

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag AOK BW / Bosch BKK					
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
P1A	  	Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €		additiv zu P1, es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen
P2A	   	Zusatzpauschale unspezifischer Rückenschmerz	16,00 €	1x im Quartal max. zwei Zusatzpauschalen im Quartal abrechenbar	additiv zu P1; nicht neben P2B abrechenbar
P2B	   	Zusatzpauschale spezifischer Rückenschmerz	16,00 €		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 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 zusammengekommen 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 €		
ELWS	  	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	204,00 €	3x im Krankheitsfall	nicht neben P2A abrechenbar; Mindestabstand zwischen den Injektionen: 7 Tage
EHWS	  	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	250,00 €		
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)	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €	nach Tätigkeitsumfang der EFA®	Zuschlag auf BP2A oder BP2B oder BP3 oder BP4 oder BP5 oder E1;Tätigkeitsumfang EFA®: 100%: (≥ 38,5 Std./Woche) bis zu 200 Zuschläge 75%: (≥ 28 Std./Woche) bis zu 150 Zuschläge 50%: (≥ 19 Std./Woche) bis zu 100 Zuschläge
Q11	 	Strukturzuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris (ICD M72.2)	0,50 €	1x im Quartal	Zuschlag auf P1 oder E1
Stand 01.01.2025					

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädievertrag AOK BW / Bosch BKK					
Ziffer		Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
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 €		nicht neben P1 - P5, E1 - E4A/ E4B sowie E AOP abrechenbar
A4	 	Osteodensitometrie (DXA)	30,00 €		
A5	 	Sonographie, inkl. Säuglingshüfte	20,00 €		
A6	 	Röntgen	15,00 €		
A7		Therapeutische Proktoskopie	18,50 €	4x im Quartal	
ALWS	  	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) LWS	204,00 €	3x im Krankheitsfall	nicht neben P1 - P5, E1 - E3 sowie E AOP abrechenbar; Mindestabstand zwischen den Injektionen: 7 Tage
AHWS	  	Interventionelle Schmerztherapie an der Wirbelsäule (epidural) HWS	250,00 €		
Vertreterleistungen					
V1	 	Vertretungspauschale	20,00 €		nicht neben P1 - P5 aber bei Vorliegen der Voraussetzungen neben E1 - E4A/ E4B, E AOP abrechenbar
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.