

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

TEILNAHMEZERTIFIKAT

Zum Erhalt des Schulungszertifikats
senden Sie uns bitte eine
E-Mail-Bestätigung
über die Teilnahme an der Vertragsschulung
unter Nennung aller Teilnehmer der Praxis
an folgende Adresse:
vertraege@medi-verbund.de



AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

GESETZLICHE GRUNDLAGEN

- Gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit des Abschlusses ergänzender Facharztverträge gemäß § 73c SGB V (bis 2015) / Vereinbarung „besondere Versorgung“ gem. § 140a SGB V (ab 2015)
- Bereinigung der KV-Gesamtvergütung entsprechend den Vorgaben in §§73b sowie 140a SGB V und des Bewertungsausschusses

ZIELE DES VERTRAGS

- Optimierte, qualitativ hochwertige Versorgung der Versicherten
- Stärkung der ambulanten Versorgung
- Reduktion stationärer Aufenthalte
- Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten
- Mehr Zeit z.B. für Beratungsgespräche
- Geringerer Arzneimittelverbrauch (z.B. Opioide, NSAR)
- Bessere Rahmenbedingungen für Ärzte und Patienten

SYSTEMATIK DES VERTRAGS

- Spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- Spezielle Honorarsystematik
- Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt sowie anderen Fachärzten/Psychotherapeuten durch **strukturierte Schnittstellen** (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)
- Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK, Einbezug von Gesundheitsprogrammen

→ Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

- **Vergütung** durchschnittlich 20% - 40% höher als bei der KV
- **Mehr Zeit**, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, z.B. durch Vergütung von Gesprächsleistungen
- **Keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung**
- **Wirtschaftliche Sicherung** der Praxen und Planungssicherheit:
 - unbefristete Verträge
 - feste Vergütung

KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

➤ **Vertragsärzte**

- Fachärzte für Orthopädie
- Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie
- Fachärzte für Chirurgie

➤ **Persönlich ermächtigte Ärzte**

dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen

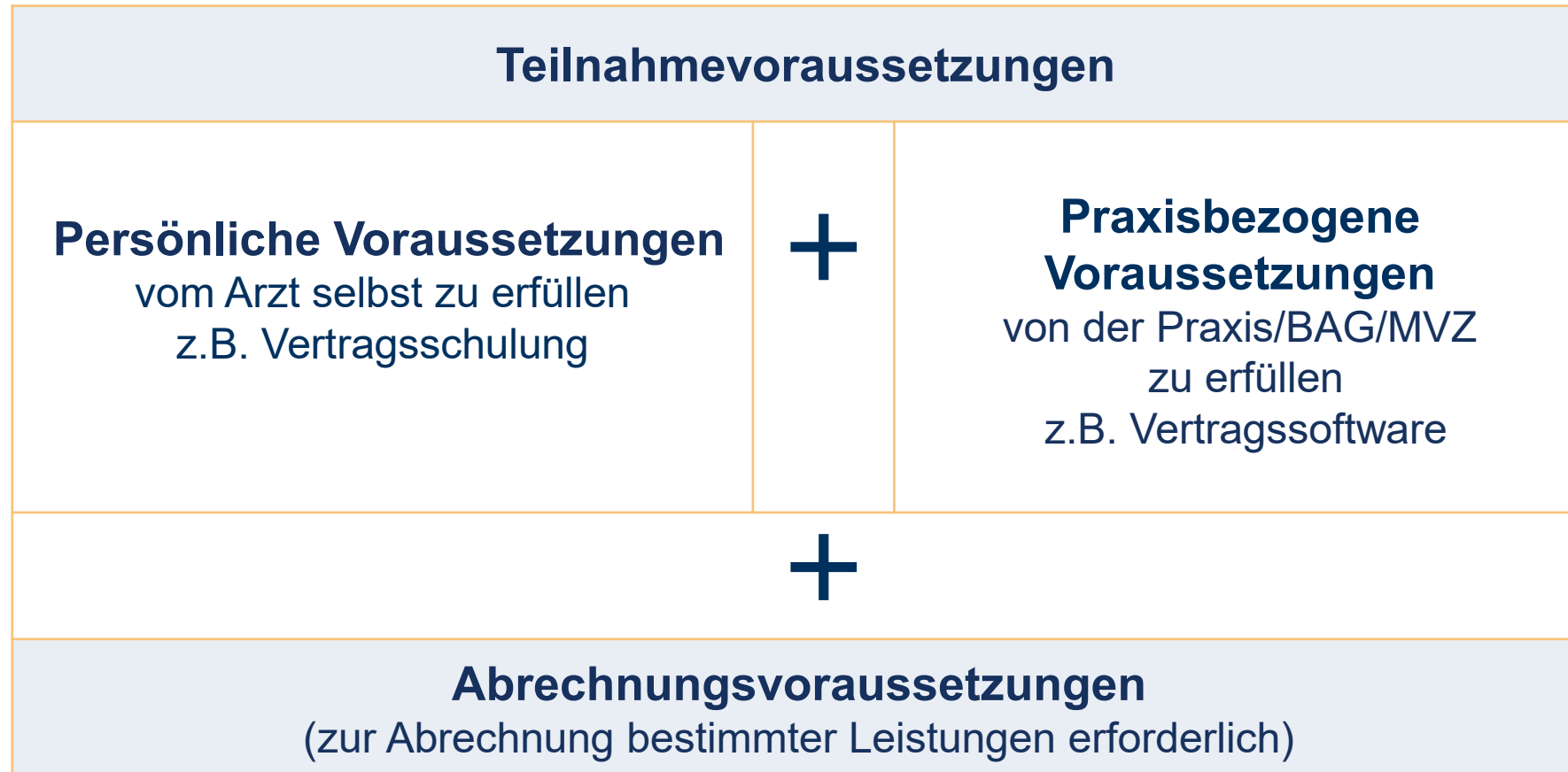
➤ **MVZ**

Sind zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, die die Teilnahmebedingungen erfüllen.

Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ

Hinweis: bei verschiedenen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen (auch bei angestellten Ärzten) in der Praxis/ BAG/ MVZ wird ein gleichzeitiger Teilnahmestart (selbes Quartal) empfohlen.

TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN



PERSÖNLICHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach §95 d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Erfüllung ggf. zusätzlicher Fortbildungspflichten zu den spezifischen Krankheitsbildern
(Nachweis: Selbstauskunft – Abfrage der Nachweise durch die MEDIVERBUND AG)

PRAXISBEZOGENE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Internetanbindung
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxisverwaltungssystem)
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Vertragssoftware
(Nachweis: Bestätigungsformular Vertragssoftware)
- HZV-Online-Key zur Datenübertragung
(Nachweis: Bestätigungsformular HZV-Online-Key)

ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

Zum Erhalt der **Qualitätszuschläge** / zur Abrechnung **bestimmter Leistungen** erforderlich:

Qualitätszuschlag / Leistung	Nachweis
Röntgen	KV-Zulassung / KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 34210, 34220-22, 34230-34, 34237-38, ff.
Sonographie	KV-Genehmigung / KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 33040-43, 33050-52, 33060-64
Duplexsonographie	KV-Genehmigung / KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 33070-75
Knochendichtemessung	Kauf- bzw. Leasingvertrag des Geräts und Anmeldung lt. Strahlenschutzvereinbarung
Spezielle Schmerztherapie	KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30700
Schmerztherapeutische Einrichtung	KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30704
Ambulantes Operieren	KV-Zulassung ambulantes Operieren
ESWT	Selbstauskunft / Bestätigungsformular
Qualifikation Akupunktur	KV-Genehmigung / KV-Abrechnung Ziffer 30790/ 30791
Neu seit 01.01.2025: Bildgesteuerte interventionelle Schmerztherapie an der HWS bzw. HWS <u>und</u> LWS	Selbstauskunft / Bestätigungsformular Für HWS: Sonographie (siehe oben) Für HWS und LWS: Bildwandler/CT (Selbstauskunft)

10 SCHRITTE ZUR VERTRAGSTEILNAHME

1. Vertragsunterlagen erhalten / anfordern
2. Vertragsschulung besuchen oder Online-Schulung absolvieren
3. Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner Softwarehaus)
4. HZV-Online-Key bestellen (Bestellformular HÄVG)
5. Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben
6. Nachweise beilegen (siehe Checkliste)
7. Teilnahmeerklärung und Nachweise an MEDIVERBUND schicken (per Post / Fax / E-Mail)
8. Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)
9. Zulassungsschreiben („Starterpaket“) von MEDIVERBUND abwarten
10. Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen



BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

1. Sprechstundenangebot und Terminvergabe

- reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
- Behandlung in Not- und Akutfällen am Tag des Anrufes durch HAUSARZT/FACHARZT
- werktägliche Sprechstunden (Mo-Fr)
- Angebot eines Abendtermins pro Woche (bis 20.00 Uhr) für eingeschriebene berufstätige Versicherte
- Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vereinbartem Termin auf möglichst 30 Minuten

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

2. Praxisprozesse

- **Befundübermittlung** an den Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen
- **Vertreterregelung:** Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt
- **strukturierte und leitliniengerechte Versorgung**

BESONDERE ANFORDERUNGEN UND REGELUNGEN

3. Fortbildungen und Qualitätszirkel

- Teilnahme an vertragsspezifischen Fortbildungen: Mind. **2 zertifizierte Fortbildungen pro Jahr** mit insgesamt mind. 8 CME-Punkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder des Vertrags
- Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln (gemäß § 5 Abs. 3): Mind. **1 Qualitätszirkel je Halbjahr** – zu unterschiedlichen vertragsspezifischen Themen

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

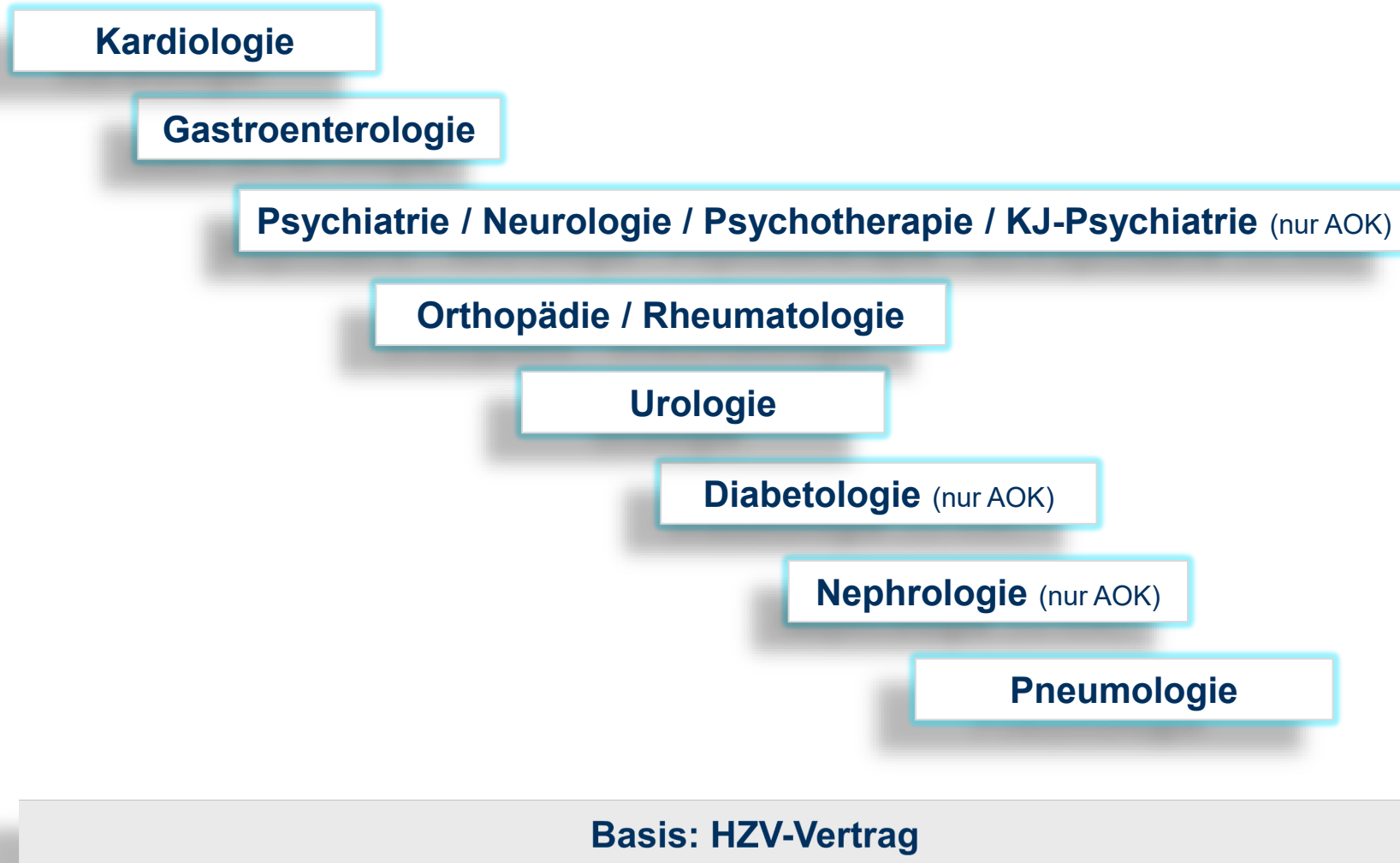
- Schnelle und flexible Terminvergabe; begrenzte Wartezeit
- Enge und strukturierte Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten
- Umfangreiche, individuelle und ganzheitliche Beratung für Patienten mit bspw. Rückenschmerzen und Kniearthrose
- Information zu Beratungs- und Hilfsangeboten 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

Tipp: Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an

VERSICHERTE TEILNAHMEERKLÄRUNG 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

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.

Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

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 wissenschaftlichen Begleitung und Versichererbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, teilbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

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

aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

meine im Rahmen des AOK-Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharztprogramm.

Im AOK-Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erlaube ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm teilnehme.
- die AOK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem AOK-Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- ich mit meiner Teilnahme am AOK-Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem AOK-Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-Facharztprogramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms. Die Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

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 wissenschaftlichen Begleitung und Versichererbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, teilbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, sowie meiner Kontaktdaten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

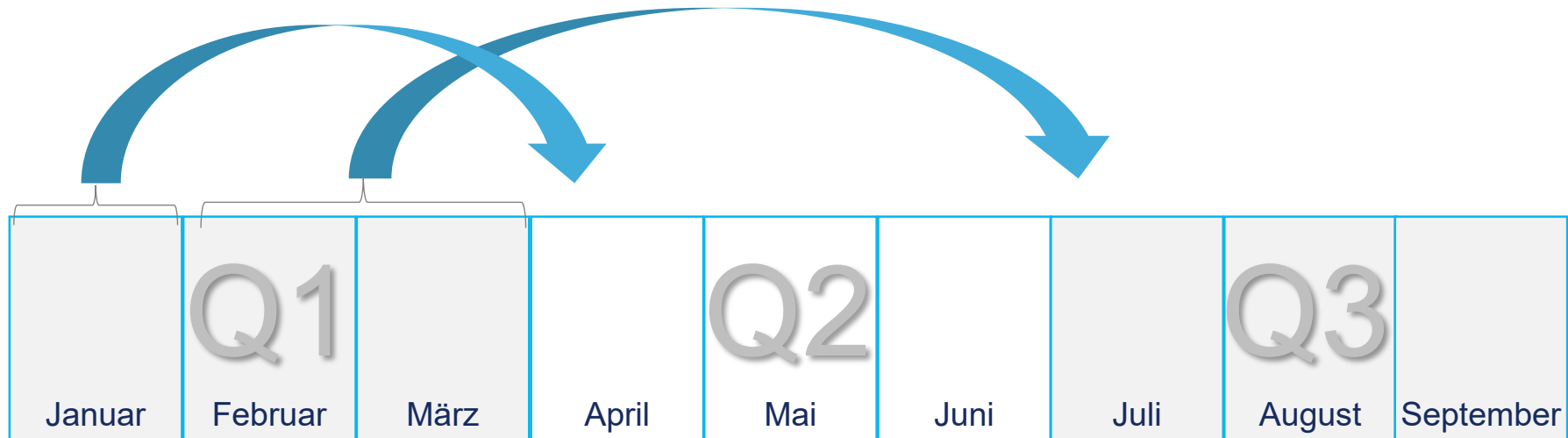
Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

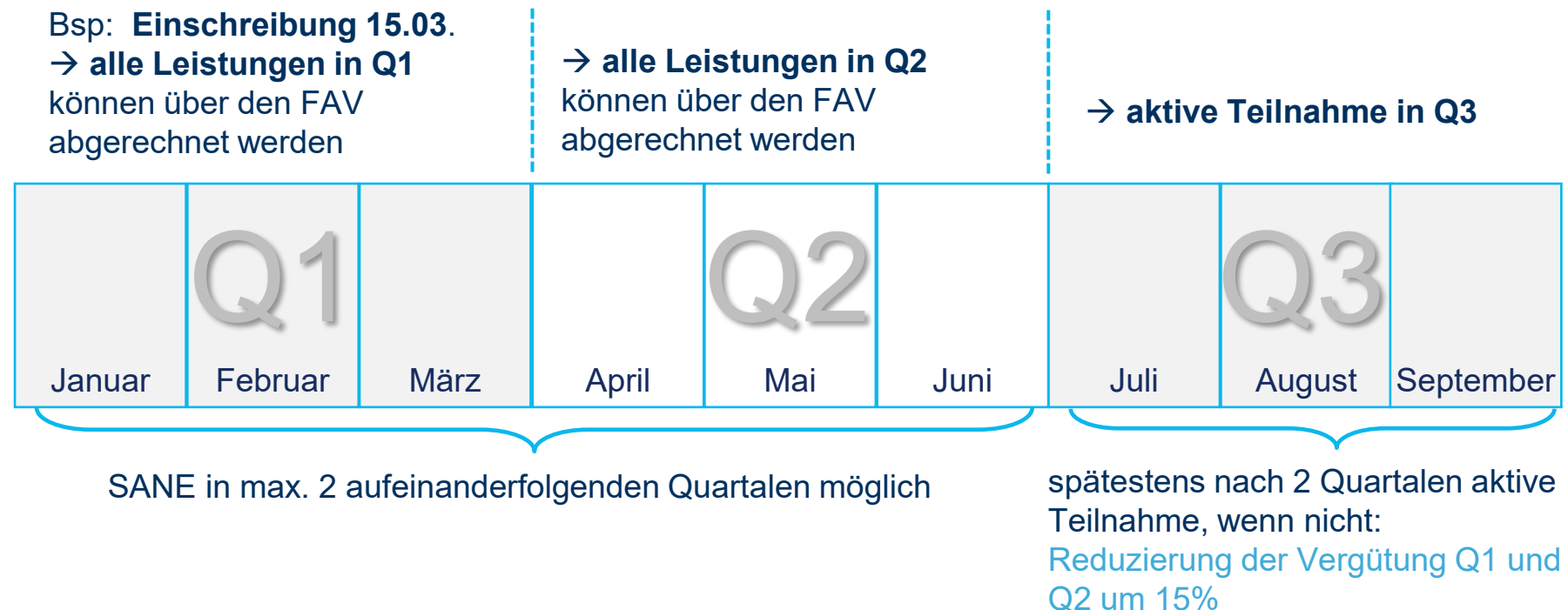
Die **SANE** ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV)**, sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bedingungen:

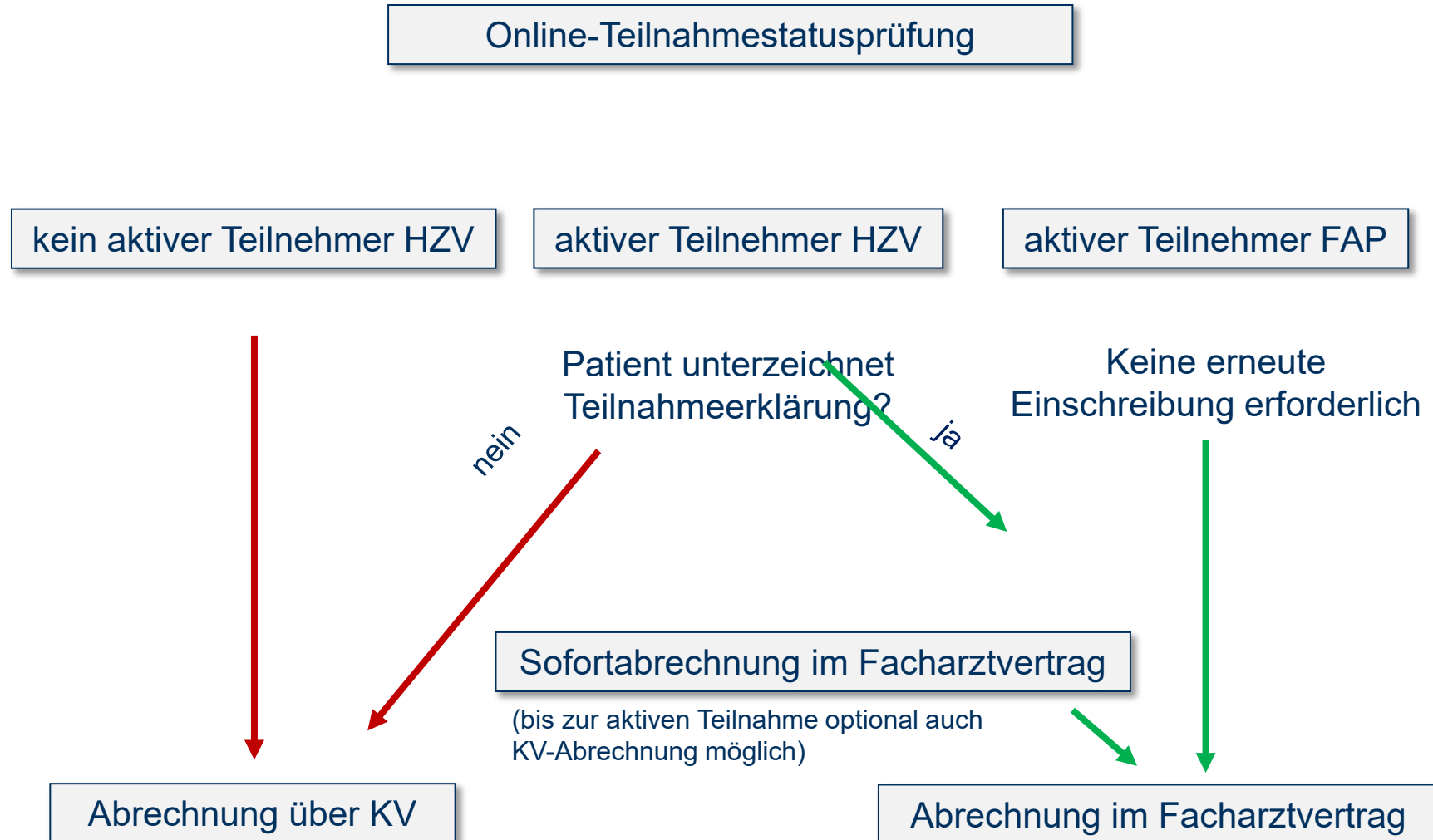
- Der Versicherte muss aktiv an der HZV teilnehmen
- Der Facharzt/Psychotherapeut ist zur Teilnahme an der SANE berechtigt (einmalige Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden
- Abrechnung entweder komplett 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 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

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

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

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					

HONORARANLAGE (ANLAGE 12)

- Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalt	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
ORTHOPAEDIE			
1. Pauschalen			
Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
Grundpauschale P1	Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte Grundversorgung <i>Hausarztstufe</i> ◦ 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 Orthopädische Leistungen 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) 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.	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)). Ausnahme: • 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 €

AMBULANTES OPERIEREN (ANLAGE 12 ANHANG 5)

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

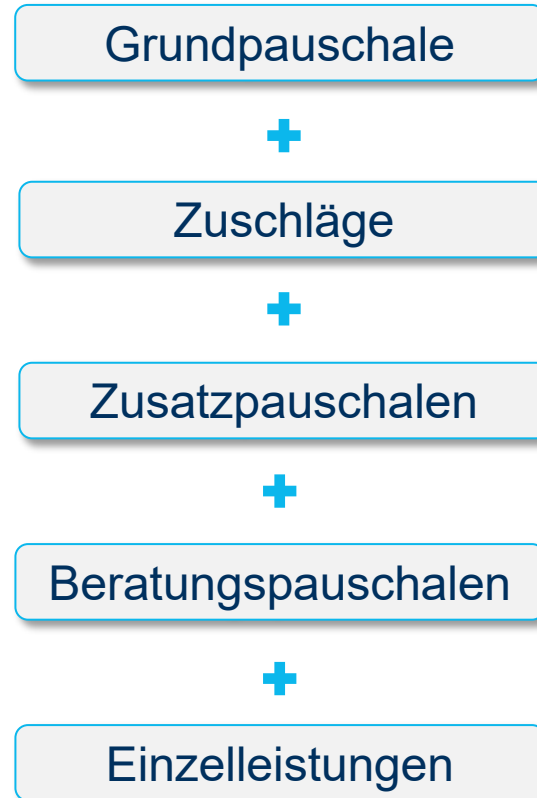
Ambulantes Operieren Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten. Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben. Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM.		
Körperoberfläche		
31101	Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM	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	

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

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)

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c					
Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel Besonderheit	
Grund- und Zusatzleistungen					
P1	Grundpauschale	20,00 €			
P1A	Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	KOH: 10,00 € Boch BKK: 5,00 €	1x im Quartal	es muss mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben; Überweisung vom Hausarzt additiv zu P1, es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen	
P2A	Zusatzpauschale unspezifischer Rückenschmerz	18,00 €		additiv zu P1, nicht neben P2B abrechenbar	
P2B	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	18,00 €	1x im Quartal	additiv zu P1, nicht neben P2A abrechenbar	
P3	Zusatzpauschale Gen- und Kieferfraktur	18,00 €	max. zwei Zusatzpauschalen		
P4	Zusatzpauschale Osteoporose	20,00 €	1x im Quartal abrechenbar	additiv zu P1	
P5	Zusatzpauschale entzündliche Gelenkerkrankungen	20,00 €			
P2PA	Beratungspauschale unspezifischer Rückenschmerz	20,00 €			
P2PB	Beratungspauschale spezifischer Rückenschmerz	20,00 €	1x im Quartal sowie 2x im Krankheitsfall	Beratungspauschale auf Zusatzpauschale abrechenbar; Dauer mind. 20 min.; bei mehreren vorliegenden entzündlichen Erkrankungen ist nur eine Beratungspauschale je Quartal abrechenbar	
P3P	Beratungspauschale Gen- und Kieferfraktur	20,00 €			
P4P	Beratungspauschale Osteoporose	20,00 €			
P5P	Beratungspauschale entzündliche Gelenkerkrankungen	20,00 €			
Einzelleistungen					
E1	Spezielle Schmerztherapie	64,00 €	1x im Quartal	nicht neben Zusatzpauschalen und nicht neben E2 abrechenbar	
E2	Leistung Fehlleistungs-Physio	50,00 €	1x im Krankheitsfall	nicht neben E1 abrechenbar; Dauer ca. 20 Minuten; Mindestteilnehmer Orthopädie und HZV-Hausarzt	
E3	Therapeutische Prothesen	18,00 €	4x im Quartal		
E4A	Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK)	18,00 €			
E4B	Leistung E4A - mindestens 30 Minuten; dokumentierter Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Auspunktsystem: je 1 Punkt = 18,00 € (max. 10 Punkte = 180,00 €) - je 1 Punkt = 18,00 € (max. 10 Punkte = 180,00 €) - je 1 Punkt = 18,00 € (max. 10 Punkte = 180,00 €)	18,00 €	1x pro Tag und 8x im Quartal	und höchstens 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 zusammengefasst auf 8 beschränkt; jeder APK ist aufzudeckeln und zu übermitteln	
Qualitätsleistungen					
Q1	Strukturzusatzung Sonographie	1,00 €			
Q2	Strukturzusatzung Röntgen	1,00 €	1x im Quartal	Zusatz auf P1 oder E1	
Q3	Strukturzusatzung Chondroprotektiva (CPA)	8,00 €			
Q4	Strukturzusatzung Drogen	8,00 €			
Q5	Qualitätszusatzung Rationale Pharmako-Therapie	4,00 €		bei Erreichen der Quoten erfolgt ein individueller Zusatz auf P1 oder E1 gem. Anlage 3 zu Anlage 12	
Q6	Qualitätszusatzung eigenem Indikator und Erreichung zu Wirksamkeitsregionen	2,00 €			
Q7	Strukturzusatzung Schmerztherapie	30,00 €	1x im Quartal	Zusatz auf E1 oder A2	
Q8	Strukturzusatzung EFAB (Anhang 8 zu Anlage 12)	KOH: 10,00 € Boch BKK: 8,00 €	nach Tätigkeitsumfang der EFAB	Zusatz auf BPA oder P2B oder P3 oder P4 oder P5 oder E1; Tätigkeitsumfang EFAB: 100% (≥ 36 St. (Woche) bis zu 200 Zuschläge) 75% (≥ 28 St. (Woche) bis zu 150 Zuschläge) 50% (≥ 18 St. (Woche) bis zu 100 Zuschläge)	
Q11	Strukturzusatzung Extracorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (ICD M73.2)	0,50 €	1x im Quartal	Zusatz auf P1 oder E1	
Auftragsgenehmigungen					
A1	Grundpauschale für Auftragsgenehmigungen	12,00 €		nicht neben P1, P5, E1, E3 sowie E AOP abrechenbar	
A2	Spezielle Schmerztherapie	64,00 €	1x im Quartal	nicht neben P1 - P5, A1, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar	
A3	Drogen	30,00 €			
A4	Chondroprotektiva (CPA)	30,00 €			
A5	Röntgen, inkl. Säugetierhilfe	20,00 €		nicht neben P1 - P5, E1 - E4A/ E4B sowie E AOP abrechenbar	
A6	Röntgen	18,00 €			
A7	Therapeutische Prothesen	18,00 €	4x im Quartal		
Verfahrenspauschalen					
V1	Verfahrenspauschale	20,00 €		nicht neben P1 - P5 aber bei Vorliegen der Voraussetzungen neben E1 - E4A/ E4B, E AOP abrechenbar	

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

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

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

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“

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.

SCHREIBTISCHUNTERLAGE

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c					
Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit	
Grund- und Zusatzpauschalen					
P1	Grundpauschale	28,00 €		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	18,00 €		additiv zu P1; nicht neben P2B abrechenbar	
P2B	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	18,00 €	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	28,00 €			
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. Seitenlokalisation 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.		

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

HÄUFIGE FRAGEN

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

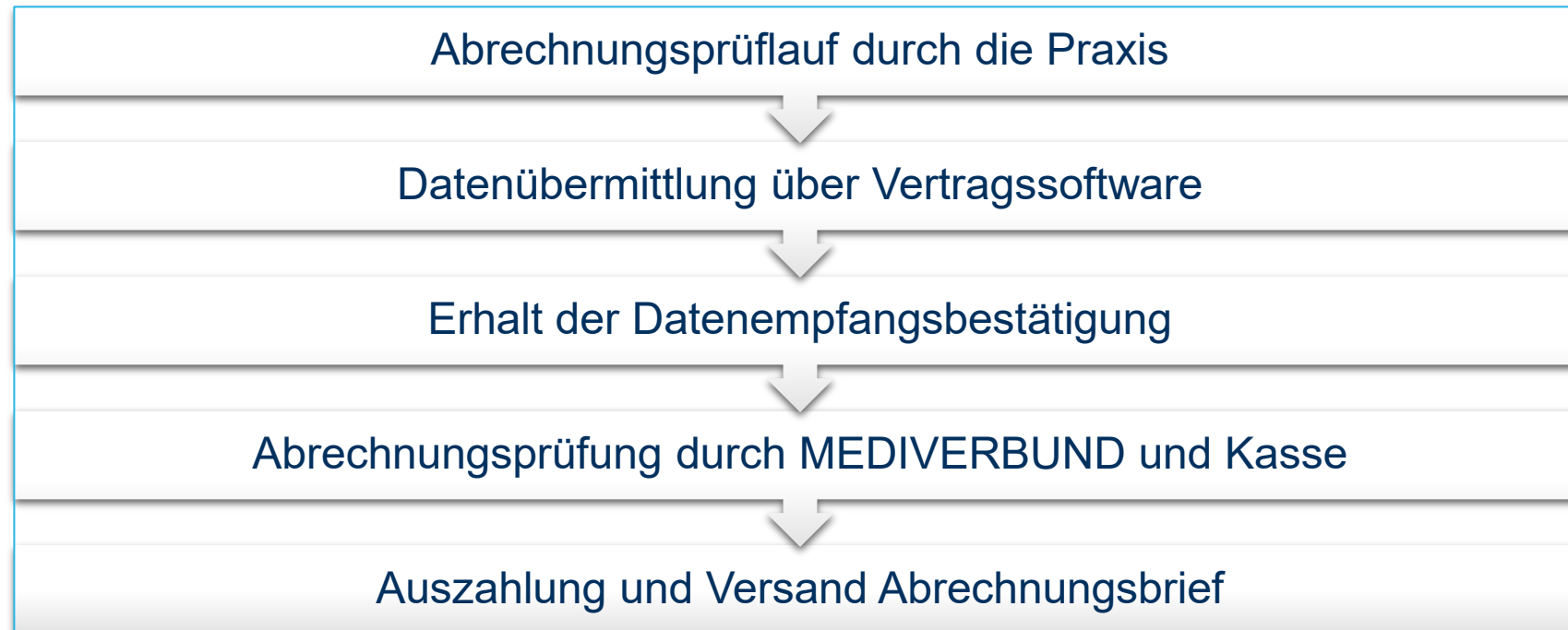
AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.



ABRECHNUNGSPROZESS



REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen 140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei 73c/140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.
- Bitte beachten Sie: In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

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

KOSTENÜBERSICHT

➤ **Einschreibepauschale:**

- einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)

➤ **Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar**

- **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BVOU, BNC
- **4,165 %** für Nichtmitglieder

➤ **Kosten IT:**

- Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

IT-ANSCHUBFINANZIERUNG DER BOSCH BKK

300,00 €

erhalten Sie auf Beantragung von der Bosch BKK

200,00 €

erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet



Bosch BKK
VMA2
Königsplatz 19
70469 Stuttgart

Fax Nr. 089 / 51999-2504

**Einzureichen nach der
Bestätigung Ihrer
Vertragsteilnahme durch
MEDIVERBUND direkt bei
der Bosch BKK**

Abrechnung gemäß Vereinbarung zwischen Ihrem Facharztverband, MEDIVERBUND und Bosch BKK.

Bitte überweisen Sie die Vergütung für den Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK i.H.v. 300,00 € gemäß der zwischen der Bosch BKK und meinem Facharztverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unser nachfolgendes Konto.

Facharztvertrag

☐ Gastroenterologie	☐ Kardiologie	☐ Orthopädie	☐ Pneumologie
☐ PNP	☐ Rheumatologie	☐ Urologie	

IBAN: _____

Kontoinhaber: _____

BIC: _____

Bank: _____

Datum, Praxistempel und Unterschrift:

Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss:
www.medi-verbund.de → Leistungen →
Verträge&Abrechnung
→ Orthopädie/Chirurgie

FÖRDERUNG VON STIPENDIEN ZUM PHYSICIAN ASSISTANT

- AOK BW

Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:

- Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss.
- Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse reutter@mediverbund-iffm.de.
- Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
- Anspruch auf das Stipendium besitzt der/die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“)

→ Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden: reutter@mediverbund-iffm.de

AGENDA

- | | | | |
|----------|---|----------|--|
| 1 | Grundlagen, Ziele und Systematik | 5 | Vergütungs- und Abrechnungssystematik |
| 2 | Teilnahme des Arztes | 6 | Abrechnungsprozess |
| 3 | Teilnahme der Versicherten | 7 | Internetauftritt |
| 4 | Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE) | | |

aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die stets gleichzeitige Verwendung der Sprachformen männlich, weiblich und divers (m/w/d) verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichermaßen für alle Geschlechter.

The screenshot shows the Medi-Verbund website interface. At the top, the logo 'MEDI VERBUND' is displayed with the tagline 'GEMEINSAM. STARK. GESUND.' Below the logo, navigation links include 'Home', 'Leistungen', 'Über MEDI', 'Blog', 'Presse', 'MFA', and 'Mein MEDI'. A search icon is also present. The main content area features a large banner with medical icons and a sidebar with links: 'Politische Vertretung', 'Verträge & Abrechnung', 'Fortbildung', 'MVZ', 'Versicherungen', and 'Famulatur & PJ'. The 'Verträge & Abrechnung' link is highlighted, and a dropdown menu shows 'vertraege-abrechnungen'. Below the banner, there are three main sections: 'Teilnahmeerklärung' (AOK BW / Bosch BKK), 'Abrechnungsunterlagen' (AOK BW / Bosch BKK), and 'Elektronische Arztvernetzung' (AOK BW). A blue arrow points from the 'Verträge & Abrechnung' link to the 'Abrechnungsunterlagen' section. Another blue arrow points from the 'Elektronische Arztvernetzung' section to the 'Orthopädie/Chirurgie' section. The 'Orthopädie/Chirurgie' section is highlighted and shows 'AOK BW' and a link to '> Mehr'. Below this, there is a table of contents for the 'Abrechnungsschulung Orthopädie' with a list of topics and a corresponding 'Ansprechpartner' section.

MEDI VERBUND
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MFA Mein MEDI

Politische Vertretung
Verträge & Abrechnung
Fortbildung
MVZ
Versicherungen
Famulatur & PJ

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

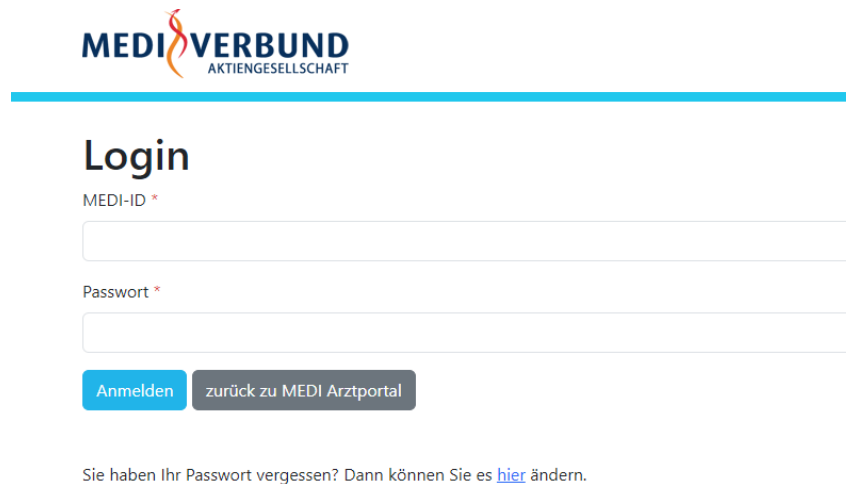
Hannah Marie Wehrle
Telefon 0711 80 60 79 – 182

Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269

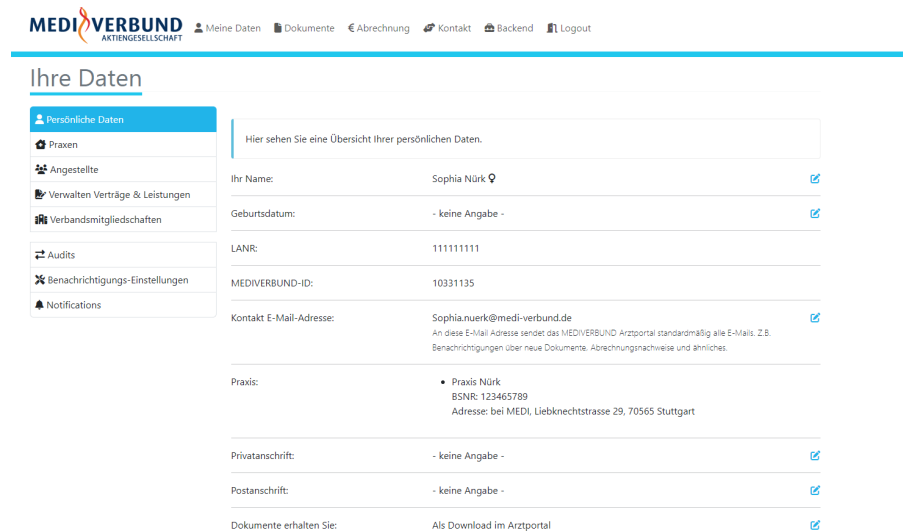
E-Mail
vertraege@medi-verbund.de

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 Arztportal. 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 is a blue button 'Anmelden' and a grey button 'zurück zu MEDI Arztportal'. 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) next to 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 Psychotherapeut 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

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.

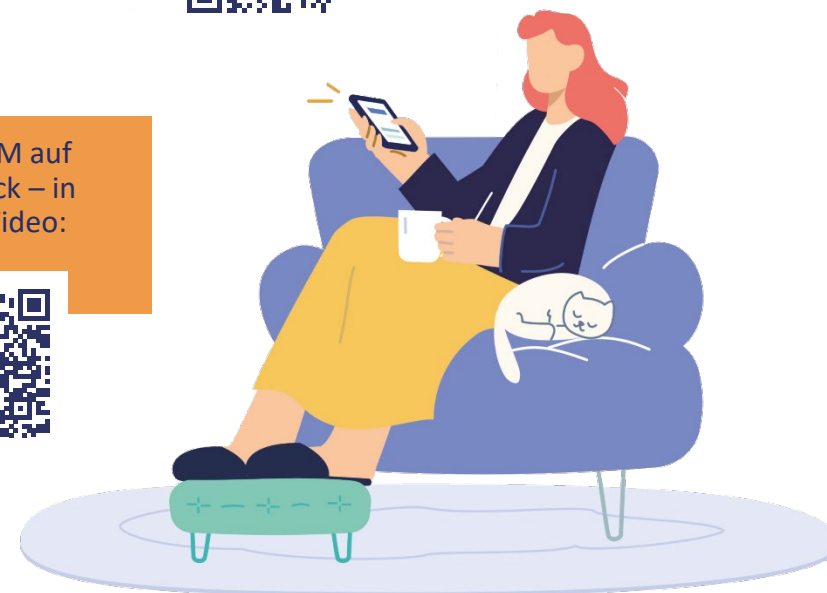


Bestellen Sie garrioCOM unter **www.garrio.de/bestellung**.

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



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



Hausärzterverband
Baden-Württemberg



TEILNAHMEZERTIFIKAT

Zum Erhalt des Schulungszertifikats
senden Sie uns bitte eine
E-Mail-Bestätigung
über die Teilnahme an der Vertragsschulung
unter Nennung aller Teilnehmer der Praxis
an folgende Adresse:
vertraege@medi-verbund.de

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

