



**Orthopädie- und Rheumatologievertrag
gemäß § 140a SGB V
Abrechnungsschulung Orthopädie**

Herzlich Willkommen zum Webinar!

...gleich geht es los...

- bitte schalten Sie Ihr Mikrofon aus, nachdem Sie den Konferenzraum betreten haben.
- Sie möchten etwas fragen/sagen? Nutzen Sie gerne das Handsymbol, um uns dies mitzuteilen.
- Fragen können natürlich auch im Besprechungschat gestellt werden.
- die Funktionsleiste befindet sich am oberen oder unteren Bildschirmrand:



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

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

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>	<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



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

Versichertenteilnahmeerklärung AOK

wird über die Software erzeugt und bedruckt

patienten-individueller vierstelliger Code

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 Sonderkündungsfrist (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 erteilt.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

<TE-Code>:

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

73c K

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 Sonderkündungsfrist (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 erteilt.

Bitte das heutige Datum eintragen.

Y T M M J J J J

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Erfolgreiche Übermittlung der Teilnahmeerklärung?

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

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

Eine Versichertenteilnahmeerklärung kann folgenden Status haben:

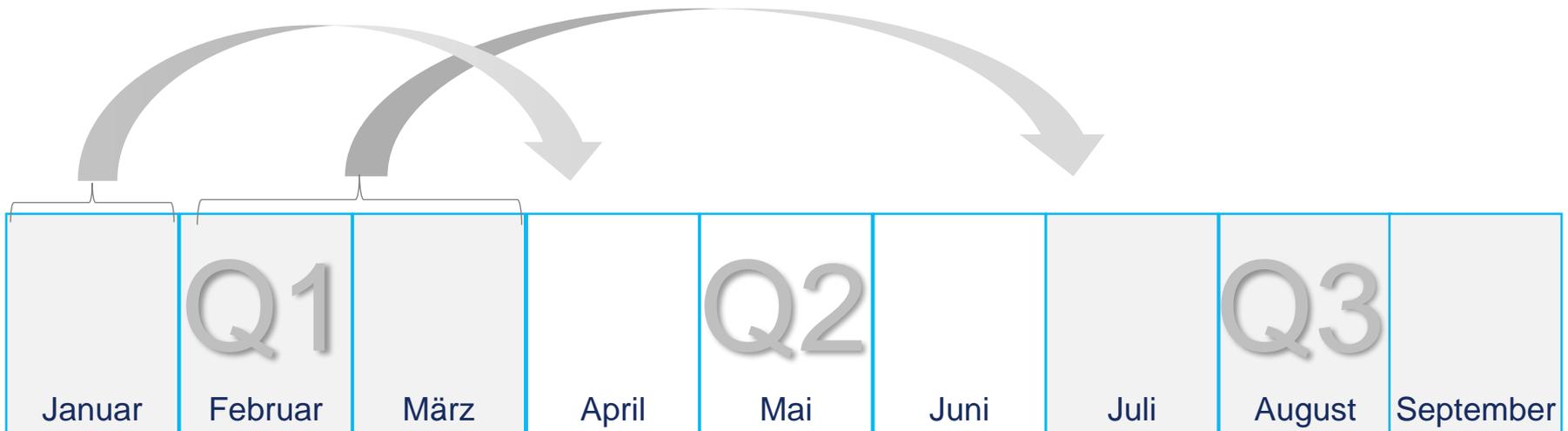
- „Erzeugt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde erzeugt.
- „Gedruckt“: Die Versichertenteilnahmeerklärung wurde gedruckt.
- „Fehlerhaft“: Die Versichertenteilnahmeerklärung konnte nicht übermittelt werden oder wurde durch das Rechenzentrum abgelehnt.
→ Zu einem späteren Zeitpunkt erneut versuchen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

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

Fristen bis zur aktiven Teilnahme

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

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



Agenda

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

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

Bedingungen:

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

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

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

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

nein

ja

Sofortabrechnung im Facharztvertrag

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

Abrechnung über KV

Abrechnung im Facharztvertrag

Ablehnung von SANE-Fällen

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

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

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

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

Versichertennummer	Name	Geburtsdatum	Hinweis
			Keine HzV Teilnahme
			Keine HzV Teilnahme

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

Agenda

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

obligatorisch

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

nicht obligatorisch

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

§ 73c-Leistung

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

HZV-Leistung

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

- Laborleistungen, 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_ Falkonferenz 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>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 postoperative Überwachungen

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

OP-Leistungsketten inkl. OPS

OP-Leistungsketten finden Sie im Bereich „Abrechnungsunterlagen“

OPS 2015 Seite	Bezeichnung OPS 2015	Kategorie	ambulante Operation	Simultaneingriff	Sachkosten-pauschalen	Regionalanästhesie (Operateur)	Anästhesie-leistung	Anästhesieleistung Simultaneingriff	Postoperative Überwachung
1-502.0	N Biopsie an Muskeln und Weichteilen durch Inzision: Hals	C1B	31121	31128		AOP1	AOP2	AOP9	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

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 €

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

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c					
Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit		Regel/ Besonderheit
			Grund- und Zusatzpauschalen	Abrechnungshäufigkeit	
P1	Grundpauschale	28,00 €	Grund- und Zusatzpauschalen		es muss mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben; Überweisung vom Hausarzt additiv zu P1, es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen
P1A	Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €	1x im Quartal		
P2A	Zusatzpauschale unspezifischer Rückenschmerz	18,00 €	1x im Quartal max. zwei Zusatzpauschalen im Quartal abrechenbar		additiv zu P1; nicht neben P2B abrechenbar
P2B	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	18,00 €			additiv zu P1; nicht neben P2A abrechenbar
P3	Zusatzpauschale Gon- und Koxarthrose	15,00 €			additiv zu P1
P4	Zusatzpauschale Osteoporose	20,00 €			
P5	Zusatzpauschale entzündliche Gelenkerkrankungen	25,00 €			
BP2A	Beratungspauschale unspezifischer Rückenschmerz	20,00 €	1x im Quartal sowie 2x je Krankheitsfall		Beratungspauschale auf Zusatzpauschale abrechenbar; Dauer mind. 20 min.; bei mehreren vorliegenden chronischen Erkrankungen ist nur eine Beratungspauschale je Quartal abrechenbar
BP2B	Beratungspauschale spezifischer Rückenschmerz	20,00 €			
BP3	Beratungspauschale Gon- und Koxarthrose	20,00 €			
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 Falkonferenz 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. Wandversorgung, postoperative Kontrollen, Gipswechsel und -kontrollen, Kontrolle der Heil- und Hilfsmittelversorgung, Pharmakotherapie, psychosoziale Grundversorgung, wiederholte Beratung, Chiropraxie, physikalische Therapie. Ausschluss: Akupunktur	15,00 €	1x pro Tag und 8x im Quartal		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 zusammengenommen 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 (speziell Akupunktur nur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und im Kniegelenk bei Gonarthrose)	15,00 €			
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 Abrechnungsziffern kann dem Anhang 3 zu Anlage 12 entnommen werden. Siehe hierzu auch die Schnellübersichten "OP-Leistungsketten incl. OPS" und "OP-Leistungsketten ohne OPS" auf unserer Internetseite.					
Qualitätszuschläge					
Q1	Strukturzuschlag Sonographie	1,00 €	1x im Quartal		Zuschlag auf P1 oder E1
Q2	Strukturzuschlag Röntgen	7,00 €			
Q3	Strukturzuschlag Osteodensitometrie (DXA)	4,00 €			
Q4	Strukturzuschlag Duplex	8,00 €			
Q5	Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie	4,00 €	1x im Quartal		bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf P1 oder E1 gem. Anhang 3 zu Anlage 12
Q6	Qualitätszuschlag zeitnahe Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen	2,00 €			
Q7	Strukturzuschlag Schmerztherapie	30,00 €	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% (≥ 18 Std./Woche) bis zu 100 Zuschläge
Q8	Strukturzuschlag EFA® (Anhang 8 zu Anlage 12)	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €			
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. Säuglingshüfte	20,00 €			
A6	Röntgen	15,00 €			
A7	Therapeutische Proktoskopie	18,50 €			
Vertretterleistungen					
V1	Vertretungspauschale	20,00 €	1x im Quartal		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	Abrechnungshäufigkeit	
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

- 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		

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 €

➤ 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 €
ALWS Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	 	204,00 €
AHWS Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	 	250,00 €

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

Abrechnungsbeispiel: Patient mit unspezifischem Rückenschmerz, AU > 2 Wochen, Schmerzen seit 6 Wochen

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

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

Abrechnungsbeispiel: Patient mit unspezifischem Rückenschmerz und Gonarthrose

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

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

Ambulantes Operieren: Arthroskopische Gelenkoperation: Gelenkspülung mit Drainage, aseptisch: Kniegelenk

1. Termin	P1	26,00 €	Grundpauschale
	P1A	10,00 €	Überweisung vom HZV-Hausarzt
	Q-Zuschläge	25,50 €	*
2. Termin	31142	264,61 €	Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2
	40750	122,00 €	Sachkostenpauschale
	Zuschläge	67,19 €	**
	AOP1	46,45 €	Regionalanästhesie
	AOP3	162,41 €	Anästhesieleistung
	AOP11	58,88 €	Postoperative Überwachung
	AOP16	9,29 €	Zuschlag Postoperative Überwachung (Nachbeobachtung)
3. Termin	E4A	15,00 €	Arzt-Patienten-Kontakt (z.B.: Wundkontrolle)
Quartalshonorar		807,33 €***	

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

**	31453 Zuschlag III	43,44 €
	31045 Hygienezuschlag	23,75 €

***ggf. kommt noch ein Schweregradzuschlag dazu

➤ **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 mit der Ziffer E4A/E4B 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 schmerzkranken Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM

BAG und MVZ

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

IGeL

- Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen nicht zusätzlich privat liquidiert werden (z. B. Chirotherapie, Akupunktur nach Kapitel 30.7.3 EBM, DXA, Injektionstherapie)
- Darüber hinausgehende Leistungen müssen individuell mit dem Patienten vereinbart werden

Agenda

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

Pharmaquoten

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



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

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



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

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



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

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



Orange hinterlegt sind: Ausgewählte Original-Arzneimittel, die durch wirtschaftliche Alternativen (rabattierte „blau“ gekennzeichnete Original-Arzneimittel) ersetzt werden können.

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament Hersteller Wirkstoff PZN Rabattierung

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

Name:

Hersteller:

Aut idem

Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche | Praxisbezogene Suche | Patientenbezogene Suche

Suche | ATC-Katalog | Erweiterte Suche

ondansetron N1

Suchgebiet

Medikament Hersteller Wirkstoff PZN Rabattierung

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

Informationen zur rationalen Pharmakotherapie werden zusammengestellt.

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

Verschreibungspflichtig!
Apothekenpflichtig!

Aut idem
 Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispielhafte Darstellung in der Software

Medikamentensuche

Katalogsuche Praxisbezogene Suche Patientenbezogene Suche

Suche ATC-Katalog Erweiterte Suche

ondansetron N1

rationale Pharmakotherapie

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

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

Ondansetron (A04AA01)

Name	Hersteller	Wirkstärke	Preis
Ondansetron HEXAL® 4mg 10 Filmtbl. N1	HEXAL AG	5mg	Rabattiert
Ondansetron Winthrop® 4mg 10 Filmtabl. N1	Winthrop Arzneimittel GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron-ratiopharm® 4mg 10 Filmtabl. N1	ratiopharm GmbH	5mg	Rabattiert
Ondansetron Aurus 4mg 10 Filmtbl. N1	Quisisana Pharma Deutschland GmbH	5mg	53,62€

Detailinformationen OK Abbrechen

Detailinformationen

72 Ergebnisse

Beispiel Grünquote

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

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

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

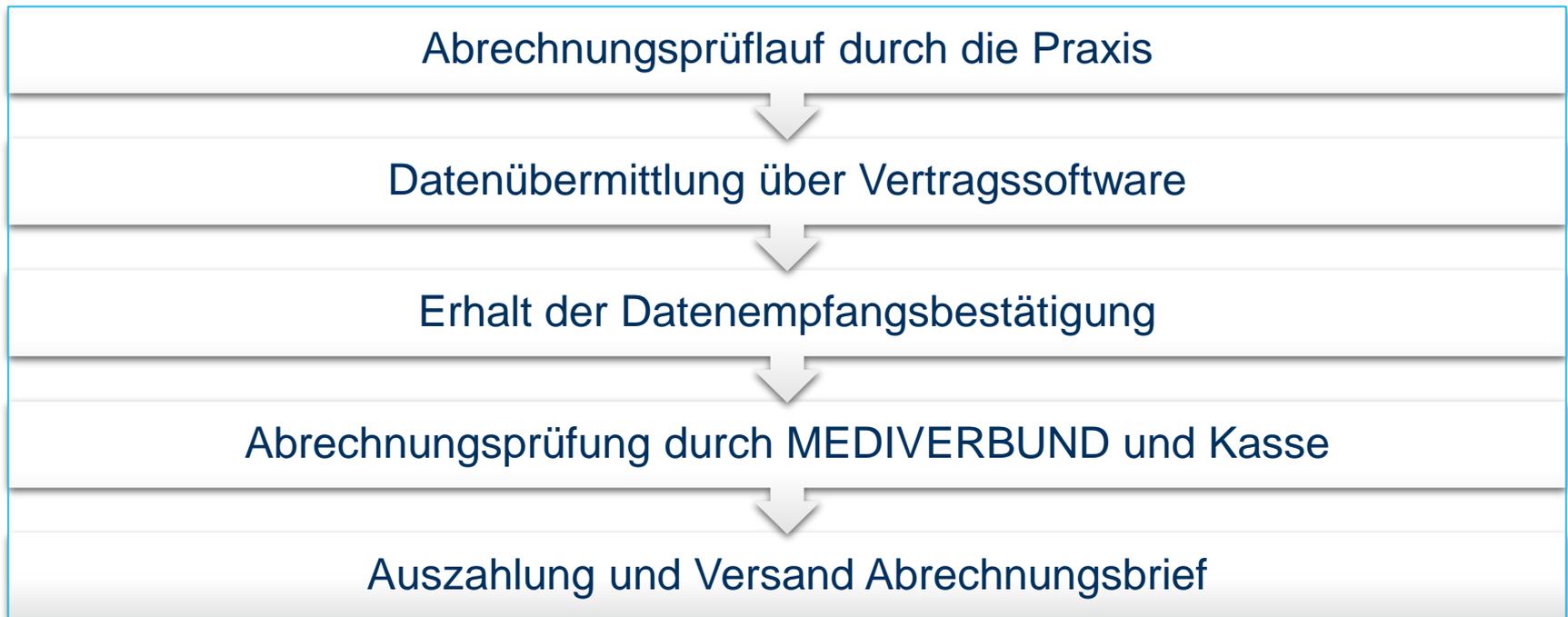
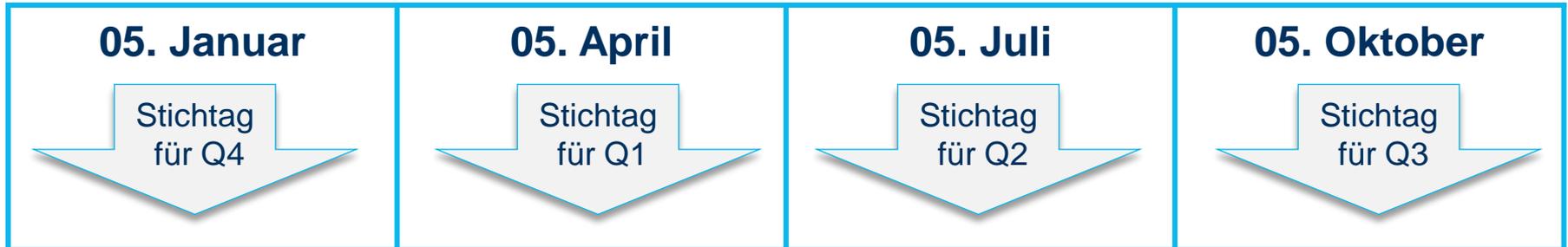
Im Abrechnungsbrief wird der Pharmazuschlag bei jedem Patienten wie folgt ausgewiesen:

1	P1	08.09.2022	26,00 €
2	P1A	08.09.2022	5,00 €
3	E4A	08.09.2022	0,00 €
4	P2B	08.09.2022	16,00 €
5	BP2B	08.09.2022	20,00 €
6	---Q1---	08.09.2022	1,00 €
7	---Q2---	08.09.2022	7,00 €
8	---Q3---	08.09.2022	4,00 €
9	---Q11---	08.09.2022	0,50 €
10	---Q5_BLAU---	08.09.2022	0,50 €
11	---Q5_GRUEN---	08.09.2022	1,00 €
Summe:			81,00 €
Verwaltungskosten (3,570 %)			2,89 €

Agenda

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

Abrechnungsprozess



Auszahlungsprozess

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

Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten

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

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

3. Quartal 2022

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

Sie haben uns **139 Verordnungen** geschickt.

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

Inhalte des Abrechnungsbriefs

Enthält Informationen zu Abrechnung, Änderungen und Neuerungen des Vertrags

- **Abrechnungssumme** des laufenden Quartals sowie Nachabrechnungen der Vorquartale

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

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

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

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

Inhalt des Abrechnungsbriefs

- **Einzelnachweise** → sind ab sofort im Arztportal abrufbar
 - detaillierte, fallbezogene Darstellung der Leistungen
 - von MEDIVERBUND erzeugte Ziffern sind mit „---Ziffer---“ gekennzeichnet
 - NEGSO FAB: 15% Abzug für Versicherte, die nach 2 Quartalen in Folge noch nicht gültig am Facharztprogramm teilnehmen
 - Änderungen sind unterhalb eines Falls aufgelistet

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

Inhalte des Abrechnungsbriefs

➤ Buchungübersicht

Konto Buchungübersicht

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

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

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

➤ Übersicht Behandlungsfälle

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

➤ Übersicht Pharmaquotenerreichung

- Auflistung der Quoten und der Zielwerte gem. Vertrag sowie eine Darstellung der arztindividuellen Erreichung der Quote
- Zusätzlich bietet diese Seite einige Tipps und Tricks, wie die Quotenerreichung bei Bedarf optimiert werden kann

Erreichung Ihrer Pharmaquoten

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

Quartal	Farbquote	Individuelle Quotenerreichung	Zielwert gem. Vertrag
Q3/2021	blau	96 %	≥ 70 %
Q3/2021	grün	98 %	≥ 90 %
Q3/2021	rot	3 %	≤ 3 %

➤ **Streichung von Ziffern**

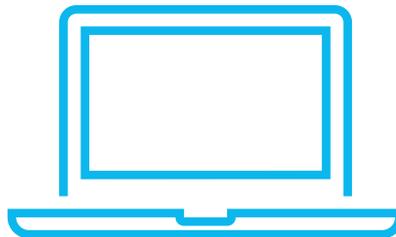
- OP-Ziffer wurde gestrichen, mögliche Gründe: OPS-Code fehlt, Seitenlokalisierung fehlt, falsche OP-Ziffer abgerechnet
- Beratungspauschale wurde gestrichen, da zu oft abgerechnet
- Kettenreaktionen“ durch Streichung von Leistungen (z. B. BP3 nur mit P3 im Quartal abrechenbar). Wird P3 gestrichen, da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

➤ **Streichung von Fällen**

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

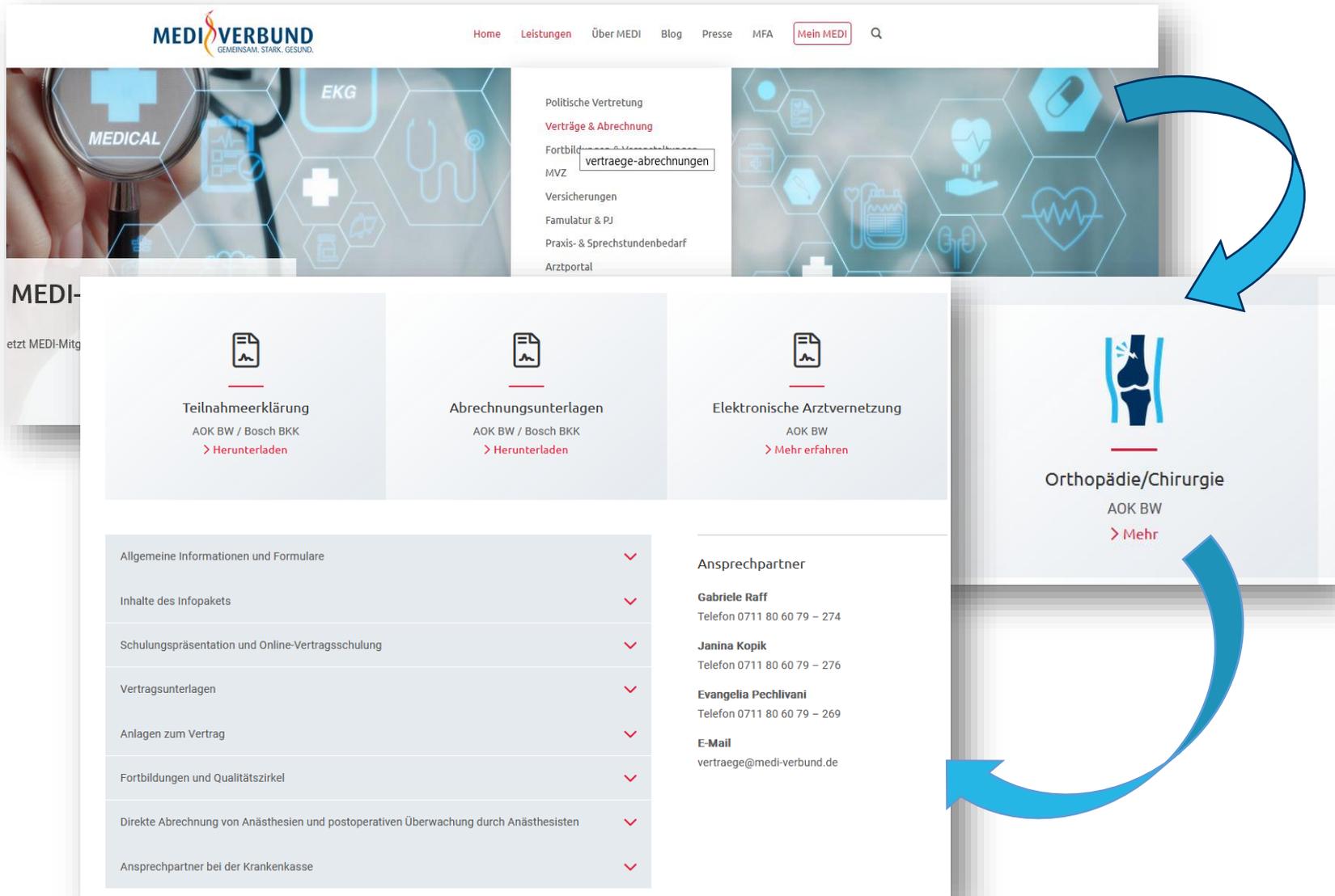
Elektronisches Korrekturverfahren

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



Agenda

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



MEDI  **VERBUND**
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

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

MEDI-
etzt MEDI-Mitg


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


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

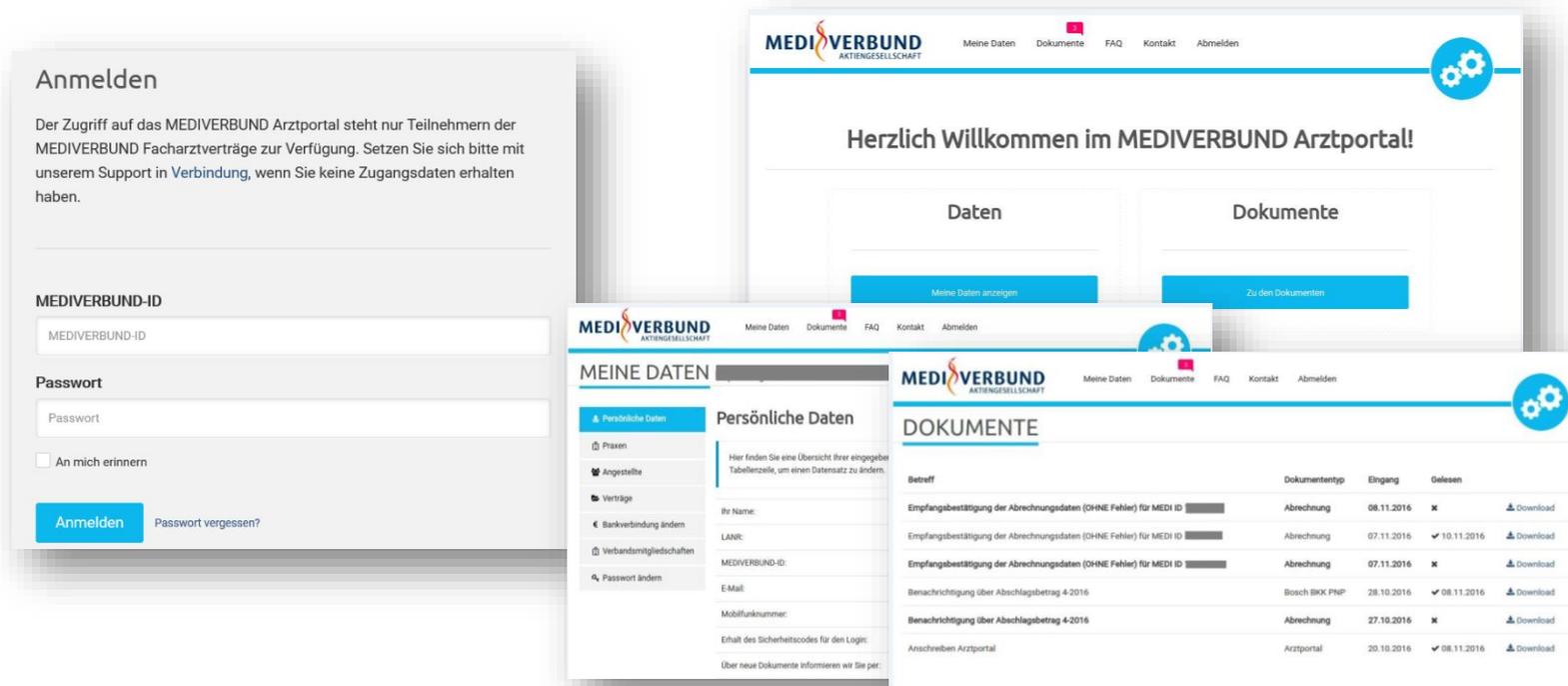

Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[> Mehr erfahren](#)


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
Gabriele Raff
Telefon 0711 80 60 79 – 274
Janina Kopik
Telefon 0711 80 60 79 – 276
Evangelia Pechlivani
Telefon 0711 80 60 79 – 269
E-Mail
vertraege@medi-verbund.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



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



Abrechnungskalender

Diabetologie AOK BW
 Gastroenterologie AOK BW / Bosch BKK / BKK VAG
 Kardiologie AOK BW / Bosch BKK / BKK VAG
 Orthopädie AOK BW / Bosch BKK
 PNP AOK BW / Bosch BKK

2024

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

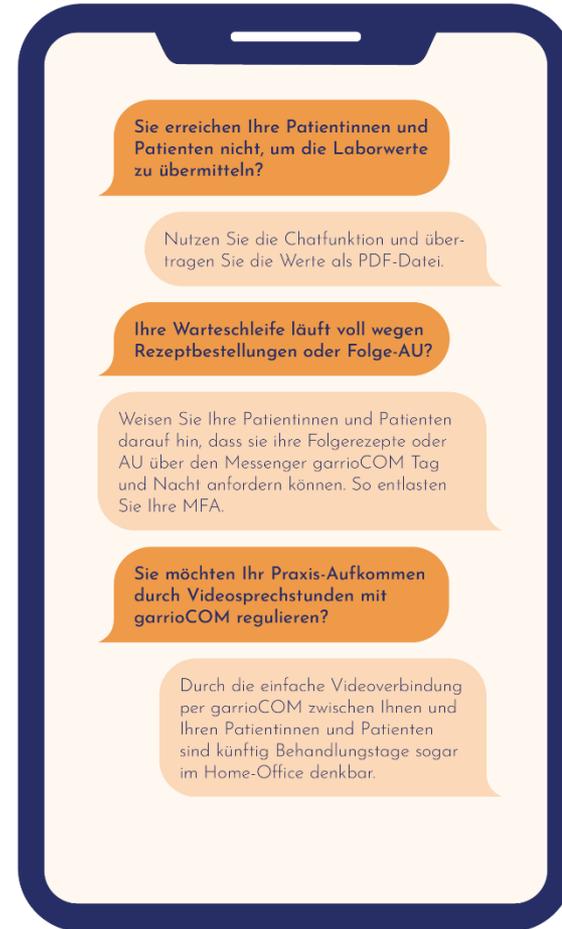
Den Kalender mit den wichtigsten Terminen finden Sie im Bereich Abrechnungsunterlagen

Abrechnungsübermittlung	Abrechnungsstichtag ist der 5. Kalendertag nach Ablauf des Quartals. Korrekturen der Abrechnung können bis zu 4 Quartale rückwirkend erfolgen.
Patienteneinschreibung	Je nach Eingang der elektronischen Teilnahmeerklärung (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.) ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im Facharztprogramm eingeschrieben. Die Einschreibung der Patienten hat elektronisch über die Vertragssoftware zu erfolgen.
Abschlagszahlung (AZ) *	Ihre Abschlagszahlungen erhalten Sie am Monatsanfang.
Abschlagszahlungsinformation *	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abschlagszahlungsinformationbriefe versandt werden.
Versand des Abrechnungsbriefes	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Abrechnungsbriefe versandt werden.
Schlusszahlung	Voraussichtlicher Termin, an welchem die Schlusszahlungen von der Buchhaltung überwiesen werden.

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

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

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



IHRE VORTEILE:

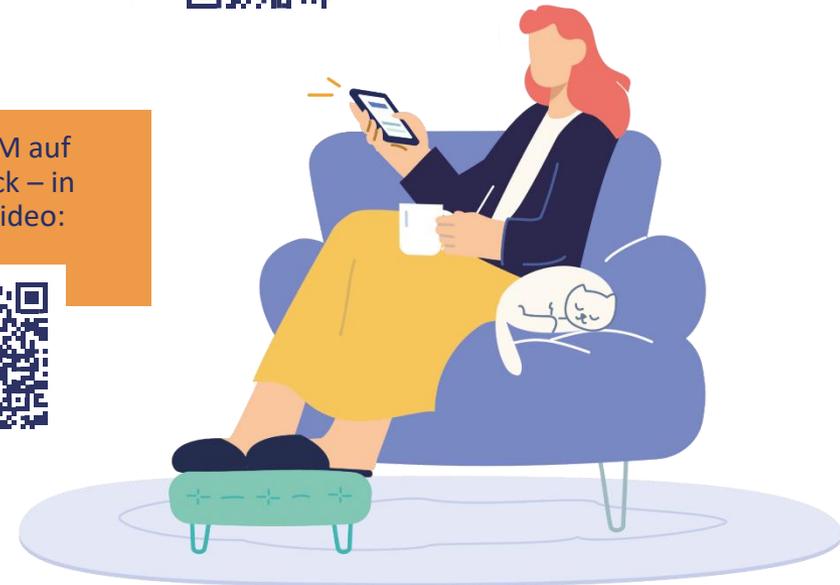
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



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!**