



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

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

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
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

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.

Teilnahmevoraussetzungen

Persönliche Voraussetzungen
vom Arzt selbst zu erfüllen
z.B. Vertragsschulung

+

Praxisbezogene Voraussetzungen
von der Praxis/BAG/MVZ
zu erfüllen
z.B. Vertragssoftware

+

Abrechnungsvoraussetzungen
(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

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

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



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

2. Praxisprozesse

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

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):
Mindestens **1 Qualitätszirkel je Halbjahr** – zu unterschiedlichen vertragsspezifischen Themen

Agenda

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

- 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

Kardiologie

Gastroenterologie

Psychiatrie / Neurologie / Psychotherapie / KJ-Psychiatrie (nur AOK)

Orthopädie / Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie





Basis: HZV-Vertrag

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



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

Versichertenteilnahmeerklärung 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 eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. 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 in meinem 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 stimme 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 erheben 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 durch die AOK 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 endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt 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 Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

<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

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

- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms eroberten und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. 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 in meinem 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 stimme 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 erheben 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 durch die AOK 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 endet für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

Ich bin mit dem im Merkblatt beschriebenen Inhalt 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 Weitererhebungsfragen einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich dann, wenn die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten bzw. meiner konsultierten erteile.

Bitte das heutige Datum eintragen.

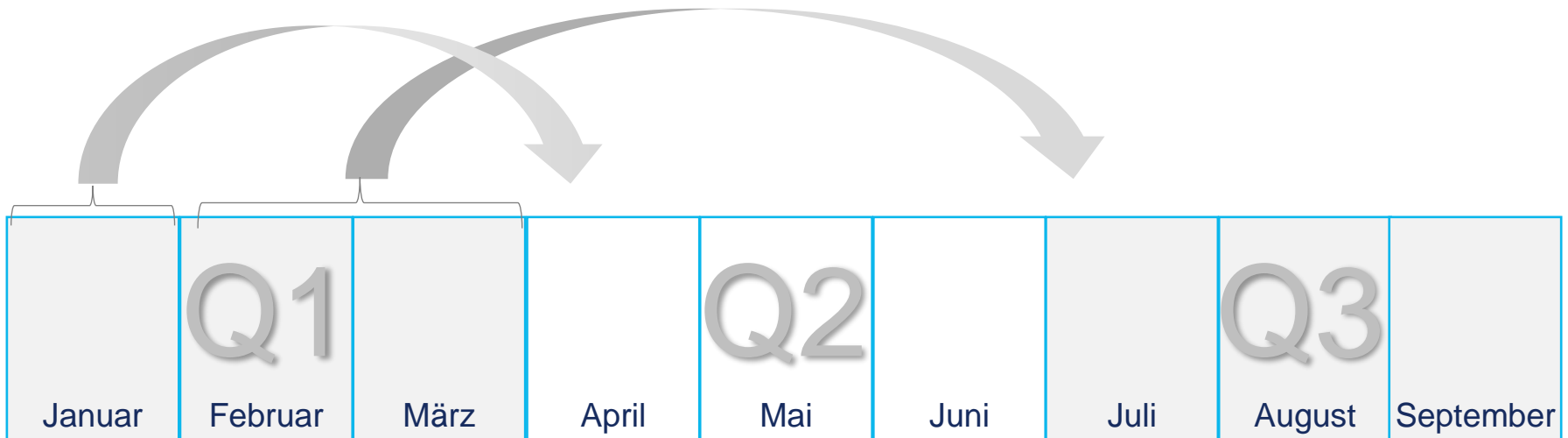
<TE-Code:>

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
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. 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

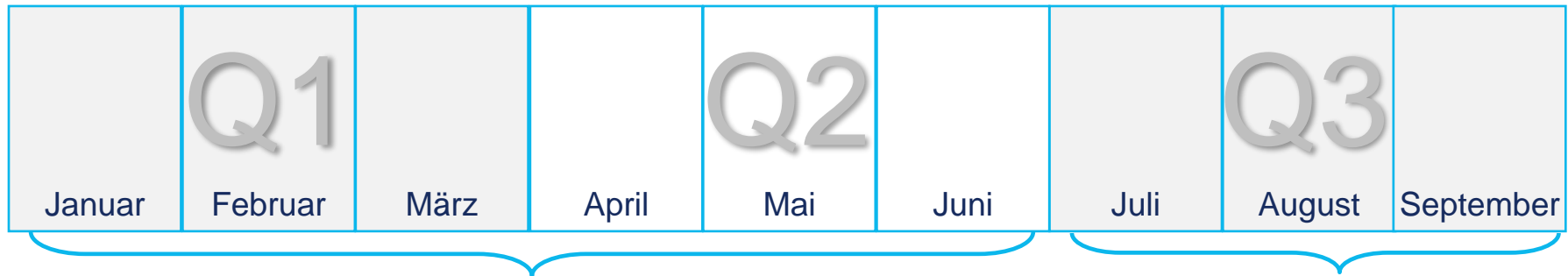
Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

Bsp: **Einschreibung 15.03.**
→ **alle Leistungen in Q1**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

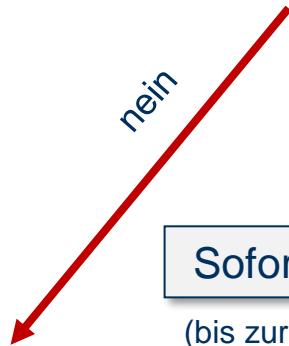
spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

Online-Teilnahmestatusprüfung

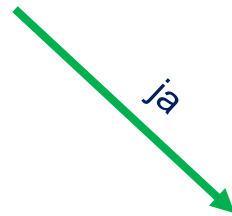
kein aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer HZV

aktiver Teilnehmer FAP



Patient unterzeichnet Teilnahmeerklärung?



Keine erneute Einschreibung erforderlich



Sofortabrechnung im Facharztvertrag

(bis zur aktiven Teilnahme optional auch KV-Abrechnung möglich)



Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

Agenda

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

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 73c- bzw. 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

- 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 Gelenkerkrankungen	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
ORTHO PAEDIE			
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>Hausarztbene</i> <ul style="list-style-type: none"> ○ Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag) ○ Überweisung zum FACHARZT, v.a. bei spezifischen Schmerzen und gemäß u.g. Versorgungsschwerpunkte, auch zur Minderung von Chronifizierungsbeschwerden, Förderung der Lebensqualität und der Teilhabe am Leben durch fachärztlich unterstützend gezielte Diagnostik, Beratung und Therapie ○ ggf. Vorbefunde (Labor, Bildgebung) ○ Informationen zu Mitbehandlungen oder anderweitigen Maßnahmen, Risikofaktoren auch psychosozialer Art, ○ Komorbiditäten körperlicher und seelischer Art Orthopädische Leistungen <ol style="list-style-type: none"> 1. Korrekte Diagnosestellung nach ICD-10 als Grundlage für eine evidenzbasierte bzw. leitliniengerechte Therapie (Anlage 12 Anhang 2 und auf der Basis von Anlage 17), 2. Bio-psycho-soziale Anamnese (Anlage 17) 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 <ul style="list-style-type: none"> • 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: <ul style="list-style-type: none"> • Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt. • P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a- Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene 	26,00 €

Ambulantes Operieren (Anlage 12 Anhang 5)

- Enthält die Ziffern zum ambulanten Operieren, Anästhesien und postoperativen 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	AOP1
1-502.1	J Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Schulterregion	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.2	J Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberarm und Ellenbogen	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.3	J Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterarm und Hand	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.4	N Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Rumpf	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.5	J Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Oberschenkel	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.6	J Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Unterschenkel	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-502.7	J Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Fuß	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.0	J Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Hirnnerven, extrakraniell	C2	31122	31128		AOP1	AOP3	AOP9	AOP1
1-513.3	J Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Arm	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.4	J Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Hand	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.5	N Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Rumpf	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.8	J Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Bein	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1
1-513.9	J Biopsie an peripheren Nerven durch Inzision: Nerven Fuß	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	AOP1

Grundpauschale

+

Zuschläge

+

Zusatzpauschalen

+

Beratungspauschalen

+






Einzelleistungen

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)

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 €* <small>*Bosch BKK: 5,00 €</small>
+ 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 €

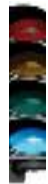
*Bosch BKK: 5,00 €

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.
















Zusatzpauschalen

max. 2 verschiedene Zusatzpauschalen pro Quartal abrechenbar

P2A unspezifischer Rückenschmerz	1/Q	  	16,00 €
P2B spezifischer Rückenschmerz	1/Q	  	16,00 €
+ Q6 Zuschlag zielgenaue KH-Einweisung bei Wirbelsäulenoperationen (< 20% - HZV Kollektiv)			 2,00 €
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 €
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

Ambulantes Operieren (Anhang 5 zu Anlage 12)

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

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2024
AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie

Anhang 5 zu Anlage 12

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 €
31126	Eingriff der Kategorie C6 gem. EBM	664,36 €
31127	Eingriff der Kategorie C7 gem. EBM	842,46 €
31128	Zuschlag zu den EL 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der EL 31127 gem. EBM	78,55 €
Knochen und Gelenke		

1 / 8

Ambulantes Operieren (Anhang 5 zu Anlage 12)

➤ **Anästhesien** sind über AOP-Ziffern abrechenbar

Anästhesien		
AOP1	Regionalanästhesie gem. 31800 Nur durch den Operateur durchführbar	46,45 €
AOP2	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31101, 31121, 31131, 31141, 31151, 31171 und/oder 31241 Entspricht EBM 31821	120,30 €
AOP3	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31102, 31122, 31132, 31142, 31152, 31172 und/oder 31242 Entspricht EBM 31822	162,41 €
AOP4	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31103, 31123, 31133, 31143, 31153, 31173 und/oder 31243 Entspricht EBM 31823	204,52 €
AOP5	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31124, 31134, 31144, 31154 und/oder 31174 Entspricht EBM 31824	246,75 €
AOP6	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den 31125, 31135, 31145, 31155 und/oder 31175 Entspricht EBM 31825	331,10 €
AOP7	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den 31126, 31136 und/oder 31146 Entspricht EBM 31826	398,18 €
AOP8	Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31127, 31137 und/oder 31147 Entspricht EBM 31827	415,43 €
AOP9	Zuschlag auf 31821- 318 27 für Simultaneingriff Entspricht EBM 31828	42,12 €

Ambulantes Operieren (Anhang 5 zu Anlage 12)

➤ Postoperative Überwachung ist über AOP-Ziffern abrechenbar

Anhang 5 zu Anlage 12

Vertrag vom 22.07.2013 i.d.F. vom 01.01.2024
AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie

Postoperative Überwachung		
AOP10	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31101, 31121, 31131, 31141 und/oder 31241 Entspricht EBM 31502	29,32 €
AOP11	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31102, 31122, 31132, 31142, 31151, 31152, 31171, 31172 und/oder 31242 Entspricht EBM 31503	58,88 €
AOP12	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31103, 31123, 31124, 31133, 31134, 31143, 31144 und/oder 31243 Entspricht EBM 31504	83,74 €
AOP13	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31125, 31135, 31145, 31153, 31154, 31173 und/oder 31174 Entspricht EBM 31505	117,88 €
AOP14	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31126, 31136, 31146, 31155 und/oder 31175 Entspricht EBM 31506	167,48 €
AOP15	Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31127, 31137, 31147 Entspricht EBM 31507	221,77 €
AOP16	Zuschlag auf AOP 10 bis AOP15 bei sich anschließender Nachbeobachtung, je vollendete 30 Minuten Entspricht EBM 31530	9,29 €

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



- 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 €

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

➤ **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 nach Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM) abrechenbar
- E4A/B max.1x pro Tag und max. 10x pro Quartal abrechenbar
- die Vergütung erfolgt ab dem 3. APK innerhalb eines Quartals bis max. 8 x/Q
- alle APKs müssen mit der Ziffer E4A/E4B dokumentiert werden
- E4A und E4B sind nicht zusammen am selben Tag abrechenbar
- 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 schmerzkranken Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM

- 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 §73c-/§140a-Verträgen nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HA/FA vorliegt

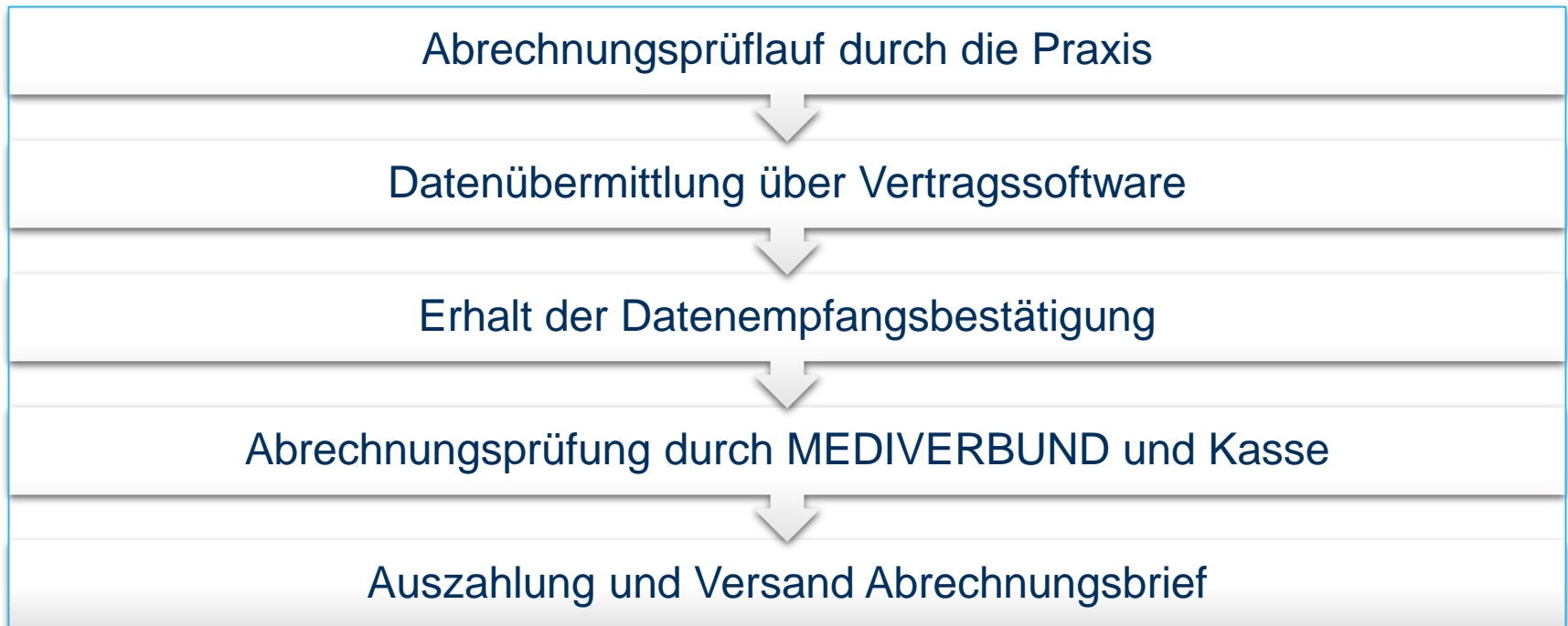
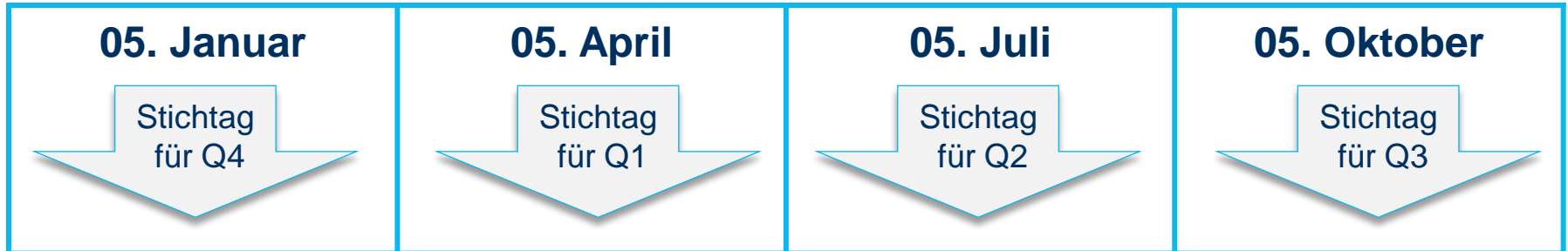
IGeL

- 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
2. Teilnahme des Arztes
3. Teilnahme der Versicherten
4. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
5. Vergütungs- und Abrechnungssystematik
6. Abrechnungsprozess
7. Internetauftritt

Abrechnungsprozess



- Es gibt bei allen 73c/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 Abrechnungstichtag

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
KraepstraÙe 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 Fachärzterverband, 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 Fachärzterverband geschlossenen Vereinbarung auf mein/unsere nachfolgendes Konto.

Facharztvertrag

Gastroenterologie Kardiologie Orthopädie Pneumologie
 PNP Rheumatologie Urologie

IBAN: _____
Kontoinhaber: _____
BIC: _____
Bank: _____

Datum, Praxistempel und Unterschrift:

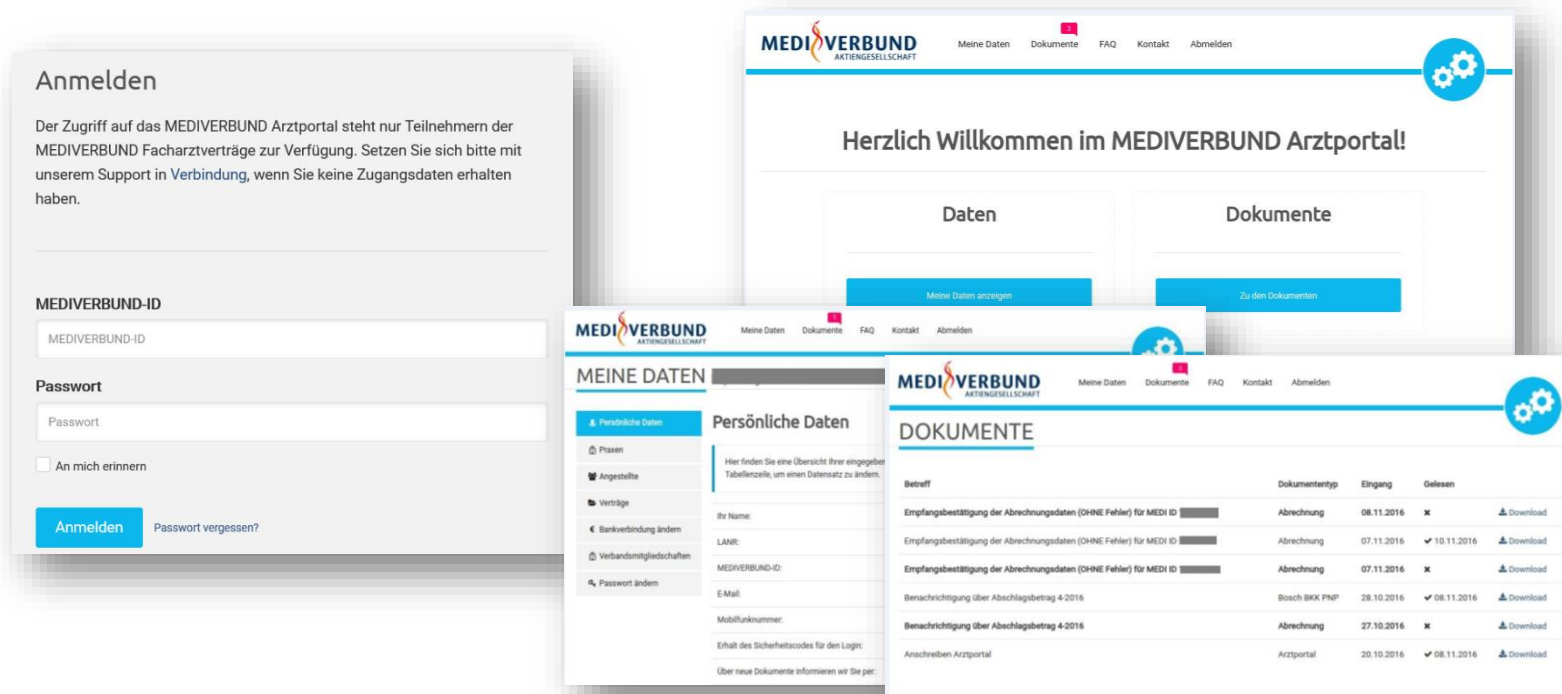

Formular zur Beantragung Bosch BKK-Zuschuss:
www.medi-verbund.de → Leistungen →
Verträge&Abrechnung
→ Orthopädie/Chirurgie

Agenda

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

The screenshot shows the website interface. At the top, the navigation bar includes 'Home', 'Leistungen', 'Über MEDI', 'Blog', 'Presse', 'MFA', and 'Mein MEDI'. A search bar contains the text 'vertraege-abrechnungen'. Below the navigation, a dropdown menu is open, listing categories such as 'Politische Vertretung', 'Verträge & Abrechnung', 'Fortbildung', 'MVZ', 'Versicherungen', 'Famulatur & PJ', and 'Praxis- & Sprechstundenbedarf'. The 'Verträge & Abrechnung' category is selected, leading to a page with three main sections: 'Teilnahmeerklärung', 'Abrechnungsunterlagen', and 'Elektronische Arztvernetzung'. Each section includes a document icon, a title, and a link to 'Herunterladen' or 'Mehr erfahren'. To the right, a separate box for 'Orthopädie/Chirurgie' is visible, featuring a joint icon, the title, 'AOK BW', and a '> Mehr' link. A large blue arrow points from the search bar area towards the 'Orthopädie/Chirurgie' box. Below the main content, a navigation menu is displayed with a list of items and a dropdown arrow on the right: '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', and 'Ansprechpartner bei der Krankenkasse'. To the right of this menu is the 'Ansprechpartner' section, listing 'Gabriele Raff', 'Janina Kopik', and 'Evangelia Pechlivani' with their respective phone numbers, and an 'E-Mail' address: 'vertraege@medi-verbund.de'. A second large blue arrow points from the 'Orthopädie/Chirurgie' box towards the 'Ansprechpartner' section.

- 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



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten und Psychotherapeuten



HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl oder eines Namens einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

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

HAUSÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

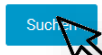
AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)



FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- Diabetologie
- Rheumatologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit

Betriebsstätten im Selektivvertrag

AOK Baden-Württemberg - Orthopädie und Unfallchirurgie

Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt. Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.
Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden. Es werden max. 300 Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

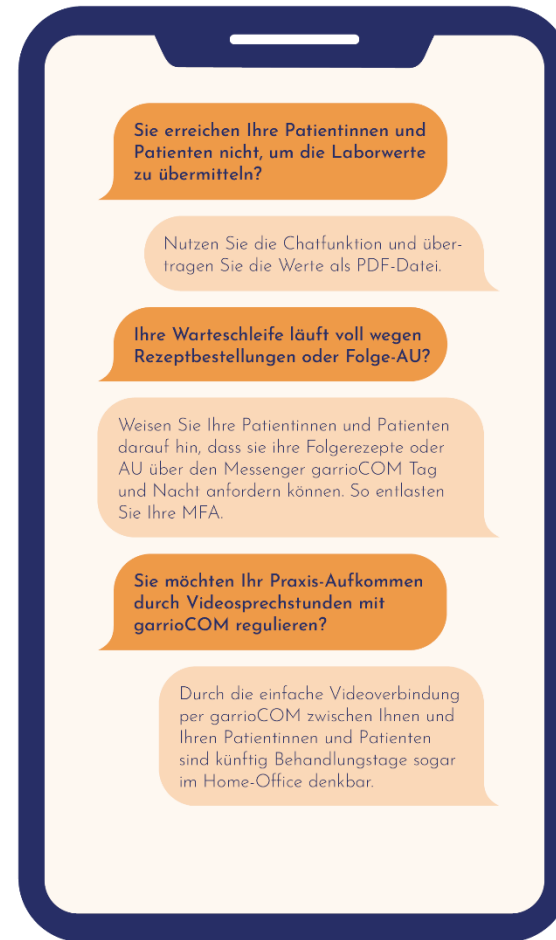
Radius (km)

Leistungen



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



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:





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.

[medi-verbund.de/blog/](https://www.medi-verbund.de/blog/)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.

[medi-verbund.de/newsletter/](https://www.medi-verbund.de/newsletter/)



Facebook

facebook.com/mediverbund



Twitter

twitter.com/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!

[medi-verbund.de/youtube](https://www.medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**