,64 €	

Zwischensumme gesamt		17.138,72 €
-----------------------------	--	--------------------

Abrechnungssumme	17.138,72 €
Abzüglich Abschlagszahlung für das Quartal 3 / 2022	
Abschlag vom 15.08.2022	3.841,50 €
Abschlag vom 15.09.2022	3.841,50 €
Abschlag vom 17.10.2022	3.841,50 €
Endbetrag	5.614,22 €

INHALT DES ABRECHNUNGSBRIEFS

➤ Einzelnachweise → sind im Arztportal abrufbar

- detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
- von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
- NEGSOFAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
- Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

1	P1	05.04.2022	26,00 €
2	E4A	05.04.2022	0,00 €
3	P2B	05.04.2022	16,00 €
4	BP2B	05.04.2022	20,00 €
5	---NEGSOFAB---	05.04.2022	-15,38 €
6	---Q1---	05.04.2022	1,00 €
7	---Q2---	05.04.2022	7,00 €
8	---Q3---	05.04.2022	4,00 €
9	---Q9---	05.04.2022	5,00 €
10	---Q11---	05.04.2022	0,50 €
11	---Q5 BLAU---	05.04.2022	0,50 €
12	---Q5 ROT---	05.04.2022	2,50 €
13	---Q8---	05.04.2022	5,00 €
14	E4A	10.05.2022	0,00 €
15	E4A	30.05.2022	15,00 €
Summe:			87,12 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			3,11 €
Änderung:	P1A wurde gelöscht, da keine LANR des Überweisers eingetragen wurde.	05.04.2022	

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

➤ Buchungsübersicht

Konto Buchungsübersicht

Datum	Beschreibung	Betrag
Start Saldo		0,00 €
01.08.2022	AOK BW OC 73c Abschlag 2022-Q3-1	-13.825,50 €
01.09.2022	AOK BW OC 73c Abschlag 2022-Q3-2	-13.825,50 €
04.10.2022	AOK BW OC 73c Abschlag 2022-Q3-3	-13.825,50 €
19.10.2022	AOK BW OC 73c Nachabrechnung für 02/2022 - Abrechnungsergebnis	-73,08 €
19.10.2022	AOK BW OC 73c Nachabrechnung für 02/2022 - Verwaltungskosten	2,61 €
19.10.2022	AOK BW OC 73c Abrechnung für 03/2022 - Abrechnungsergebnis	80.308,87 €
19.10.2022	AOK BW OC 73c Abrechnung für 03/2022 - Verwaltungskosten	-2.866,35 €
End Saldo		35.895,55 €

Kontoinhaber:	Max Mustermann
IBAN:	DE00 0000 0000 0000 0000 00
BIC:	SSSSSSSS00

Bitte teilen Sie uns Änderungen Ihrer Bankverbindung rechtzeitig über Arztportal oder Stammdatenänderungsblatt mit!

➤ Übersicht Behandlungsfälle

Leistungsquartal	Anzahl abgerechneter Fälle	Anzahl vergüteter Fälle	Anzahl verlorener Fälle*
Q4/2020	742	741	1
Q1/2021	739	739	0
Q2/2021	746	746	0
Q3/2021	754	752	2
Q4/2021	810	804	6
Q1/2022	694	691	3
Q2/2022	713	713	0
Q3/2022	746	739	7

INHALTE DES ABRECHNUNGSBRIEFS

➤ Übersicht Pharmaquotenerreichung

- 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 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

HÄUFIGE FRAGEN ZUM ABRECHNUNGSBRIEF

➤ Streichung von Ziffern

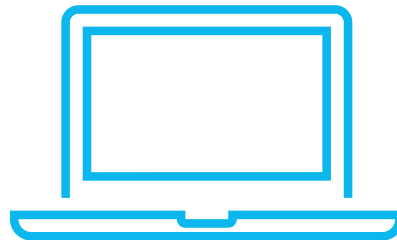
- OP-Ziffer wurde gestrichen, mögliche Gründe: OPS-Code fehlt, Seitenlokalisierung fehlt, falsche OP-Ziffer abgerechnet
- Beratungspauschale wurde gestrichen, da zu oft abgerechnet
- Kettenreaktionen“ durch Streichung von Leistungen (z. B. BP3 nur mit P3 im Quartal abrechenbar). Wird P3 gestrichen, da schon 2 Zusatzpauschalen abgerechnet, entfällt auch die dazugehörige BP3

➤ Streichung von Fällen

- Zur Streichung ganzer Fälle kann es aus folgenden Gründen kommen: Sofortabrechnung zu oft, Kassen IK des Versicherten ungültig, Fall wurde einem Praxispartner zugeteilt.
- Diese Fälle sind gesondert im Abrechnungsbrief oder der Empfangsbescheinigung dargestellt

ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate lang nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
Beispiel: Leistung am 17.02. → Nachabrechnung/Korrektur bis 31.03. des darauffolgenden Jahres möglich
- wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



ABLEHNUNGEN DURCH DIE KV

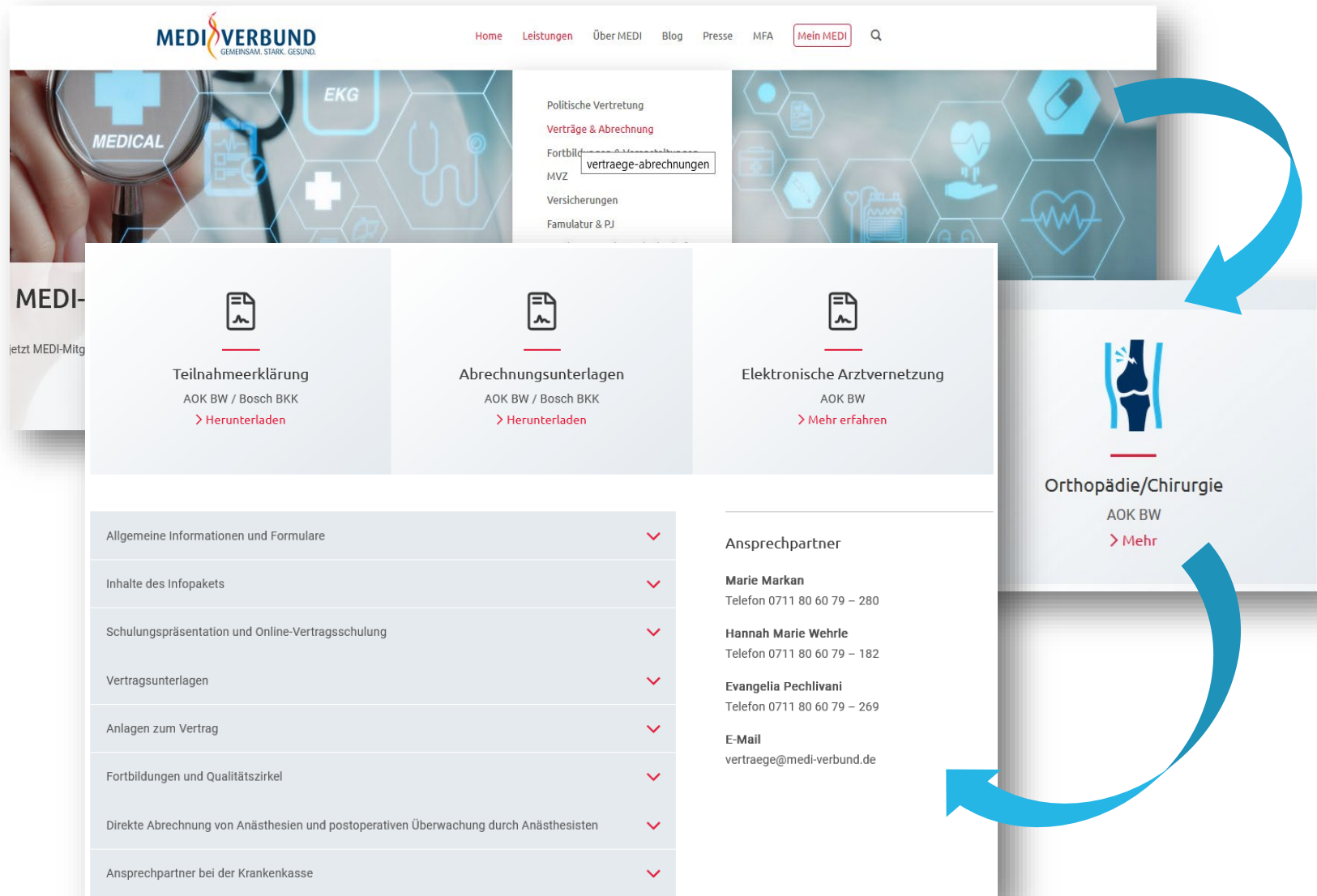
- Es gibt bei allen 140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei 140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- Der Behandlungsfall kann innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabgerechnet werden



Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Einzelne Ziffern können stehen bleiben.
Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.
So vermeiden Sie eine versehentliche „Doppelabrechnung“

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|---|
| 1 | Versicherteneinschreibung | 5 | Datenübermittlung und Abrechnungsbrief |
| 2 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | 6 | Internetauftritt |
| 3 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik | | |
| 4 | Pharmaquoten | | |



MEDI-VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
MVZ
Versicherungen
Famulatur & PJ

vertraege-abrechnungen

Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[> Herunterladen](#)

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[> Mehr erfahren](#)

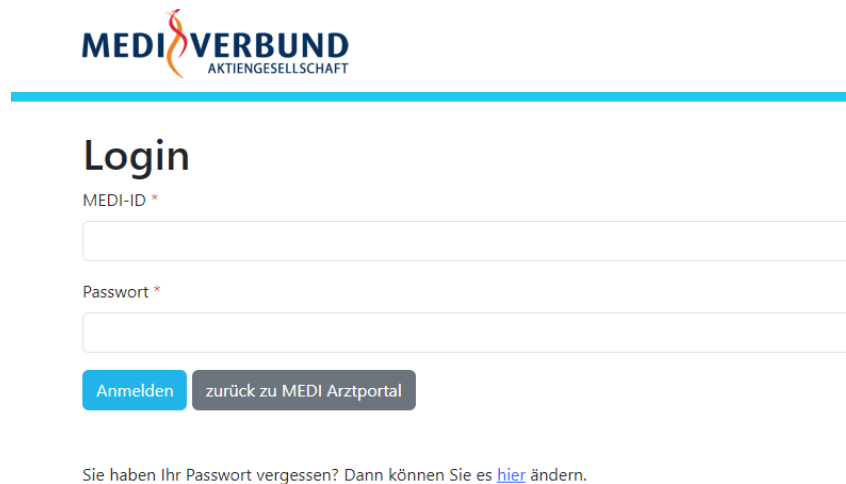
Orthopädie/Chirurgie
AOK BW
[> Mehr](#)

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

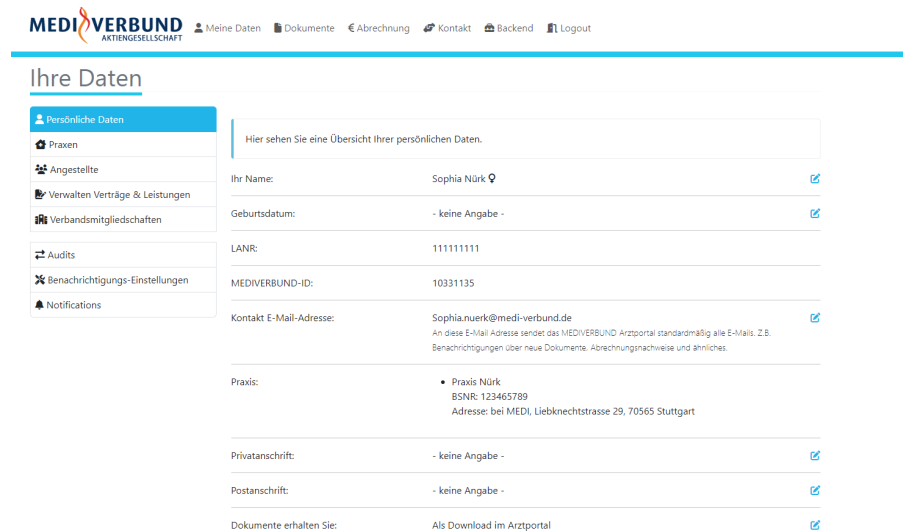
Ansprechpartner
Marie Markan
Telefon 0711 80 60 79 – 280
Hannah Marie Wehrle
Telefon 0711 80 60 79 – 182
Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269
E-Mail
vertraege@medi-verbund.de

www.medi-arztportal.de

- 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



The screenshot shows the login page of the MEDIVERBUND portal. At the top is the logo 'MEDI VERBUND AKTIENGESellschaft'. Below it is a blue horizontal bar. The main heading is 'Login'. There are two input fields: 'MEDI-ID *' and 'Passwort *'. Below the password field are two buttons: 'Anmelden' (blue) and 'zurück zu MEDI Arztportal' (grey). At the bottom, there is a link: 'Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern.'



The screenshot shows the 'Ihre Daten' (Your Data) page. At the top is the logo 'MEDI VERBUND AKTIENGESellschaft' and a navigation bar with links: 'Meine Daten', 'Dokumente', 'Abrechnung', 'Kontakt', 'Backend', and 'Logout'. The main heading is 'Ihre Daten'. On the left is a sidebar menu with options: 'Persönliche Daten' (selected), 'Praxen', 'Angestellte', 'Verwalten Verträge & Leistungen', 'Verbandsmitgliedschaften', 'Audits', 'Benachrichtigungs-Einstellungen', and 'Notifications'. The main content area shows a table of personal data with edit icons (pencil) for each row.

Hier sehen Sie eine Übersicht ihrer persönlichen Daten.	
Ihr Name:	Sophia Nürk ♀
Geburtsdatum:	- keine Angabe -
LANR:	111111111
MEDIVERBUND-ID:	10331135
Kontakt E-Mail-Adresse:	Sophia.nuerk@medi-verbund.de An diese E-Mail-Adresse sendet das MEDIVERBUND-Arztportal standardmäßig alle E-Mails, z.B. Benachrichtigungen über neue Dokumente, Abrechnungsnachweise und ähnliches.
Praxis:	• Praxis Nürk BSNR: 123465789 Adresse: bei MEDI, Liebknechtstrasse 29, 70565 Stuttgart
Privatanschrift:	- keine Angabe -
Postanschrift:	- keine Angabe -
Dokumente erhalten Sie:	Als Download im Arztportal



Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztssuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge.

Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

Infos zu den Haus- und Facharztverträgen und Ihre Vorteile an der Teilnahme finden Sie [hier](#).

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

Hausärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

BKK LV Süd

BKK LV Süd HZV

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

Fachärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardiologie 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

AOK BW PNP 140a

Neurologie

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 Psychotherapeuten finden.
Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

AOK BW HZV

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

 Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

 BKK LV Süd

BKK LV Süd HZV

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. **100** Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von 10 km

☐ Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

AOK BW Orthopädie 140a

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie

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. **100** Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von 10 km

Leistung

☐ Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

Suchen

ABRECHNUNGSKALENDER

Diabetologie AOK BW
Gastroenterologie AOK BW / Bosch BKK / BKK LV Süd
Kardiologie AOK BW / Bosch BKK / BKK LV Süd
Orthopädie AOK BW / Bosch BKK
PNP AOK BW / Bosch BKK

2025



Juli		August		September		Oktober		November		Dezember	
Di 1		Fr 1		Mo 1		Mi 1		Sa 1 Allerheiligen		Mo 1	
Mi 2		Sa 2		Di 2		Do 2		So 2		Di 2	
Do 3 3. AZ Q2/2025		So 3		Mi 3 2. AZ Q3/2025		Fr 3 Tag der dt. Einheit		Mo 3		Mi 3 2. AZ Q4/2025	
Fr 4		Mo 4		Do 4		Sa 4		Di 4		Do 4	
Sa 5		Di 5 1. AZ Q3/2025		Fr 5		So 5		Mi 5 1. AZ Q4/2025		Fr 5	
So 6		Mi 6		Sa 6		Mo 6 3. AZ Q3/2025		Do 6		Sa 6	
Mo 7		Do 7		So 7		Di 7		Fr 7		So 7	
Di 8		Fr 8		Mo 8		Mi 8		Sa 8		Mo 8	
Mi 9		Sa 9		Di 9		Do 9		So 9		Di 9	
Do 10		So 10		Mi 10		Fr 10		Mo 10		Mi 10	
Fr 11		Mo 11		Do 11		Sa 11		Di 11		Do 11	
Sa 12		Di 12		Fr 12		So 12		Mi 12		Fr 12	
So 13		Mi 13		Sa 13		Mo 13		Do 13		Sa 13	
Mo 14		Do 14		So 14		Di 14		Fr 14		So 14	
Di 15		Fr 15		Mo 15		Do 15		Mi 15		Mo 15	
Mi 16		Sa 16		Di 16		Do 16		So 16		Di 16	
Do 17		So 17		Mi 17		Fr 17		Mo 17		Mi 17	
Fr 18		Mo 18		Do 18		Sa 18		Di 18		Do 18	
Sa 19		Di 19		Fr 19		So 19		Mi 19		Fr 19	
So 20		Mi 20		Sa 20		Mo 20		Do 20		Sa 20	
Mo 21		Do 21		So 21		Di 21		Fr 21		So 21	
Di 22		Fr 22		Mo 22		Mi 22		Sa 22		Mo 22	
Mi 23		Sa 23		Di 23		Do 23		So 23		Di 23	
Do 24		So 24		Mi 24		Fr 24		Mo 24		Mi 24 Heiligabend	
Fr 25		Mo 25		Do 25		Sa 25		Di 25		Do 25 1. Weihnachtstag	
Sa 26		Di 26		Fr 26		So 26		Mi 26		Fr 26 2. Weihnachtstag	
So 27		Mi 27		Sa 27		Mo 27		Do 27		Sa 27	
Mo 28		Do 28		So 28		Di 28		Fr 28		So 28	
Di 29		Fr 29		Mo 29		Mi 29		Sa 29		Mo 29	
Mi 30		Sa 30		Di 30		Do 30		So 30		Di 30	
Do 31		So 31				Fr 31				Mi 31 Silvester	

Den Kalender mit den wichtigsten Terminen finden Sie im Bereich Abrechnungsunterlagen

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungstichtag 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.
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 LV Süd Verträge Kardiologie und Gastroenterologie sowie den Diabetologievertrag der AOK BW

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

Nutzen Sie die neue App garrioCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.

IHRE VORTEILE:

- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteams entwickelt

Sie erreichen Ihre Patientinnen und Patienten nicht, um die Laborwerte zu übermitteln?

Nutzen Sie die Chatfunktion und übertragen Sie die Werte als PDF-Datei.

Ihre Warteschleife läuft voll wegen Rezeptbestellungen oder Folge-AU?

Weisen Sie Ihre Patientinnen und Patienten darauf hin, dass sie ihre Folgerezepte oder AU über den Messenger garrioCOM Tag und Nacht anfordern können. So entlasten Sie Ihre MFA.

Sie möchten Ihr Praxis-Aufkommen durch Videosprechstunden mit garrioCOM regulieren?

Durch die einfache Videoverbindung per garrioCOM zwischen Ihnen und Ihren Patientinnen und Patienten sind künftig Behandlungstage sogar im Home-Office denkbar.

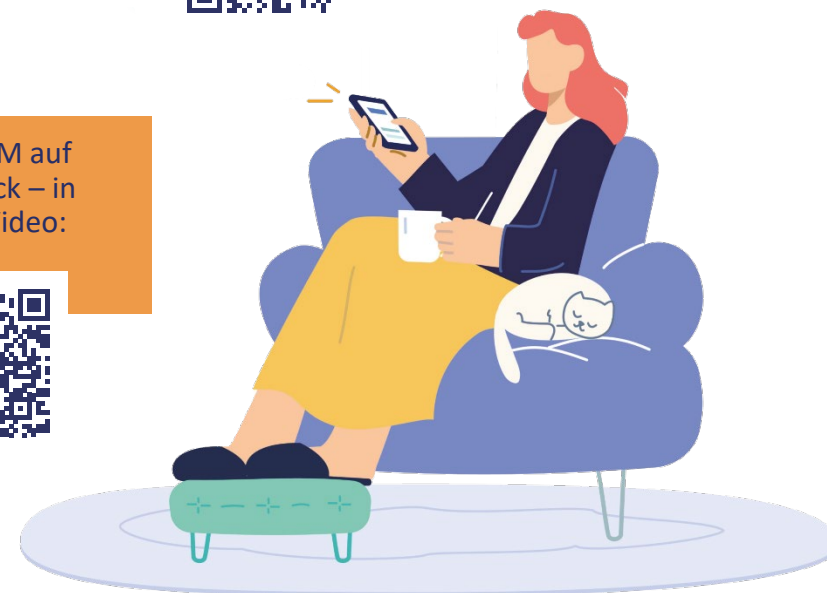


Bestellen Sie garrioCOM unter **www.garrio.de/bestellung**.

Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



Hausärzterverband
Baden-Württemberg



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

www.medi-verbund.de



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:



Frau Wehrle: 0711 80 60 79 182



Frau Markan: 0711 80 60 79 280



vertraege@medi-verbund.de



Abteilung Abrechnung: 0711 806079-0

