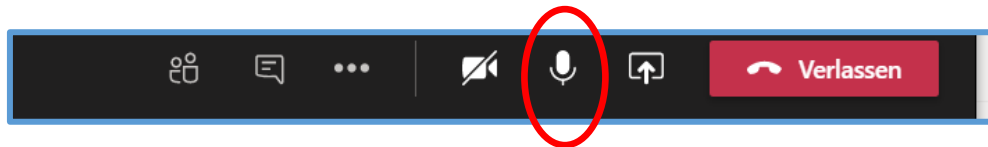




**Kinder- und Jugendärztliche Versorgung
im AOK HausarztProgramm in Baden-Württemberg
Abrechnungsschulung**

Verhaltensregeln bei der Webkonferenz

- Schalten Sie bitte Ihr Mikrofon stumm, wenn Sie gerade nicht sprechen.
- Nur der/die aktuelle Sprecherin/Sprecher hat das Mikrofon an.



- Fragen und Bemerkungen sind gerne gesehen. Bitte per Handsymbol anzeigen. Wir werden Sie aufrufen, bitte schalten Sie dann Ihr Mikrofon an.



- Alternativ besteht die Möglichkeit Fragen über den Chat zu stellen.

Agenda

1. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Versicherter
2. Versicherteneinschreibung
3. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Häufige Fragen
6. Internetauftritt



Vorteile für die Versicherten

- pädiatrische Rundumversorgung in besonderer Qualität
- Koordinierung der Leistungen durch den Kinder- und Jugendarzt
- Langfristige Dokumentation aller Befunde
- Vorsorgeuntersuchungen nach den erweiterten Vorgaben des BVKJ (Vorsorgeheft „Paed.Check“ → zusätzlich U10, U11, J2)
- Impfungen gemäß STIKO und Satzung der AOK
- Terminsprechstunde für berufstätige Eltern/Jugendliche bei Bedarf (z.B. bis 20:00 Uhr)
- Zuzahlungsbefreiung bei Medikamenten
- OTC-Präparate kostenfrei (bis zur Festbetragsgrenze) für HZV-Kinder bis einschließlich 17 Jahre
- Delegation osteopathischer Behandlung durch Kinder- und Jugendarzt möglich (Kostenbeteiligung durch AOK) (Anlage 7 b)

Anforderungen an die Versicherten

- Inanspruchnahme von Fachärzten nur auf Überweisung des gewählten Kinder- und Jugendarztes (Ausnahme: Gynäkologen und Augenärzte sowie Notfälle)
- Arztwechsel vor Ablauf der 12 Monate nur aus wichtigem Grund (z. B. Umzug in BW, nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis)
 - Versicherter muss der AOK Grund für den Wechsel rechtzeitig melden
- Bei Arztwechsel neue Teilnahmeerklärung beim neuen HZV-Arzt

Agenda

1. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Versicherter
2. Versicherteneinschreibung
3. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Häufige Fragen
6. Internetauftritt

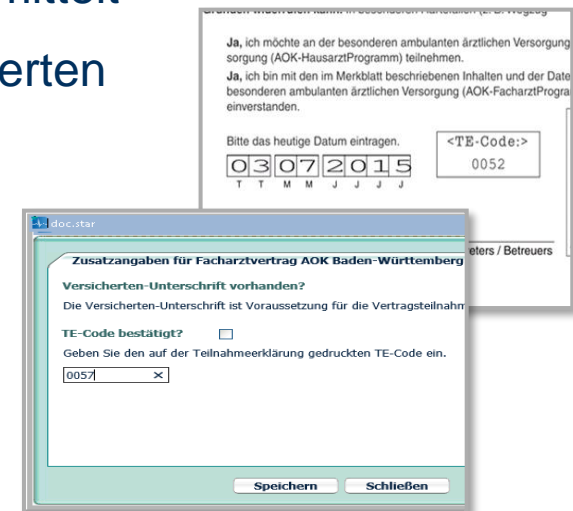


Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten

- Gültige Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg
- Wohnort in Baden-Württemberg
Ebenfalls möglich: Wohnsitz in den angrenzenden Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern bzw. im Grenzgebiet zu Deutschland in Frankreich oder der Schweiz.
- Einschreibung ab der Geburt möglich (sobald Versichertenkarte vorliegt)
- Bindung an den gewählten HZV-Arzt für mindestens 12 Monate
- Kündigungsfrist allgemein 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate, sonst Bindung für weitere 12 Monate an HZV

Online- Einschreibung

- Teilnahmeerklärung (TE) für AOK-HausarztProgramm wird in der Vertragssoftware ausgefüllt (→ Daten auf Versichertenkarte)
- Ausdruck von 2 Exemplaren der TE mit aufgedrucktem vierstelligen Code neben dem Unterschriftenfeld + Ausdruck Merkblatt
- beide Exemplare der TE werden vom Versicherten und vom Arzt unterschrieben
- vierstelliger Code wird in Vertragssoftware eingegeben (zur Bestätigung für das Vorliegen der Unterschrift) und der Einschreibedatensatz an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG übermittelt
- 1. Exemplar zur Aushändigung an den Versicherten (+ Merkblatt)
- 2. Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis (mind. 10 Jahre)



doc.star

Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg

Versicherten-Unterschrift vorhanden?
Die Versicherten-Unterschrift ist Voraussetzung für die Vertragsteilnahme.

TE-Code bestätigt?

Geben Sie den auf der Teilnahmeerklärung gedruckten TE-Code ein.

0052

Speichern Schließen

Einschreibefristen

- je nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK BW ist der Versicherte im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im HausarztProgramm eingeschrieben → Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.
→ Online-Teilnahmeprüfung/Teilnehmerverzeichnis
- Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag bei der Krankenkasse
→ Versicherter im Folgequartal aktiv im HausarztProgramm
- Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag bei der Krankenkasse
→ Versicherter im übernächsten Quartal aktiv im HausarztProgramm
- Bis dahin Abrechnung über KV

Agenda

1. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Versicherter
2. Versicherteneinschreibung
3. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Häufige Fragen
6. Internetauftritt



Wichtige Dokumente für die Abrechnung

- diese Dokumente finden Sie unter www.medi-verbund.de
- Gesamtziffernkranz (GZK) (Anlage 12a Anhang 1):
 - legt Leistungsumfang des Vertrages fest (Abgrenzung KV-/Vertragsabrechnung)
 - aufgelistete EBM-Ziffern aus HZV- sowie allen 73c-Verträgen sind für teilnehmende Versicherte nicht über KV abrechenbar
 - nicht aufgelistete EBM-Ziffern sind für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

EBM-Grunddaten				HZV					
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Honoriergeändert	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Honoriergeändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichn. Anmerk. spezifisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I	01.10.2017	Anmerkung (obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01412	Dringender Besuch II	01.10.2017	Anmerkung (obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01413	Besuch eines weiteren Kranken			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient			ZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01420	Prüfung der häuslichen Krankenpflege			ZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege			ZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	HZV-Leistung	HZV-Leistung

Anmerkung

obligatorisch Anlage 12 + 12a; Zur Erbringbarkeit bei einem an der HZV eingeschriebenen Kinder- und Jugendarzt, die eine Verrechnung von 30 EUR auslöst, vgl. Anlage 12, Abschnitt I des Vertrages

Wichtige Dokumente für die Abrechnung

- Vergütung (Anlage 12 a)
 - enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

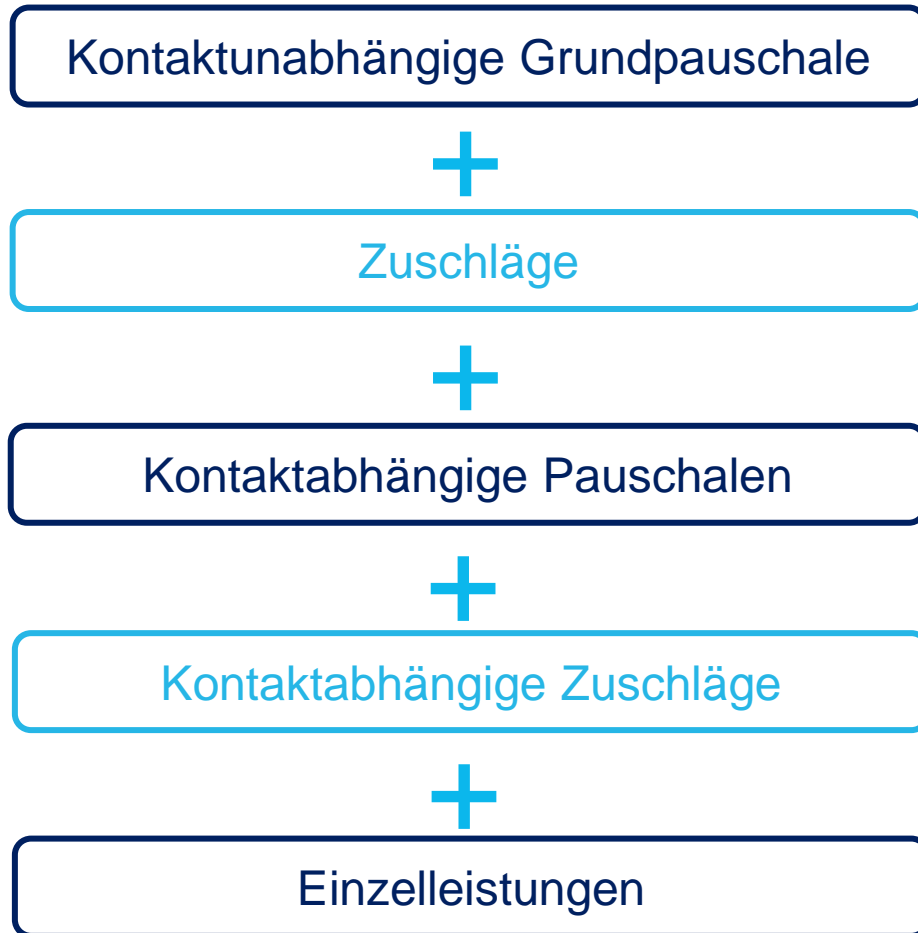
Bezeichnung der HZV-Vergütungsposition	Leistungsinhalt	Vergütungsregeln	Betrag
(kontaktunabhängige) Grundpauschale P1	<ul style="list-style-type: none"> • Vorhalten einer apparativen Mindestausstattung (kinder- und jugendgerechte Praxisausstattung mit Wärmelampe, Säuglingswaage, Stadiometer, RR-Manschetten in altersentsprechenden Größen, Spirometer mit FEV1-Bestimmung, Pulsoxymeter, Behandlungsplatz zur Durchführung einer Inhalationstherapie, Geräte zur Durchführung von Seh- und 	<p>P1 wird einmalig pro eingeschriebenen HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („<u>Versichertenteilnahmejahr</u>“) ist das Jahr ab Beginn der Teilnahme des HZV-Versicherten an der HZV; Beginn der Teilnahme ist der erste Tag des Quartals, in dem der HZV-Versicherte als solcher gilt, § 4 Abs. 3 des Vertrages.</p> <p>P1 wird im Zuge der Abrechnung des ersten Abrechnungsquartals bezogen auf den jeweiligen HZV-Versicherten in voller Höhe ausbezahlt.</p> <p>Werden in einem Quartal weitere HAUSÄRZTE bzw. KINDER-</p>	30,00 € / Versicherten- teilnahmejahr

- ICD-Liste für chronische Erkrankungen (Anlage 12 a Anhang 2)
- ICD-Liste für sozialpädiatrische Beratung und Koordination (Anlage 12 a Anhang 3)

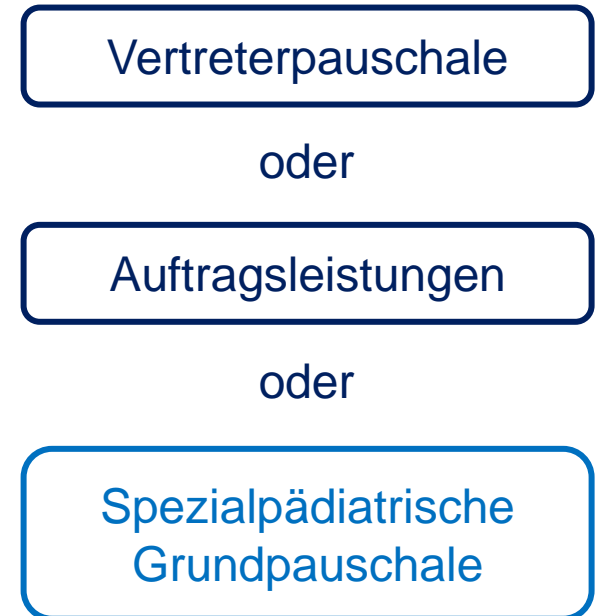
Anhang 2 zu Anlage 12a		Stand: 01.01.2019
ICD-Liste für P3 AOK-BW (nur bei Diagnosekennzeichen "G")		
Für die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und zur Diagnosestellung ist die Internationale 10. Revision, German Modification, ICD-10-GM anzuwenden wie aufgeführt unter www.dimdi.de .		
ICD-Code	ICD-Klartext	
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	
B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1	
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3	
B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4	
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	
B18.2	Chronische Virushepatitis C	
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität	
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität	
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität	

Anhang 3 zu Anlage 12a		Stand: 01.01.2019
ICD-Liste für sozialpädiatrische Beratung und Koordinierung		
Für die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und zur Diagnosestellung ist die Internationale 10. Revision, German Modification, ICD-10-GM anzuwenden wie aufgeführt unter www.dimdi.de .		
ICD-Code	ICD-Klartext	
F43.0	Akute Belastungsreaktion*	
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	
F43.2	Anpassungsstörungen*	
F43.8	Sonstige Reaktionen auf schwere Belastung*	
F80.0	Artikulationsstörung	
F80.1	Expressive Sprachstörung	
F80.20	Auditive Verarbeitungs- und Wahrnehmungsstörung [AVWS]	
F80.28	Sonstige rezektive Sprachstörung	
F80.3	Erworbene Aphasie mit Epilepsie [Landau-Kleffner-Syndrom]	
F80.8	Sonstige Entwicklungsstörungen des Sprechens oder der Sprache	
F81.0	Lese- und Rechtschreibstörung	

Abrechnungssystematik



oder



Praxisstrukturmerkmale

- qualifikationsgebundene Leistungen (abrechenbar wenn Nachweis vorliegt)
- Qualifikationen sind vom teilnehmenden Arzt oder anderen in der Praxis tätigen Ärzten zu erfüllen (Ausnahme Psychosomatik)

Leistung	Voraussetzung zu Abrechenbarkeit	Nachweis
Sonografie	Qualifikation und entspr. Ausstattung	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung
kleine Chirurgie	Leistungserbringung	Selbstauskunft
Psychosomatik	Qualifikation	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung
Tympanometrie	Qualifikation und entspr. Ausstattung	Wartungsbericht Tympanometer oder Rechnung
Präsenzlabor	Qualifikation und entspr. Ausstattung	KV-Abrechnung der EBM GOP: 32031, 32036 bis 32038 oder 32039 oder 32120 oder 32122 und 32128
Amblyopiescreening	Qualifikation und entspr. Ausstattung	Selbstauskunft
Hyposensibilisierung	Leistungserbringung	KV-Abrechnungen der letzten 4 Quartale mit insg. 40 Behandlungen von GKV-Versicherten: EBM GOP: 30130 oder 30131 oder Behandlung von 10 GKV-Patienten: Nachweis: Auswertung Praxissoftware/KV-Abrechnung
Allergologie	Leistungserbringung	KV- Abrechnungen Ziffer 30100 oder 30110 oder 30111

Neue Differenzierung des Arzt-Patienten-Kontakts (APK)

- „Ein APK ist eine medizinische Leistung gegenüber dem Patienten, die durch den Kinder- und Jugendarzt selbst erbracht oder vollständig an eine MFA/ SOPASS/ PA delegiert werden kann.“
- Dabei erfolgt folgende Differenzierung:
 - **Persönlicher APK:** Eine Leistung wird zur gleichen Zeit am gleichen Ort (z.B. in der Praxis) erbracht -Abrechnung mit der Ziffer 0000.
 - **Telemedizinischer APK:** Die Leistung wird ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon, Chat etc., nicht am gleichen Ort und/ oder nicht zur gleichen Zeit erbracht – Abrechnung mit der neuen Ziffer 0000F.
- Darüber hinaus erfolgt eine Differenzierung der Abrechnungsziffern nach Behandlungs-/Versorgungsleistungen, die nach dem Berufs-/ Sozialrecht nicht vollständig an das medizinische Praxispersonal delegiert werden können.

Pauschalen

P1 Kontaktunabhängige Grundpauschale (Auszahlung im ersten Quartal des Jahres, unabhängig von APK**)	+	30,00 €/VTJ*
+ Zuschlag Sonographie	+	8,00 €/VTJ*
+ Zuschlag kleine Chirurgie	+	6,00 €/VTJ*
+ Zuschlag Psychosomatik	+	6,00 €/VTJ*
+ Zuschlag Tympanometrie	+	3,00 €/VTJ*
+ Zuschlag Präsenzlabor	+	4,00 €/VTJ*

* Versichertenteilnahmejahr ** Arzt-Patienten-Kontakt













 = wird bei Abrechenbarkeit/Erreichen vom Rechenzentrum erzeugt

 = wird vom Kinder- und Jugendarzt angesetzt/abgerechnet

 = nur abrechenbar bei Vorliegen einer Diagnose gem. Anhang 2/3 zu Anlage 12a













 = APK persönlich (0000) oder telemedizinisch (0000F) möglich

Pauschalen

P2 Behandlungspauschale (Kontaktabhängig, mind. 1 APK) + Zuschlag Amblyopiescreening (2.- 3. LJ)	0000 bzw. 0000F	 37,00 €/  Quartal  4,00 €/ Quartal
P3 Chronikerpauschale* (Nicht neben P5, gem. Anhang 2 zu Anlage 12a, persönliche ärztliche Behandlung im Leistungsquartal oder Vorquartal nötig)	0003	  25,00 €/  Quartal
P4 Aufwandspauschale 1. LJ (nur innerhalb 1. Lebensjahr**)	KJP4a KJP4b	 50,00 €/ einmalig
P5 Aufwandspauschale 2.- 3. LJ - (nicht neben P3, persönliche ärztliche Behandlung im Leistungsquartal oder Vorquartal nötig)		 15,00 €/  Quartal
Vertreterpauschale - innerhalb der HZV (ohne Zuschläge/ Einzelleistungen, nicht innerhalb BAG/MVZ)	0004	 20,00 €/  Quartal
Zielauftragspauschale (z.B. Sonografie/ Amblyopiescreening, ohne Zuschläge/ Einzelleistungen, nicht innerhalb BAG/MVZ)	0005	 12,50 €/ Zielauftrag

* Bei Asthma nur abrechenbar wenn Patient im DMP eingeschrieben **Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung

Einzelleistungen

Paed.Check - U1-U9, J1/ U10-U11, J2 (nicht mit Zielauftrags-/Vertreterpauschale am Tag**)	+ SOPASS-Zuschlag 01711-01720, 01723, U10, U11, J2	62,00 € 
DMP (gem. DMP-Vereinbarung, Schulungen über KV abrechenbar)	DMP-Ziffern	
Impfungen I - Ein- bis Fünffachimpfungen (+ Impfziffern) * (nicht mit Zielauftrags-/Vertreterpauschale am Tag**)	KJE1+Impfziffer	 10,00 €
Impfungen II - Sechsfachimpfungen (+ Impfziffern) * (nicht mit Zielauftrags-/Vertreterpauschale am Tag**)	KJE2+Impfziffer	 15,00 €
Impfungen III - HPV-Impfungen (+ Impfziffern) * (nicht mit Zielauftrags-/Vertreterpauschale am Tag**)	KJE3+Impfziffer	 15,00 €
Sozialpädiatrische Beratung und Koordination (gem. Anhang 3 zu Anlage 12a, max. 6 x 10 Min. je Quartal)	+ SOPASS-Zuschlag KJE4 KJE4V	  15,00 € 
Transition (gem. Anhang 4 zu Anlage 12a - nur mit P3 im Quartal**)	KJE5	 25,00 €
Hyposensibilisierung (Qualifikation: 10 GKV-Versicherte/40 Hyposensibilisierungen im Vorjahr**)	KJE6	 15,00 €
Besondere Impfberatung (max. 3 x 10 Min. bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres, nicht am selben Tag)	KJE7	15,00 €  




*gem. STIKO-Richtlinie/Satzungsleistung AOK

**Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung

+ SOPASS-Zuschlag 5,00 €/ Quartal

(bei mind. einer MFA mit entsprechendem Zertifikat)

Einzelleistungen

Allergologische Anamnese/Beratung (Allergologische Anamnese/Beratung (analog Nr. 30100 EBM), höchstens viermal im Krankheitsfall 5 Min**)	 7,50 € KJE8B
Allergologische Diagnostik I (Allergologische Diagnostik I inkl. Sachkosten (analog Nrn.30111 + 40351 EBM), einmal je Krankheitsfall, nicht neben KJE8D2 abrechenbar**)	 30,00 € KJE8D1
Allergologische Diagnostik II (Allergologische Diagnostik II inkl. Sachkosten (analog Nrn. 30110 + 40350 EBM), einmal je Krankheitsfall, nicht neben KJE8D1 abrechenbar**)	 45,00 € KJE8D2

**Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung

Auftragsleistungen

A1 Pädiatrische Sonografie

(schriftliche Begründung von Auftraggeber über medizinische Notwendigkeit, Zielauftragspauschale bzw. Vertreterpauschale bei Direktinanspruchnahme zusätzlich abrechenbar**)

 30,00 €/Tag

A1

P6 Spezialpädiatrische Grundpauschale ≤ 5 Jahre

(je fremdeingeschriebenem HZV-Versicherten, bei Vorliegen einer Überweisung zur kinderfachärztlichen Untersuchung)

 70,00 €/Quartal

0006

P7 Spezialpädiatrische Grundpauschale > 5 Jahre

(je fremdeingeschriebenem HZV-Versicherten, bei Vorliegen einer Überweisung zur kinderfachärztlichen Untersuchung)

 60,00 €/Quartal

0007

**Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung

Abrechnungssystematik Spezialpädiatrie

(mit Abrechnungsgenehmigung EBM-Kapitel 4.4 oder 4.5)

**Eigeneingeschriebener
HZV-Patient**



Abrechnung über HZV-Vertrag

P1

Grundpauschale

P2

Behandlungspauschale

ggf. **P3**

Chronikerpauschale

ggf. **P4/P5**

altersabhängige Aufwandspauschalen



**Fremdeingeschriebener
HZV-Patient**



Abrechnung über HZV-Vertrag

P6

spezialpädiatrische Grundpauschale 0-5 Jahre

P7

spezialpädiatrische Grundpauschale ab 6 Jahre

→ auch bei Erbringung Langzeit-/Belastungs-EKG
(EBM-Ziffer 04321S/04322S) abrechenbar

ggf. Hyposensibilisierung/A1 Pädiatrische Sonografie



Abrechnung über KV

Zuschläge, Zusätze und technische Leistungen aus jeweiligem EBM-Kapitel 4.4 oder 4.5

Übersicht der Leistungen zur neuen APK-Regelung

➤ Leistungen außerhalb der APK-Definition

Leistungsposition
Kontaktunabhängige P1 (inkl. aller Zuschläge auf P1)

➤ Leistungen persönlich (0000) oder telemedizinisch (0000F) möglich

Leistungsposition	Bedingungen
P2 Behandlungspauschale (inkl. Zuschlag auf P2)	
P3 Zuschlag Chroniker	Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal persönlich ärztlich behandelt werden
P5 Zuschlag Behandlungspauschale 2-3 Lebensjahr	Patient muss im Leistungsquartal oder Vorquartal persönlich ärztlich behandelt werden
Vertreterpauschale	APK gilt nur bei Patienten, die im Rahmen der organisierten Vertretung (gem. § 5 Abs. 4 g) behandelt werden
Sozialpädiatrische Beratung und Koordination (inkl. SOPASS-Zuschlag abhängig von Kinder- und Jugendvorsorge)	
Besondere Impfberatung	

Übersicht der Leistungen zur neuen APK-Regelung

➤ Leistungen nur persönlich (0000) möglich

Leistungsposition
Zielauftragspauschale
P6 und P7 Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschale (Berufsrecht beachten)

➤ Leistungen nur mit ärztlicher Behandlung

Leistungsposition
P4 Voreinschreibeleistung (bei Einschreibung Kind <1 Jahr direkt abrechenbar)
Kinder- und Jugendvorsorgen (inkl. SOPASS-Zuschlag abhängig von sozialpädiatrischer Beratung und Koordination)
Impfungen
Hyposensibilisierung/Allergologie
A1 Auftragssonografie
Transition

Diese Ziffern können nicht mehr zu Lasten der KV abgerechnet werden.

- 32.2.1 Basisuntersuchungen (Präsenzlabor: 32031, 32036 – 32038)
- 32.2.2 Mikroskopische Untersuchungen
- 32.2.3 Physikalische oder chemische Untersuchungen
- 32.2.4 Gerinnungsuntersuchungen
- 32.2.5 Funktions- und Komplexuntersuchungen (Präsenzlabor: 32120, 32122)
- 32.2.8 Laborpauschalen im Zusammenhang mit präventiven Leistungen
- **GOP 32150 Immunologischer Nachweis von Troponin I/Troponin T**
(Kap. 32.3 Spezielle Untersuchungen unter immunologische Untersuchungen und Untersuchungen auf Drogen)
- **GOP 32212 Fibrinmonomere, Spaltprodukte (quantitativ)**
(Kap. 32.3 Spezielle Untersuchungen unter Gerinnungsuntersuchungen)
- **GOP 32232 Lactat**
(Kap. 32.3 Spezielle Untersuchungen unter Klinisch-chemische Untersuchungen)
- **Präsenzlabor (GOP 32128 und 32460 C-reaktives Protein, GOP 32151 Uricult, GOP 32152 Streptokokken A-Test)**

- Laborleistungen, die im (Gesamt-) Ziffernkranz (GZK) abgebildet sind, dürfen bei eingeschriebenen Patienten nicht mehr über den 10A- oder 10er-Schein angefordert werden.
 - Das Labor kann diese Laborleistungen nicht über die KV abrechnen, sondern stellt diese der überweisenden Praxis in Rechnung.
 - Die Anforderung erfolgt über ein vorab mit dem Labor geregeltes individuelles Verfahren.
- Laborleistungen, die nicht im GZK aufgeführt sind, werden weiterhin über den 10A- oder 10er- Schein (analog zu nicht eingeschriebenen Kassenpatienten) angefordert.
 - **Ausnahme:** CRP (32128 und 32460), Streptokokken A-Test (32152) und Uricult (32151) sind in Präsenzlabor enthalten und nicht über KV abrechenbar, obwohl nicht im GZK → Anlage 12a (Vergütung)

- Der Sprechstundenbedarf (SSB) bleibt von der HZV unberührt und wird deshalb wie gewohnt abgewickelt
- Unterscheidung kurativer/präventiver Fälle:
Die Krankenkassen sind verpflichtet die kurativen Fallzahlen aus den Selektivverträgen dem MDK und der KV zu melden. Über die Vertragssoftware werden Sie bei der Kennzeichnung eines präventiven Falles unterstützt. Die Angaben sind zwingend durchzuführen, da nicht gekennzeichnete Fälle als kurativ übermittelt werden.

Etablierung eines ambulanten Versorgungsmodells für Kinder und Jugendliche mit Übergewicht bzw. Adipositas und deren Eltern

- digital gestützt
- strukturiert
- niederschwellig
- bedarfsgerecht
- nachhaltig
- evidenzbasiert

Vergütung Praxen	Frequenz	Interventions- gruppe	Kontroll- gruppe
Schulung der Praxenteams	einmalig	180,-	180,-
Wissenschaftliche* Fallpauschale	bei vollständig abgeschlossener Evaluation pro Patient**	669 €	519 €
Vergütung durchgeführte Schulungsstunde	5-6 Schulungsstunden pro Patient	90,-	

* Beinhaltet die Rekrutierung, Teilnahme an Kurzbefragungen zur fachärztlichen Einschätzung und Einschätzung der MFA, studienbedingte Durchführung von Diagnostik zu Studienparametern und Überführung der Daten in die Studiendatenbank von Laborwerten, Sonographie und körperlichen Untersuchungsbefunden

**Ziel: 10 Patienten/Praxis

Agenda








1. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Versicherter
2. Versicherteneinschreibung
3. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Häufige Fragen
6. Internetauftritt



Abrechnungsbeispiel 1

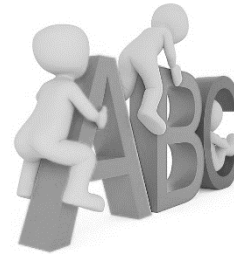
Patient (2 Jahre)







Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1 	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	14,25 €
	0000 (Amblyo)  	P2 mit Amblyopiezuschlag	41,00 €
	P5  	P5	15,00 €
	01717 (SOPASS) 	U7 mit SOPASS-Zuschlag	67,00 €
	KJE1 + z.B. 89301 	Impfung I MMR	10,00 €
Summe			<u>147,25 €</u>

Abrechnungsbeispiel 2

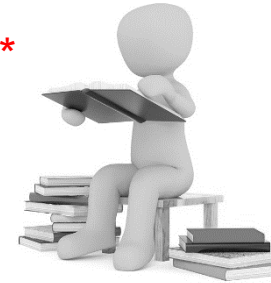
Patient (5 Jahre) - mit ADHS



Zeitraum	Ziffer		Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1		Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	14,25 €
	0000		P2	37,00 €
	0003 + ICD 10		P3	25,00 €
	KJE4 + ICD 10		Sozialpädiatrische Beratung und Koordination 3x	45,00 €
Summe				<u>121,25 €</u>

Abrechnungsbeispiel 3

Patient (7 Jahre) - Asthmatiker (DMP-Teilnehmer)*
mit Entwicklungsstörung



Zeitraum	Ziffer		Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1	+	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	14,25 €
	0000	👦 🖥️	P2	37,00 €
	0003 + ICD 10	👦 ⚠️ 🖥️	P3	25,00 €
	01719	👦	U10	62,00 €
	KJE4 + ICD 10 (SOPASS)	👦 ⚠️ 🖥️	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination 1x und SOPASS-Zuschlag	20,00 €
Summe				<u>158,25 €</u> + DMP

* Einschreibung in DMP Asthma bereits ab 2. LJ möglich

Agenda

1. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Versicherter
2. Versicherteneinschreibung
3. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Häufige Fragen
6. Internetauftritt



Häufige Fragen

- Vertragliche Fortbildungspflichten
 - **3 Qualitätszirkel** pro Jahr und
 - **3 Fortbildungen** pro Jahr (laut Themenliste für anzuerkennende pädiatrische Fortbildungen)

Themenliste für anzuerkennende pädiatrische Fortbildungen	
1. Wachstum und Entwicklung und deren Störung	11. Pädiatrische Dermatologie
2. Entwicklungs-, Verhaltens- und psychosomatische Störungen	12. Pädiatrische Orthopädie
3. Psychische Erkrankungen / Kinder- und Jugendpsychiatrie	13. Kinderchirurgie
4. Sozialpädiatrie und Vernetzung im Sozialraum	14. Pädiatrische Hämatologie
5. Gewalt gegen Kinder / Jugendliche	15. Kinderkardiologie
6. Prävention (z.B. Impfen, Adipositas, Testverfahren)	16. Neuropädiatrie
7. Immunologie und Impfungen inkl. Reisemedizin	17. Pädiatrische Endokrinologie
8. Infektionskrankheiten	18. Kindernephrologie
9. Der Säugling inkl. altersspezifischer Erkrankungen und Regulationsstörungen	19. <u>Kinderpneumologie</u>
10. Neonatologie (unter besonderer Berücksichtigung des Übergangs zur ambulanten Behandlung in der Säuglingszeit)	20. <u>Kinderrheumatologie</u>
	21. Jugendmedizin inkl. altersspezifischer Erkrankungen des Alters und Sucht
	22. Notfallversorgung
	23. Praxismanagement Bindung an Qualitätsindikatoren gemäß Anlage 2

- P4 Aufwandspauschale 1. LJ
 - **KJP4a** (Button) vor der Teilnahme, bei Einschreibung abrechenbar oder
 - **KJP4b** nach der Einschreibung (innerhalb 1. LJ) abrechenbar

Häufige Fragen

- Innerhalb einer BAG
 - gilt das gesamte Leistungsspektrum
 - sind keine Vertretungspauschalen und keine Zielaufträge abrechenbar
- Notfallleistungen
 - weiterhin Gegenstand der Regelversorgung (da keine Bereinigung)
 - Abrechnung über KV
- Spezialpädiatrische Grundpauschalen (P6 und P7)
 - Abrechnung bei fremdeingeschriebenen HZV-Patienten
 - Überweisung zur kinderfachärztlichen Untersuchung erforderlich
 - keine zusätzliche Abrechnung von Vertreter- oder Zielauftragspauschale
- Impfungen I-III
 - nicht neben Vertreter- oder Zielauftragspauschale abrechenbar

Agenda

1. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Versicherter
2. Versicherteneinschreibung
3. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
4. Abrechnungsbeispiele
5. Häufige Fragen
6. Internetauftritt





> Hausarztverträge

- er
- OK ≡ BKK VAG ≡ Ersatzkassen BW ≡ KBS
- KK ≡ Bosch BKK ≡ IKK Classic ≡ SVLFG

Filter zu

AOK

AOK Baden-Württemberg
> Mehr

AOK

AOK Baden-Württemberg –
Kinder- und Jugendärzte
> Mehr

AOK

AOK Baden-Württemberg –
Pflegeheim
> Mehr



Zurück zur Übersicht

AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugendärzte



Anl. 12a, Anh. 2: ICD-Liste für
chronische Erkrankungen

AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugend-
ärzte

> Herunterladen



Anl. 12a, Anh. 3: ICD-Liste
sozialpädiatrische Beratung

AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugend-
ärzte

> Herunterladen



Hauptvertrag ohne Anlagen

AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugend-
ärzte

Herunterladen>

Allgemeine Informationen und Formulare	∨
Inhalte des Infopakets	∨
Schulungspräsentationen, Präsentationen Qualitätszirkelbausteine und Online-Vertragsschulungen	∨

Ansprechpartner

Alexander Bieg
Telefon 0711 80 60 79 – 262

Lena Schneider
Telefon 0711 80 60 79 – 280



Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Hausärzte

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosh BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend können Sie einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosh BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit

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 Psychotherapeuten 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 - Kinderärzte

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)

5 km

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
 - Gastroenterologie
 - Kardiologie
 - Neurologie
 - Psychiatrie
 - Psychotherapie
 - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
 - Orthopädie und Unfallchirurgie
 - Urologie
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit

AOK Baden-Württemberg - Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

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.

Hier können Sie schnell und bequem erfahren, ob ein/e Psychotherapeut/in in Ihrer Nähe noch freie Kapazitäten hat.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

5 km



MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
[**blog.medi-verbund.de**](https://blog.medi-verbund.de)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
[**blog.medi-verbund.de/newsletter/**](https://blog.medi-verbund.de/newsletter/)



MEDI Verbund goes Facebook

[**facebook.com/mediverbund**](https://facebook.com/mediverbund)



Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter

[**twitter.com/mediverbund**](https://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://medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**