

Factsheet: Eckpunkte und Vergütung des Orthopädie-Vertrags

Vertragsgrundlage: § 73c des Sozialgesetzbuchs V

Vertragspartner: AOK Baden-Württemberg
Bosch BKK
MEDI Baden-Württemberg
MEDIVERBUND AG
Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie (BVOU)
Berufsverband niedergelassener Chirurgen Deutschlands (BNC)

Vertragsdauer: Vertragsstart: 01.01.2014
Vertragsdauer: unbefristet, mindestens bis 31.12.2018

Einschreibung: Einschreibungsbeginn für Ärzte: 22.07.2013
Einschreibungsbeginn für Versicherte: 06.11.2013

Teilnahmevoraussetzungen Versicherte:

Versicherte der AOK Baden-Württemberg, die am AOK-HausarztProgramm teilnehmen und Versicherte der Bosch BKK, die am Hausarztprogramm „BKK. mein Hausarzt“ teilnehmen, können sich in das AOK-FacharztProgramm beziehungsweise das Facharztprogramm der Bosch BKK einschreiben. Die Einschreibung erfolgt nicht isoliert für die Orthopädie, sondern insgesamt für das Facharztprogramm der jeweiligen Kasse, welches derzeit bereits aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, Psychotherapie, Psychiatrie und Neurologie sowie Orthopädie besteht. Weitere Fachgebiete werden folgen.

Teilnahmevoraussetzungen Ärzte:

Teilnehmen können Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Fachärzte für Chirurgie, die in Baden-Württemberg als Vertragsärzte niedergelassen und fachärztlich tätig oder ermächtigt sind, sowie Medizinische Versorgungszentren mit entsprechender Ausrichtung und Behandlungssitz in Baden-Württemberg, wenn sie

- eine apparative Mindestausstattung im Praxisgebäude vorhalten (Röntgengerät, Sonografie-/Dopplersonografiegerät, Gerät nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren zur Knochendichtemessung, sowie entsprechend qualifiziertes Personal;
- einige technische Voraussetzungen im Hinblick auf die Praxisverwaltung erfüllen (Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL, einem BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem, einer Vertragssoftware in stets aktueller Version und der dazu nötigen Hardware incl. Farbdrucker, einem Faxgerät und einer E-Mail-Adresse);
- jedes Jahr nachweislich an speziellen Fortbildungen zu orthopädischen beziehungsweise chirurgischen Themen (Rückenschmerz, Arthrose, Osteoporose, rheumatische Erkrankungen) sowie zur rationalen Pharmakotherapie teilnehmen
- sich zu besonderen Leistungen verpflichten, allen voran die konsequente Berücksichtigung der für die orthopädisch/chirurgischen Versorgung entwickelten medizinischer Leitlinien und Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Behandlung eingeschriebener Versicherter. Zu den besonderen Leistungen zählen aber beispielsweise auch eine zügige Terminvergabe (innerhalb von zwei Wochen, bei Notfällen am Tag des Anrufs), das Angebot einer Abendsprechstunde sowie die Befundvermittlung an den Hausarzt innerhalb von drei Werktagen.

Vorteile für teilnehmende Versicherte:

- Hochqualifizierte, leitlinienkonforme und qualitätsgesicherte, ganzheitliche Diagnose und Behandlung
- Bessere Vernetzung der Behandlung zwischen Hausarzt und Facharzt und dadurch Vermeidung von Doppeluntersuchungen
- Arzt hat mehr Zeit für ausführliche Untersuchung und Beratung
- Vermeidung unnötiger, belastender apparativer Untersuchungen und Operationen
- Vermeidung unnötiger Krankenhausaufenthalte durch erweiterte Möglichkeiten für ambulante Operationen
- Knochendichtemessung bereits bei Vorliegen von Risikofaktoren zur frühzeitigen Erkennung von Osteoporose, nicht erst bei Auftreten von Krankheitsfolgen
- Servicevorteile (kurzfristige Termine, Abendsprechstunde, kurze Wartezeit)
- Schnelle Befundübermittlung durch den Facharzt an den Hausarzt innerhalb von drei Werktagen
- Die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm beziehungsweise dem Facharztprogramm der Bosch BKK ist kostenlos
- Die Zuzahlung bei rabattierten Medikamenten entfällt

Vergütungssystematik:

1. Grundsätze

Die Vergütungssystematik im Vertrag bildet eine leitliniengemäße Diagnose und Therapie ab und räumt dem Arzt die Möglichkeit ein, sich insbesondere für Patienten mit chronischen



Krankheitsbildern mehr Zeit zu nehmen. Die Vergütung erfolgt ohne Fallzahlbegrenzungen oder Abstufungen.

Die differenzierte Vergütungssystematik stellt einen Mix aus Pauschal- und Einzelleistungsvergütungen sowie Qualitätszuschlägen dar, aus der sich ein deutliches Honorarplus von 20 bis 40 Prozent gegenüber dem Regelversorgungssystem ergibt. Ein wesentlicher Teil der Vergütung ist in Pauschalen zusammengefasst. Diese sind an die leitliniengerechte Behandlung gebunden – und damit an die im jeweiligen Fall medizinisch erforderlichen Untersuchungen und Leistungen. Somit ist nicht nur eine leitliniengerechte Behandlung inkl. aller notwendigen Untersuchungen sichergestellt, sondern gleichzeitig werden auch keine finanziellen Fehlanreize für unnötige diagnostische Untersuchungen gesetzt und somit die „sprechende Medizin“ gefördert.

2. Grundpauschale P1

Basis der Behandlung ist grundsätzlich die Überweisung des Hausarztes. Als „Basispauschale“ für die orthopädische Diagnostik erhält der Orthopäde/Chirurg grundsätzlich quartalsweise die Pauschale P1 mit 30 Euro (verschiedene Qualitätszuschläge auf die P1 sind möglich).

3. Zusatzpauschalen P2A/B – P5

Für Patienten, bei denen der Orthopäde/Chirurg eine orthopädische Erkrankung diagnostiziert, werden für die Versorgung folgende Zusatzpauschalen einmal im Quartal fällig:

- unspezifische Rückenschmerzen:	P2A	16 Euro
- spezifische Rückenschmerzen	P2B	16 Euro
- Gon- und Koxarthrose	P3	15 Euro
- Osteoporose	P4	20 Euro
- rheumatoide Gelenkerkrankung	P5	25 Euro

4. Beratungspauschalen BP2A/B bis BP5

Für den Behandlungserfolg orthopädischer Erkrankungen sind Eigeninitiative und Änderung des Lebensstils entscheidend. Dem tragen die Beratungspauschalen für präventive Information und motivierende Beratung von mindestens 20 Minuten Dauer in Höhe von 20 Euro Rechnung. Die Beratungspauschalen BP2A/B bis BP5 können zusätzlich zu den Pauschalen P2A/B bis P5 zweimal im Krankheitsfall bei den entsprechenden Krankheitsbildern und maximal einmal im Quartal, insgesamt viermal in vier aufeinander folgenden Quartalen abgerechnet werden.

5. Einzelleistungen

Neben den Pauschalen können grundsätzlich einmal pro Quartal die Einzelleistungen E1 bis E4 abgerechnet werden:

- spezielle Schmerztherapie	E1	94 Euro
- Leistung Fallkonferenz Rücken	E2	50 Euro



- | | | |
|---------------------------------------|----|------------|
| - therapeutische Proktoskopie | E3 | 18,50 Euro |
| - zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt | E4 | 15 Euro |

Ambulante Operationen werden über die Einzelleistung E AOP abgerechnet. Die Vergütung richtet sich nach dem jeweiligen Eingriff.

6. Qualitätszuschläge

Folgende Qualitätszuschläge sind möglich:

- **Q1:** Strukturzuschlag für Sonografie in Höhe von 1 Euro zu P1 oder E1 für die Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonographie der Bewegungsorgane und der Säuglingshüfte
- **Q2:** Strukturzuschlag für Röntgen in Höhe von 7 Euro zu P1 oder E1 für die Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des Skelettes und die Einhaltung der Rö-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungs-Maßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung.
- **Q3:** Strukturzuschlag für Osteodensitometrie (DXA) nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren in Höhe von 3 Euro auf P1 oder E1
- **Q4:** Strukturzuschlag für Duplex in Höhe von 8 Euro auf P1 oder E1
- **Q5:** Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie für wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware in Höhe von 4 Euro auf P1 oder E1 bei Erreichen einer definierten Quote
- **Q6:** Qualitätszuschlag für zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen in Höhe von 2 Euro auf P2B
- **Q7:** Strukturzuschlag Schmerztherapie für schmerztherapeutische Einrichtungen analog den Voraussetzungen EBM 30704 in Höhe von 30 Euro auf E1 oder die Auftragsleistung A2

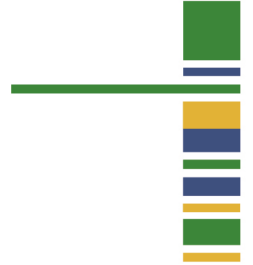
7. Vertretungsfälle

In Vertretungsfällen kann die Vertretungspauschale V1 in Höhe von 20 Euro abgerechnet werden.

8. Auftragsleistungen

Darunter sind Leistungen zu verstehen, die auf Überweisung eines anderen Facharztes erbarcht werden, weil dieser selbst nicht über die entsprechenden qualifikationsgebundenen bzw. technischen Voraussetzungen nach diesem Vertrag zur Erbringung der jeweiligen Leistung verfügt. Sie sind nicht neben den Pauschalen P1 bis P5 beziehungsweise den der Auftragsleistung entsprechenden Einzelleistungen E1 bis E4 oder E AOP abrechenbar.

- | | | |
|---|----|------------|
| - Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistung (1x/Quartal) | A1 | 12,50 Euro |
| - spezielle Schmerztherapie (1x/Quartal) | A2 | 94 Euro |
| - Duplex | A3 | 30 Euro |



- Osteodensitometrie (DXA)	A4	30 Euro
- Sonografie inkl. Säuglingshüfte	A5	20 Euro
- Röntgen	A6	50 Euro
- therapeutische Proktoskopie	A7	18,50 Euro

- ambulantes Operieren A AOP, Vergütung richtet sich nach dem jeweiligen Eingriff

9. Investitionszuschlag

Bis zum 31.12.2014 kann der Investitionszuschlag Z1 in Höhe von 15 Euro zusätzlich zur ersten abgerechneten Ziffer bei den ersten 100 Patienten abgerechnet werden. Davon ausgenommen sind die Auftragsleistungen A1 bis A7.