





### 3. Teilnahmevoraussetzungen

Teilnahmeberechtigt sind im Bereich der KVB zugelassene, angestellte sowie ermächtigte Ärzte, die ihren Leistungsort innerhalb der Modellregionen dieses Vertrages haben.

Folgende Teilnahmevoraussetzungen werden darüber hinaus erfüllt:

#### **Fachliche Teilnahmevoraussetzungen:**

- Hausarzt nach § 73 Abs. 1a, ausgenommen Kinder- und Jugendärzte
- Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie\*
- Facharzt für Chirurgie
- Facharzt für Physikalische und Rehabilitative Medizin
- Arzt mit Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie \*\*

\*) können an Versorgungsebene 1 und 2 teilnehmen

\*\*) können an allen Versorgungsebenen teilnehmen

#### Persönliche/sachliche Voraussetzungen:

- Kenntnis der einschlägigen Versorgungsleitlinien Rückenschmerz (Nachweis per Eigenerklärung\*)
- Nachweis der Genehmigung zur Teilnahme an der Qualitätssicherungsvereinbarung Schmerztherapie (Voraussetzung zur Teilnahme an der 3. Ebene)
- Nachweis über das Bestehen eines aktiven Netzwerks auf den Versorgungsebenen 2 und 3, welches sich aus Ärzten (z. B. Neurologen, Anästhesisten, Radiologen, etc.) und weiteren Mitbehandlern (z. B. Physiotherapeuten, Psychotherapeuten, etc.) zusammensetzt, zur Versorgung und Betreuung von Patienten mit Rückenschmerzen, um somit die schnelle Terminvergabe gem. § 3 zu gewährleisten (Nachweis per Eigenerklärung\*).

\*) Die KVB behält sich vor, bei Bedarf einen Nachweis anzufordern.

Die KVB überprüft, ob die Ärzte die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen. Bei Vorliegen der initialen Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVB dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

### 4. Ziele und strukturunterstützende Maßnahmen

Die strukturelle Verbesserung der Versorgung von Rückenschmerzpatienten auf Grundlage eines Stufenmodells steht im Mittelpunkt dieses Vertrages. Der dem Vertrag zugrunde liegende Behandlungspfad beinhaltet die Schnittstellen zu allen relevanten Versorgungsebenen:

- Versorgungsebene 1: Haus- und Fachärzte
- Versorgungsebene 2: Fachärzte
- Versorgungsebene 3: Schmerztherapeuten

Der Vertrag sieht vor, dass Patienten, bei denen auf der 1. Versorgungsebene ein Chronifizierungsrisiko durch ein standardisiertes Screening identifiziert wurde, zeitnah auf die nächst höhere Versorgungsebene übergeleitet werden, um frühzeitig von Leistungen der fachärztlichen bzw. schmerztherapeutischen Versorgung gemäß der einschlägigen Leitlinien zu profitieren.

Folgende Ziele werden konkret vereinbart:

- Die Vermeidung einer Chronifizierung von Rückenschmerzen (z.B. durch frühzeitiges Screening auf psychosoziale Problemlagen und Chronifizierungsrisiken) durch schnelles Steuern in die adäquate Versorgungsebene.
- Optimierung einer an den aktuellen Leitlinien ausgerichteten Diagnostik und Therapie (z. B. Begrenzung auf notwendige Operationen, Krankenhausaufenthalte, bildgebende Diagnostik, Medikation und Doppelbehandlungen, etc.)
- Die Verringerung von Arbeitsunfähigkeitszeiten (z.B. durch aktivierende Gespräche und Einsteuerung in Präventionsangebote, Wiedereingliederungsmaßnahmen)
- Die Verringerung der direkten und indirekten Kosten, die durch Rückenschmerzen verursacht werden, bei verbesserter Versorgungsqualität
- Die Steigerung der Lebensqualität der Betroffenen (z.B. durch die Förderung von Aktivität und Eigenverantwortung)
- Die Fachärzte auf der 2. Versorgungsebene fungieren als „Case Manager“ und arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll und intensiv mit dem Hausarzt des Patienten und anderen beteiligten Fachärzten/Psychotherapeuten zusammen. Dabei geht es v.a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die BARMER weist ihre am Vertrag teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.
- Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die Haus- und Fachärzte in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (biopsycho-sozialer Ansatz).
- Ziel des Vertrages ist es, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensivierter Betreuung eine verbesserte Versorgung im Bereich unspezifischer Rückenschmerzen zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassten Leistungen zu vermeiden.

## 5. Teilnahmeverpflichtungen

Die am Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer der Versorgungsebenen 1 bis 3 verpflichten sich bei in den Vertrag eingeschriebenen BARMER Versicherten zur:

- (1) frühzeitigen Terminvergabe (innerhalb einer Woche),
- (2) Überleitung des Versicherten in die jeweils nächste Versorgungsebene innerhalb der festgelegten Zeiträume, sofern keine Besserung des Gesundheitszustandes des Patienten im Verlauf der Therapie eintritt und/ oder ein Chronifizierungsrisiko identifiziert werden kann,
- (3) Durchführung aller erforderlichen Maßnahmen (Anamnese/ Therapie/ Medikation) gemäß einschlägiger Leitlinien,
- (4) Vermeidung von nicht notwendigen Maßnahmen (Bildgebende Diagnostik/Therapie/Medikation) gemäß einschlägiger Leitlinie
- (5) vollständigen und zeitnahen, idealerweise mit dem Überleitungsprozess erfolgenden, Informationsweitergabe an den behandelnden Arzt. Die Aushändigung des Überleitungsbogens für den Arzt der nächst höheren Versorgungsebene erfolgt - im Falle einer Überleitung im Rahmen dieses Vertrages - an den teilnehmenden Versicherten.
- (6) Darüber hinaus verpflichtet sich der Arzt auf Ebene 2 und 3 zur Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, weiteren Fachärzten sowie Physio- und Psychotherapeuten.

## 6. Datenschutzrechtliche Einwilligung

Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass:

- die KVB der an dem Vertrag teilnehmenden Krankenkasse regelmäßig über die Teilnahme, Durchführung und Ergebnisse dieses Vertrags – unter Berücksichtigung datenschutzrechtlicher Belange – berichtet.
- die im Rahmen dieses Vertrags gewonnenen Daten zu Abrechnungszwecken von der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns erhoben, verarbeitet und genutzt werden.

## 7. Weitere Erklärungen

<p>Mit meiner Unterschrift willige ich ein, dass:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>sich der Arzt mit seiner Teilnahmeerklärung 30 Monate bindet. Bei Vorliegen gewichtiger Gründe kann der Arzt auf Antrag von den Vertragspartnern von dieser Verpflichtung entbunden werden.</li> </ul>
<p>Mir ist bekannt, dass meine Teilnahme an diesem Vertrag</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>freiwillig erfolgt.</li> <li>ohne Teilnahmeerklärung nicht möglich ist.</li> <li>mit Beendigung meiner vertragsärztlichen Tätigkeit in Bayern sowie bei Beendigung einer Anstellung muss dies – soweit für mich vorhersehbar – mindestens einen Monat vor dem Ende der Zulassung an die KVB mitgeteilt werden.</li> </ul>
<p>Mit meiner Unterschrift verpflichte ich mich,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>die Zielsetzungen dieses Vertrags zur Versorgung von Patienten mit Rückenschmerzen mit der BARMER zu verfolgen und die mich betreffenden Anforderungen und Verpflichtungen aus diesem Vertrag zu erfüllen.</li> <li>Sobald ich die Anforderungen und Verpflichtungen, aus welchen Gründen auch immer, nicht mehr erfüllen kann, werde ich dies umgehend der Kassenärztlichen Vereinigung Bayerns anzeigen. Mir ist bekannt, dass bei Nichterfüllung der vertraglichen Pflichten die erteilte Genehmigung von der KVB widerrufen werden kann.</li> <li>Weiterhin verpflichte ich mich, bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften der Datenschutzgrundverordnung und des Bundesdatenschutzgesetzes zu beachten und die hierfür erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu treffen.</li> </ul>

**Ich (Antragsteller und der ggf. beim Antragsteller tätige Arzt) bestätige, dass ich den Inhalt der Teilnahmeerklärung sowie des beigefügten Anhangs mit seinen Erläuterungen zur Kenntnis genommen habe und erkenne diesen ausdrücklich als für mich rechtsverbindlich an. Die im Anhang aufgeführten Erläuterungen sind Bestandteil dieser Teilnahmeerklärung.**

**Bitte beachten Sie, dass Sie die beantragte Leistung erst ab dem Tag erbringen und abrechnen dürfen, an dem Ihnen der schriftliche Genehmigungsbescheid zugegangen ist.**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Vertragsarzt /  
MVZ-Vertretungsberechtigter

**Bei Antragstellung für einen beim Antragsteller tätigen Arzt zusätzlich:**

\_\_\_\_\_  
Ort, Datum

\_\_\_\_\_  
Unterschrift beim Antragsteller tätiger Arzt

Stempel Antragsteller

## Teilnahmeerklärung – Anhang



### Wichtige Informationen, bitte aufmerksam lesen

Wir weisen darauf hin, dass Ihre Angaben für die Bearbeitung dieses Antrags durch die KVB erforderlich sind. Ihre Angaben sind freiwillig. Bitte beachten Sie, dass unvollständige Angaben zur Ablehnung Ihres Antrags führen können.

Die Informationen nach Art. 13 und 14 DSGVO finden Sie unter [www.kvb.de/datenschutz](http://www.kvb.de/datenschutz). Auf Wunsch senden wir Ihnen diese Informationen auch gerne in Textform zu.

Sofern die genehmigungspflichtigen Leistungen in einem MVZ erbracht werden sollen, ist der Antragsteller stets der MVZ-Vertretungsberechtigte. Dies trifft sowohl bei zugelassenen Vertragsärzten im MVZ als auch bei angestellten Ärzten im MVZ zu. Der Arzt, der die Leistungen im MVZ erbringen wird und für den die fachlichen Nachweise vorzulegen sind, hat den Antrag mit zu unterzeichnen. Der Genehmigungsbescheid wird dem MVZ erteilt.

#### 1. Abrechnung und Vergütung

- Alle genannten Abrechnungsnummern können nur von Ärzten mit der Berechtigung IM043 und IM414, IM415 oder IM416 abgerechnet werden.
- Alle Abrechnungsnummern sind aktiv von den Ärzten anzusetzen.
- Der Arzt rechnet den Versicherten mit der aktuell gültigen eGK-Nr. ab.
- Sofern der Abrechnung des Arztes keine oder eine falsche Versichertennummer zugrunde liegt, erfolgt eine Streichung. Es gibt kein Ersatzverfahren, welches versucht, den Versicherten anhand einer Kombination aus Vorname, Name und Geburtsdatum zu identifizieren.
- Es finden keine Prüfungen zwischen der DLV- und GKV-Abrechnung statt.

Bezeichnung der Vergütungsposition	Bemerkungen	Betrag	Abr. Nr. Arzt an KVB <i>Abr. Nr. KVB</i>
<b>Versorgungsebene 1</b>	<p>Der teilnehmende Arzt muss diese Abr.-Nr. <b>aktiv</b> ansetzen.</p> <p><b>KVB prüft:</b></p> <p><b>Häufigkeit:</b> Einmal im Leben des teilnehmenden Versicherten</p> <p><b>Berechtigung:</b> Der Arzt hat die Genehmigung IM043 und IM414</p> <p><b>Versichertenprüfung:</b> Der Patient ist Versicherter der BARMER</p> <p><b>Ausschlüsse:</b> Keine</p> <p><b>Leistungsinhalte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Einschreibung des Patienten in den Vertrag sowie Auslieferung der Patienteninformation und Erstdokumentation (ca. 10 min.)</li> <li>▪ Anamnese, standardisierte klinische Untersuchung inkl. StarT Back Tool, ca. 30 min zur Feststellung Chronifizierungsrisiko</li> <li>▪ zusätzliche Zeit für ausführliche Beratung + Aufklärung des Patienten (Ermunterung der Wiederaufnahme der Aktivität, sofern möglich) bis zu 30 Minuten</li> <li>▪ Einsteuerung in BARMER Rückenprogramme</li> <li>▪ Arztbrief/Dokumentation/Überleitungsbogen</li> </ul>	<b>50,00 €</b>	<b>93670</b>

<p><b>Versorgungsebene 2</b></p>	<p>Der teilnehmende Arzt muss diese Abr.-Nr. <b>aktiv</b> ansetzen.</p> <p><b>KVB prüft:</b></p> <p><b>Häufigkeit:</b> Einmal im Leben des teilnehmenden Versicherten</p> <p><b>Berechtigung:</b> Der Arzt hat die Genehmigung IM043 und IM415</p> <p><b>Versichertenprüfung:</b> Der Patient ist Versicherter der BARMER</p> <p><b>Ausschlüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nur abrechenbar, wenn zuvor die GOP 93670 (Ebene 1) beim gleichen Patienten abgerechnet wurde</li> </ul> <p><b>Leistungsinhalte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Schnelle Terminvergabe, kurze Wartezeit innerhalb 1 Woche außerhalb Terminservicestelle (TSS)</li> <li>▪ Weiterführende, tiefergehende, spezielle Anamnese</li> <li>▪ Koordination der Behandlung und Abstimmung mit Mitbehandlung (Case Management)</li> <li>▪ Steuerung des gesamten Versorgungsprozesses</li> <li>▪ ggf. Veranlassung zeitnaher konsiliarischer diagnostischer und therapeutischer Einbezug anderer Fachgebiete</li> <li>▪ engmaschige Betreuung durch erhöhte Arzt-Patienten-Kontaktfrequenz</li> <li>▪ stufenweise Belastungserprobung</li> <li>▪ Bis zu 4 lokale schmerztherapeutische Infiltrationsbehandlungen</li> <li>▪ Muskuläre Triggerpunktbehandlung</li> <li>▪ zusätzliches ausführliches aktivierendes Patientengespräch ca. 30 Minuten</li> <li>▪ Einsteuerung in BARMER Rückenprogramme</li> <li>▪ Informationsaustausch zu Mitbehandlern und Pflege der Projektdokumentation</li> </ul>	<p><b>100,00 €</b></p>	<p><b>93670A</b></p>
<p><b>Versorgungsebene 3 (Schmerztherapie)</b></p>	<p>Der teilnehmende Arzt muss diese Abr.-Nr. <b>aktiv</b> ansetzen.</p> <p><b>KVB prüft:</b></p> <p><b>Häufigkeit:</b> Einmal im Leben des teilnehmenden Versicherten</p> <p><b>Berechtigung:</b> Der Arzt hat die Genehmigung IM043 und IM416</p> <p><b>Versichertenprüfung:</b> Der Patient ist Versicherter der BARMER</p> <p><b>Ausschlüsse:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nur abrechenbar, wenn zuvor die GOP 93670 (Ebene 1) und GOP 93670A (Ebene 2) beim gleichen Patienten abgerechnet wurde</li> </ul> <p><b>Leistungsinhalte:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ kurzfristige Terminvergabe innerhalb von einer Woche</li> <li>▪ eingehende zusätzliche Beratung nach Beurteilung des bisherigen Therapieverlaufs (intensives Erstgespräch)</li> </ul>	<p><b>140, 00 €</b></p>	<p><b>93670B</b></p>

<b>Versorgungsebene 3 (Schmerztherapie)</b>	Der teilnehmende Arzt muss diese Abr.-Nr. <b>aktiv</b> ansetzen.  <b>KVB prüft:</b>  <b>Häufigkeit:</b> Einmal im Leben des teilnehmenden Versicherten  <b>Berechtigung:</b> Der Arzt hat die Genehmigung IM043 und IM416  <b>Versichertenprüfung:</b> Der Patient ist Versicherter der BARMER  <b>Ausschlüsse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nur abrechenbar, wenn zuvor die GOP 93670 (Ebene 1) und GOP 93670A (Ebene 2) beim gleichen Patienten abgerechnet wurde</li> </ul> <b>Leistungsinhalte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ zusätzliche Zeit für Beratung und Edukation</li> <li>▪ Aufklärung des Patienten (Ermunterung der Wiederaufnahme der Aktivität, sofern möglich)</li> </ul>	<b>100,00 €</b>	<b>93670C</b>
<b>Versorgungsebene 3 (Schmerztherapie)</b>	Der teilnehmende Arzt muss diese Abr.-Nr. <b>aktiv</b> ansetzen.  <b>KVB prüft:</b>  <b>Häufigkeit:</b> Einmal im Leben des teilnehmenden Versicherten  <b>Berechtigung:</b> Der Arzt hat die Genehmigung IM043 und IM416  <b>Versichertenprüfung:</b> Der Patient ist Versicherter der BARMER  <b>Ausschlüsse:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ nur abrechenbar, wenn zuvor die GOP 93670 (Ebene 1) und GOP 93670A (Ebene 2) beim gleichen Patienten abgerechnet wurde</li> </ul> <b>Leistungsinhalte:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Arztbrief/Dokumentation</li> <li>▪ Stellungnahme zur Weiterbehandlung (Abschlussgespräch)</li> </ul>	<b>120,00 €</b>	<b>93670D</b>

Die KVB erhebt für ihre Leistungen bei der Umsetzung dieses Vertrages eine Kostenpauschale in Höhe ihres jeweils geltenden Verwaltungskostensatzes, aktuell in Höhe von 2,5 %. Die KVB ist berechtigt, die Kostenpauschale mit dem Vergütungsanspruch des Arztes aus diesem Vertrag zu verrechnen.

Für den Fall, dass bei Ärzten durch eine Korrektur eine Überzahlung entsteht, sind die von der Überzahlung betroffenen Ärzte verpflichtet, den jeweils überzahlten Betrag an die KVB zurückzuzahlen. Kosten für den Aufwand, welche Abrechnungskorrekturen verursachen, die durch den teilnehmenden Arzt ursächlich entstanden sind, werden der KVB als Kostenersatz in Höhe von 5 % der Korrektursumme bezahlt. Wenn möglich, behält die KVB den jeweils überzahlten Betrag mit der nächsten Auszahlung an die betroffene HNR ein, um ihre ausstehenden Forderungen auszugleichen. Für den Fall, dass eine Verrechnung nicht möglich ist (z. B. Praxis ist beendet), hat die Zahlung der Korrektursumme ggf. inkl. des Kostenersatzes durch den betreffenden Arzt bis spätestens vier Wochen nach Erhalt eines Anschreibens der KVB zur Aufforderung zur Zahlung zu erfolgen.

Die KVB führt nachträgliche Abrechnungskorrekturen durch, sofern entsprechende Einwendungen von den teilnehmenden Ärzten gegen die Abrechnung und Auszahlungshöhe innerhalb von sechs Wochen nach Erhalt der Honorarinformation nach § 13 Abs. 5 schriftlich bei der KVB eingereicht werden. Sachverhalte, bei denen ein Fehler der teilnehmenden Ärzte für eine Abrechnungskorrektur ursächlich ist, sind insbesondere die nachfolgenden Fallkonstellationen:



- Arztabrechnung ist fehlerhaft, da Leistungen der Anlage 1 doppelt abgerechnet wurden, z. B. wird die gleiche Leistung am gleichen Tag für den gleichen Patienten in einem folgenden Quartal erneut als Nachtrag eingereicht.
- Arztabrechnung ist fehlerhaft, da Leistungen verspätet abgerechnet werden und somit ggf. manuell nachgetragen werden müssen
- Arztseitige Abrechnungsfehler, welche in der KVB zu einer IT-seitig fehlerhaften Umsetzung der abgerechneten Leistungen führen und die sich z. B. in einer fehlerhaften Übermittlung des DTAs aufgrund des arztseitigen Abrechnungsfehlers auswirken

## **2. Spezifische Abrechnungsbestimmungen**

- Um die Zusatzvergütung zu erhalten, ist es erforderlich, dass Sie aktiv diejenige GOP, deren Leistung Sie erbracht haben, in Ihrer Quartalsabrechnung zum Ansatz bringen.
- Die Honorarinformationen dieser Zusatzvergütung erhalten Sie in einer gesonderten Honorarmitteilung (wird postalisch zugestellt), einem Arzteinzelnachweis und einer Häufigkeitsstatistik (wird elektronisch in Meine KVB bereitgestellt).

## **3. Spezifische Regelungen zum Entzug der Teilnahmeberechtigung**

- Verstößt der teilnehmende Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgt eine schriftliche Aufforderung durch die Vertragspartner, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten. Bei weiterer Nicht-Einhaltung auch Ausschluss aus dieser Vereinbarung.
- Sobald Sie wieder alle Teilnahmevoraussetzungen und Teilnahmeverpflichtungen der Vereinbarung gegenüber der KVB nachweisen, sind Sie zur erneuten Teilnahme berechtigt. Dies bedarf einer erneuten Einsendung der Teilnahmeerklärung sowie einer erneuten Erteilung der Teilnahmeberechtigung nach Prüfung der allgemeinen Voraussetzungen.