

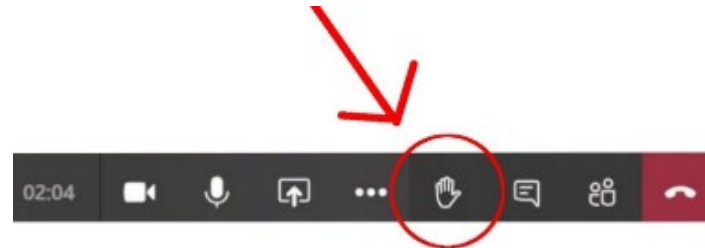
**KINDER- UND JUGENDÄRZTLICHE VERSORGUNG
IM AOK HAUSARZTPROGRAMM IN BADEN-WÜRTTEMBERG
ABRECHNUNGSSCHULUNG**

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

01 **Versicherteneinschreibung**

05 Internetauftritt

02 Vertragsdokumente und
Abrechnungssystematik

03 Abrechnungsbeispiele

04 Häufige Fragen

VORTEILE FÜR DIE VERSICHERTEN

- pädiatrische Rundumversorgung in besonderer Qualität
- Koordinierung der Leistungen durch den Kinder- und Jugendarzt
- Vorsorgeuntersuchungen nach den erweiterten Vorgaben des BVKJ (Vorsorgeheft „Paed.Check“ → zusätzlich U10, U11, J2)
- Impfungen gemäß STIKO und Satzung der AOK
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. bis Fr.)
- Kürzere Wartezeiten in der Praxis (i.d.R. bis 30 Minuten bei Terminvereinbarung)
- Terminsprechstunde für berufstätige Eltern/Jugendliche bei Bedarf (z.B. bis 20:00 Uhr)
- 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)

VERSICHERTENEINSCHREIBUNG IN DAS HAUSARZTPROGRAMM

Teilnahmevoraussetzungen

- gültige Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg
- Wohnort in BW oder Wohnsitz in den angrenzenden Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern bzw. im Grenzgebiet zu Deutschland in Frankreich oder der Schweiz.

Anforderungen

- Inanspruchnahme von Fachärzten nur auf Überweisung des gewählten Kinder- und Jugendarztes (Ausnahme: Gynäkologen und Augenärzte sowie Notfälle)
- Bindung an den gewählten HZV-Arzt für mindestens 12 Monate
 - Einschreibung ab der Geburt möglich (sobald Versichertenkarte vorliegt)
 - Kündigungsfrist allgemein 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate, sonst Bindung für weitere 12 Monate an HZV
 - Arztwechsel vor Ablauf der 12 Monate nur aus wichtigem Grund (z. B. Umzug in BW, nachhaltig gestörtes Arzt-Patienten-Verhältnis)
 - bei Arztwechsel neue Teilnahmeerklärung beim neuen HZV-Arzt

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)

Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg

Versicherten-Unterschrift vorhanden? ☒

Die Versicherten-Unterschrift ist Voraussetzung für die Vertragsteilnahme von Vertretern / Betreuern

TE-Code bestätigt? ☐

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

0057

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

01 **Versicherteneinschreibung**

05 **Internetauftritt**

02 **Vertragsdokumente und
Abrechnungssystematik**

03 **Abrechnungsbeispiele**

04 **Häufige Fragen**

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				Neurologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Änderung Honorar	Anmerkung	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Änderung Honorar		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Änderung Anmerkung		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte
01323	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01321 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2	01.07.2020	neue Ziffer 01.01.2020	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte
01410	Besuch			obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I	01.10.2017	Änderung Anmerkung		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01412	Dringender Besuch II	01.10.2017	Änderung Anmerkung		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01413	Besuch eines weiteren Kranken			§ 73c-Leistung	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient				obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen				obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01420	Prüfung der häuslichen Krankenpflege			obligatorisch	HZV-Leistung	HZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung
01422	Erstverordnung von Behandlungsmaßnahmen zur psychiatrischen häuslichen Krankenpflege			obligatorisch	HZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung

ANMERKUNGEN IM GZK

obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte vom jeweiligen Arzt **als Teil der Abrechnungsziffern** erbracht werden.

nicht obligatorisch

Leistungen müssen für eingeschriebene Versicherte **als Teil der Abrechnungsziffern** erbracht werden, **sofern Qualifikation und Ausstattung** vorhanden.

HZV-Leistung

Leistungen sind durch den Hausarztvertrag in den GZK eingegliedert und bei Erbringung der Leistung **mit den Abrechnungsziffern** Ihres vorliegenden Vertrages **abgegolten**.

§ 73c-Leistung

Leistungen sind durch einen Facharztvertrag in den GZK eingegliedert und können, **wenn Praxis nicht an Facharztvertrag teilnimmt, über die KV abgerechnet werden**. Patient darf dafür nicht ins Facharztprogramm eingeschrieben sein.

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, Behandlungskette) 	<p>P1 wird einmalig pro eingeschriebenen HZV-Versicherten und Versichertenteilnahmejahr vergütet. Ein Versichertenteilnahmejahr („Versichertenteilnahmejahr“) 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</p>	35,00 € / 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: 01.01.2023
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	

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 rezeptive 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



PRAXISSTRUKTURMERKMALE

- qualifikationsgebundene Leistungen (abrechenbar wenn Nachweis vorliegt)
- von jedem Arzt selbst zu erfüllen: Nachweis Psychosomatik, Teilnahme am DMP Asthma und ggf. Nachweis Spezialpädiater
- vom teilnehmenden Arzt oder anderen in der Praxis tätigen Ärzten erfüllbar:

Leistung	Voraussetzung zu Abrechenbarkeit	Nachweis
Sonografie	Qualifikation und entspr. Ausstattung	KV-Genehmigung oder KV-Abrechnung
kleine Chirurgie	Leistungserbringung	Selbstauskunft
Tympanometrie	Qualifikation und entspr. Ausstattung	Wartungsbericht Tympanometer oder Rechnung
Präsenzlabor	Qualifikation und entspr. Ausstattung	KV-Abrechnung der EBM GOP 32031 <u>und</u> 32128 oder 32460 <u>und</u> 32036- 32038/ 32039 oder 32120 oder 32122
Amblyopiescreening	Qualifikation und entspr. Ausstattung	Selbstauskunft
Hyposensibilisierung	Leistungserbringung	KV-Abrechnung der EBM GOP 30130 oder 30131 der letzten 4 Quartale mit mind. 40 Behandlungen von GKV-Versicherten oder Behandlung von mind. 10 GKV-Patienten
Allergologie	Leistungserbringung	KV- Abrechnung Ziffer 30100 oder 30110 oder 30111

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 – Dokumentation 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 – Dokumentation 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**)	➕ 35,00 €/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/zu dokumentieren

👤 = Bei Vertretungspatienten persönlicher APK (0000) zu dokumentieren

PAUSCHALEN



















P2 Behandlungspauschale (Kontaktabhängig, mind. 1 APK) + Zuschlag Amblyopiescreening (2.- 3. LJ)	<div>0000 bzw. 0000F</div>	  	39,00 €/Quartal 4,00 €/Quartal
P3 Chronikerpauschale* (gem. Anhang 2 zu Anlage 12a, persönliche ärztliche Behandlung im Leistungsquartal oder Vorquartal nötig)	<div>0003</div> 	 	28,00 €/Quartal
P4 Aufwandspauschale 1. LJ (nur innerhalb 1. Lebensjahr**)	<div>KJP4a</div> <div>KJP4b</div>		75,00 €/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, nicht innerhalb BAG/MVZ)	<div>0004 und 0000 bzw. 0000F</div>	 	20,00 €/Quartal
Zielauftragspauschale (z.B. Sonografie/ Amblyopiescreening, ohne Zuschläge, nicht innerhalb BAG/MVZ, nicht mit Vertreterpauschale am Tag)	<div>0005</div>	 	12,50 €/Zielauftrag

* Bei Asthma nur abrechenbar wenn Patient im DMP eingeschrieben

Abrechnungsschulung KJÄ

**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 Vertreterpauschale am Tag**)	KJE1+Impfziffer	11,00 €	
Impfungen II - Sechsfachimpfungen (+ Impfziffern) * (nicht mit Vertreterpauschale am Tag**)	KJE2+Impfziffer	17,00 €	 
Impfungen III - HPV-Impfungen (+ Impfziffern) * (nicht mit Vertreterpauschale am Tag**)	KJE3+Impfziffer	17,00 €	 
Impfungen IV – Meningokokken-B Impfung (+ Impfziffern) * (nicht mit Vertreterpauschale am Tag**)	KJE9+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 €	 

ABRECHNUNGEN VON LABORLEISTUNGEN

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

- 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)
- Die Pseudo-GOP (88192) zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus kann über die KV abgerechnet werden.

WEITERBILDUNGSASSISTENTEN-ZUSCHLAG

- bei Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung^{Plus} des Kompetenzzentrums Weiterbildung Baden-Württemberg (KWBW)
- Zuschlag in Höhe von 3,00 € wird automatisch – jeweils einmal pro Versichertenteilnahmejahr – auf die kontaktunabhängige Grundpauschale P1 aufgeschlagen
- Voraussetzungen für die Vergütungsposition:
 - Weiterbildungsbefugte haben eine aktuelle, gültige Weiterbildungsbefugnis über mindestens 12 Monate
 - Weiterbildungsbefugte haben eine gültige Kooperationsvereinbarung mit dem KWBW über die Teilnahme an der Verbundweiterbildung^{Plus}
 - Weiterbildungsbefugte nehmen an der begleitenden Qualifikation (z. B. am „Train-the-Trainer“-Seminar) für Weiterbildungsbefugte des KWBW teil
 - Weiterbildungsbefugte stellen den Kinder-/Jugendarzt in Weiterbildung für die vereinbarten Schulungstage des KWBW frei
 - Weiterbildungsbefugte nehmen aktiv an der HZV teil
 - Registrierung für die Verbundweiterbildung^{Plus} auf der Website des KWBW (<https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/aiw/erstanmeldungPaediatric.jsp>)
 - Antrag für den P1 Zuschlag ebenfalls auf der Website des KWBW (<https://www.weiterbildung-allgemeinmedizin.de/public/wb/hzv.jsp>)

SOPASS-WEITERBILDUNG UND -ZUSCHLAG

- MFA Weiterbildung zur Sozialpädiatrie- und Präventionsassistent/in (SOPASS) wird in 130 Unterrichtseinheiten bei der DAPG e.V. absolviert: <https://www.dapg.info/fortbildung-sozialpaediatrische-assistentin/>
- Nach Abschluss des Fortbildungscurriculum PÄDIATRIE findet noch eine selektivvertragliche Weiterbildung mit 20 Unterrichtseinheiten statt.
- Die Kosten für die Ausbildung belaufen sich bei der DAPG e.V. auf ca. 2.500,- € und beim IFFM e.V. auf 699,- € (MEDI-Mitglieder 499,- €).
- Bei vollständig abgeschlossener Ausbildung erhalten HZV Kinder- und Jugendarztpraxen einen Zuschlag in Höhe von 10,- € auf die Leistungen „Kindervorsorge Paed.Check“ oder „Sozialpädiatrische Beratung und Koordination“.
- Die Häufigkeit der Zuschläge richtet sich nach dem Tätigkeitsumfang der SOPASS (max. 300 Zuschläge im Quartal pro SOPASS möglich).
- Nach abgeschlossener Ausbildung ist je Kalenderjahr die Teilnahme an einem QZ des IFFM e.V. erforderlich.

AGENDA

01 **Versicherteneinschreibung**

05 **Internetauftritt**

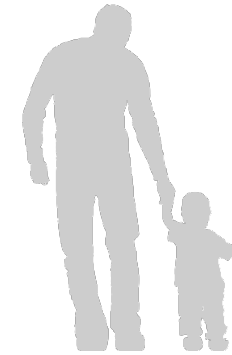
02 **Vertragsdokumente und
Abrechnungssystematik**








03 **Abrechnungsbeispiele**

04 **Häufige Fragen**

ABRECHNUNGSBEISPIEL 1

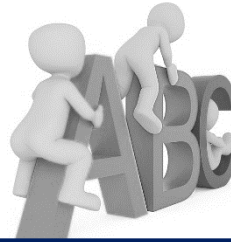
Patient (2 Jahre)












Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1 	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	15,50 €
	0000 (Amblyo)  	P2 mit Amblyopiezuschlag	42,00 €
	P5  	P5	15,00 €
	01717 	U7	62,00 €
	KJE1 + z.B. 89301 	Impfung I MMR	11,00 €
Summe			<u>145,50 €</u>

ABRECHNUNGSBEISPIEL 2

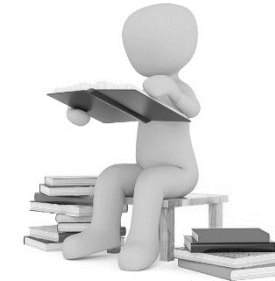
Patient (5 Jahre) - mit ADHS













Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1 	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	15,50 €
	0000 bzw. 0000F  	P2	39,00 €
	0003 + ICD 10   	P3	28,00 €
	KJE4 + ICD 10   	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination 3x	45,00 €
Summe			<u>127,50 €</u>

ABRECHNUNGSBEISPIEL 3

Patient (5 Jahre) - Asthmatiker (DMP-Teilnehmer)*
mit Entwicklungsstörung



Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1 	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	15,50 €
	0000 	P2	39,00 €
	0003 + ICD 10   	P3	28,00 €
	01719  	U9	62,00 €
	KJE4 + ICD 10    (SOPASS)	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination 1x und SOPASS-Zuschlag	25,00 €
Summe			<u>169,50 €</u> <u>+ DMP</u>

* Einschreibung in DMP Asthma bereits ab 2. LJ möglich

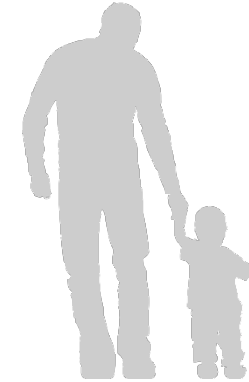
ABRECHNUNGSBEISPIEL 4







fremdeingeschriebener Patient (2 Jahre) –
vor Arztwechsel

Quartal 2:

02.05.2025 Telefonat über Behandlung

05.05.2025 Behandlung mit U7 und Impfung



Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
02.05.25	0004 und 0000F  	Vertreterpauschale	20,00 €
05.05.25	01717 und 0000  	U7 (ohne SOPASS-Zuschlag)	62,00 €
	KJE1 + z.B. 89301  	Impfung I MMR	11,00 €
Summe			<u>93,00 €</u>

AGENDA

01 **Versicherteneinschreibung**

05 **Internetauftritt**

02 **Vertragsdokumente und
Abrechnungssystematik**

03 **Abrechnungsbeispiele**

04 **Häufige Fragen**

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>Kinderpulmologie</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
 - Abrechnung über KV
- Sprechstundenbedarf
 - bleibt von der HZV unberührt und wird deshalb wie gewohnt abgewickelt
- Spezialpädiatrische Grundpauschalen (P6 und P7)
 - Abrechnung bei fremdeingeschriebenen HZV-Patienten
 - Überweisung zur kinderfachärztlichen Untersuchung erforderlich
- Impfungen I-III
 - nicht taggleich neben Vertreterpauschale und nicht neben Zielauftragspauschale abrechenbar

PRAXISÜBERGABEN UND -SCHLIEßUNGEN

- Sobald Ihnen entsprechende Pläne oder Entscheidungen bekannt sind, bitten wir um eine schriftliche Mitteilung mit folgenden Angaben:
 - Geplanter Zeitpunkt der Schließung bzw. Übergabe (unter Angabe des Quartals)
 - Name und Kontaktdaten eines eventuellen Nachfolgers bzw. Angabe, ob ein Nachfolger feststeht oder nicht
 - Gegebenenfalls Details zur geplanten Übergabe oder Abwicklung
 - Informationen bitte an: **hzv-kj@medi-verbund.de**

- Diese Information ist für unsere weitere Planung und Koordination unbedingt erforderlich, um eine lückenlose Versorgung der Patientinnen und Patienten im AOK BW Kinder- und Jugendarztvertrag sicherzustellen.

AGENDA

01 **Versicherteneinschreibung**

05 **Internetauftritt**

02 **Vertragsdokumente und
Abrechnungssystematik**

03 **Abrechnungsbeispiele**

04 **Häufige Fragen**

The screenshot shows the website's navigation structure. The main menu includes 'Leistungen', 'Verträge & Abrechnung', and 'Hausarztverträge'. The 'Verträge & Abrechnung' section is expanded, showing a list of insurance providers including AOK. The 'AOK Baden-Württemberg – Kinder- und Jugendärzte' option is selected, leading to a page with download links for various contract types. The 'Hauptvertrag ohne Anlagen' link is highlighted.

Home Leistungen Über MEDI Blog Presse MF Verträge & Abrechnung Facharztverträge Hausarztverträge Themenseite Coronavirus IT-Vernetzung

Facharztverträge AOK

AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugendärzte

Anl. 12a, Anh. 2: ICD-Liste für chronische Erkrankungen
AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugendärzte
> Herunterladen

Anl. 12a, Anh. 3: ICD-Liste sozialpädiatrische Beratung
AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugendärzte
> Herunterladen

Hauptvertrag ohne Anlagen
Herunterladen

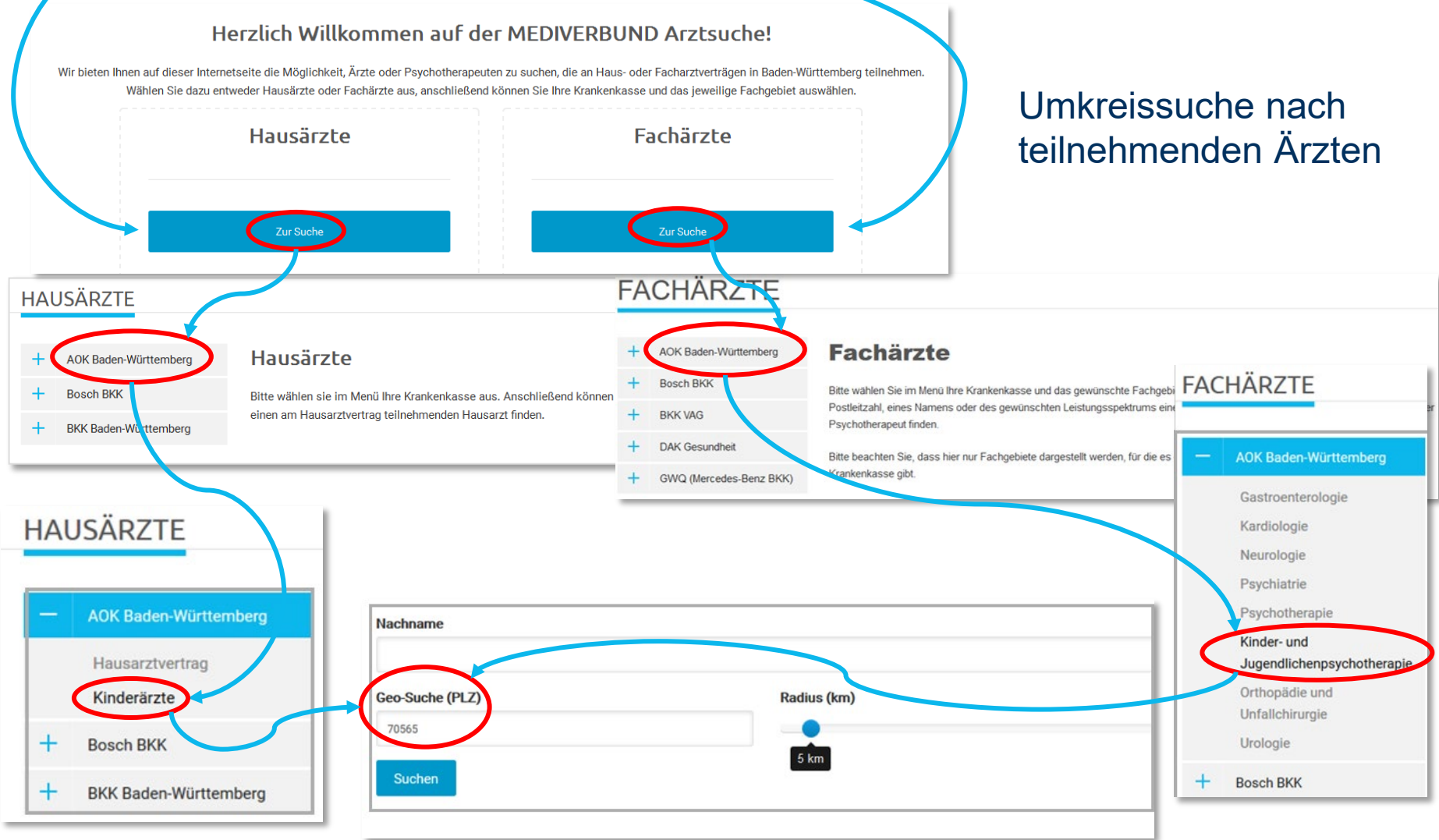
Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentationen, Präsentationen Qualitätszirkelbausteine und Online-Vertragsschulungen

Abrechnungsschulung KJÄ

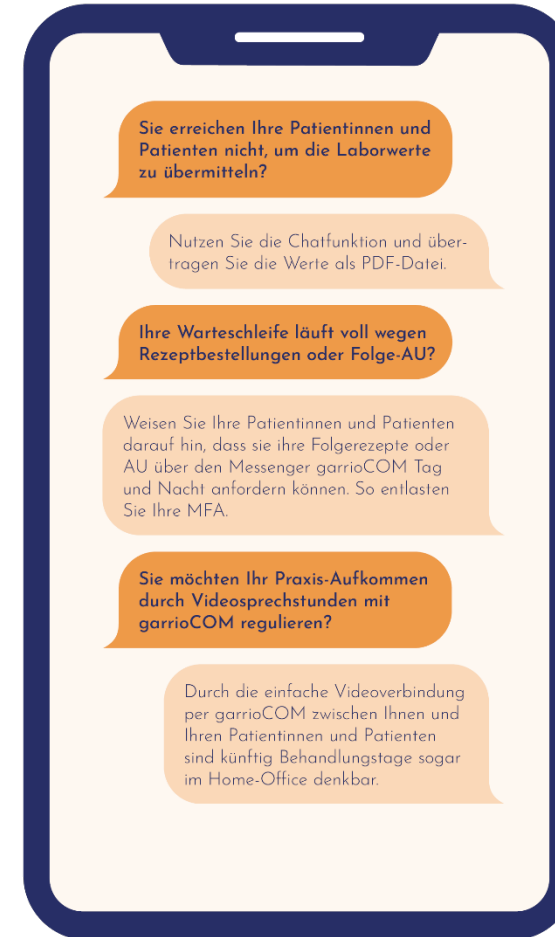
Ansprechpartner
Marie Markan
Telefon 0711 80 60 79 – 280
Evangelia Pechlivani-Plouskas
Telefon 0711 80 60 79 – 269



Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

Nutzen Sie die neue App garrioCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.



9 IHRE VORTEILE:

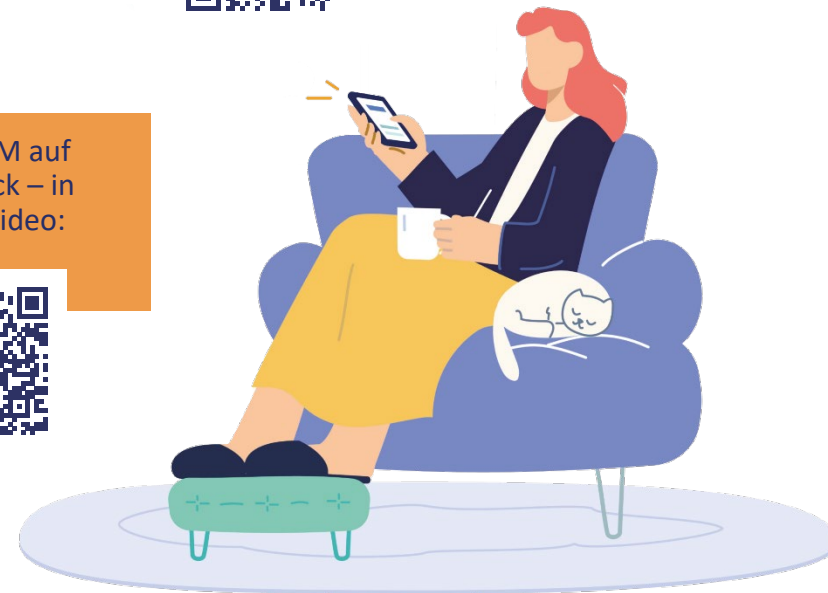
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteams entwickelt



Bestellen Sie garrioCOM unter
www.garrio.de/bestellung.
Wir schalten Ihnen den Messenger und
alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf
einen Blick – in
diesem Video:





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
blog.medi-verbund.de



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
blog.medi-verbund.de/newsletter/



Facebook

facebook.com/mediverbund



LinkedIn

[MEDIVERBUND | LinkedIn](#)



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!
medi-verbund.de/youtube

www.medi-verbund.de

