

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
Grund- und Zusatzpauschalen				
P1	   Grundpauschale	26,00 €	1x im Quartal	es muss mind. ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben; Überweisung vom Hausarzt additiv zu P1, es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen
P1A	   Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €		
P2A	    Zusatzpauschale unspezifischer Rückenschmerz	16,00 €	1x im Quartal max. zwei Zusatzpauschalen im Quartal abrechenbar	additiv zu P1; nicht neben P2B abrechenbar additiv zu P1; nicht neben P2A abrechenbar additiv zu P1
P2B	    Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	16,00 €		
P3	    Zusatzpauschale Gon- und Koxarthrose	15,00 €		
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 Fallkonferenz Rücken	50,00 €	1x im Krankheitsfall	nicht neben E1 abrechenbar; Dauer ca. 20 Minuten; Mindestteilnehmer Orthopäde und HZV-Hausarzt
E3	 Therapeutische Proktoskopie	18,50 €	4x im Quartal	
E4A	 Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) Leistungsinhalte: z.B.: Wundversorgung, postoperative Kontrollen, Gipswechsel und -kontrollen, Kontrolle der Heil- und Hilfsmittelverordnung, Pharmakotherapie, psychosomatische Grundversorgung, wiederholte Beratung, Chirotherapie, 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 Leistungsinhalte: Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM (derzeit 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 5 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 €		bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf P1 oder E1 gem. Anhang 3 zu Anlage 12
Q6	 Qualitätszuschlag zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen	2,00 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P2B; gem. Anhang 4 zu Anlage 12
Q7	  Strukturzuschlag Schmerztherapie	30,00 €		Zuschlag auf E1 oder A2
Q8	  Strukturzuschlag EFA® (Anhang 8 zu Anlage 12)	5,00 €	nach Tätigkeitsumfang der EFA®	Zuschlag auf BP2A oder BP2B oder BP3 oder BP4 oder BP5 oder E1; Tätigkeitsumfang EFA®: 100%: (≥ 38,5 Std./Woche) bis zu 200 Zuschläge 75%: (≥ 28 Std./Woche) bis zu 150 Zuschläge 50%: (≥ 19 Std./Woche) bis zu 100 Zuschläge
Q11	  Strukturzuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (ICD M72.2)	0,50 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P1 oder E1
Auftragsleistungen				
A1	 Grundpauschale für Auftragsleistungen	12,50 €	1x im Quartal	nicht neben P1 - P5, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar
A2	  Spezielle Schmerztherapie	94,00 €		nicht neben P1 - P5, A1, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar
A3	  Duplex	30,00 €		
A4	  Osteodensitometrie (DXA)	30,00 €		
A5	  Sonographie, inkl. Säuglingshüfte	20,00 €		
A6	  Röntgen	15,00 €		
A7	 Therapeutische Proktoskopie	18,50 €		4x im Quartal
Vertreterleistungen				
V1	  Vertretungspauschale	20,00 €		nicht neben P1 - P5 aber bei Vorliegen der Voraussetzungen neben E1 - E4A/ E4B, E AOP abrechenbar

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag 73c

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

Legende	
Symbol	Bedeutung
	= Ziffer ist von der Praxis anzusetzen
	= Ziffer ist nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Diagnosenliste (siehe Anhang zum jeweiligen Vertrag)
	= Ziffer wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
	= zur Abrechenbarkeit der Ziffer muss ein entsprechender Nachweis/ Abrechnungsvoraussetzung/ Genehmigung vorliegen
	= Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter d.h. die Leistung ist vom Facharzt zu erbringen und ist nicht delegierbar
	= Leistungen können persönlich oder telemedizinisch erbracht werden. Eine rein telemedizinische Quartalsbehandlung wird in der Vertragssoftware mit der "FBE" dokumentiert.