



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

Agenda

1. **Versicherteneinschreibung**
2. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsbeispiele
4. Häufige Fragen
5. Internetauftritt



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

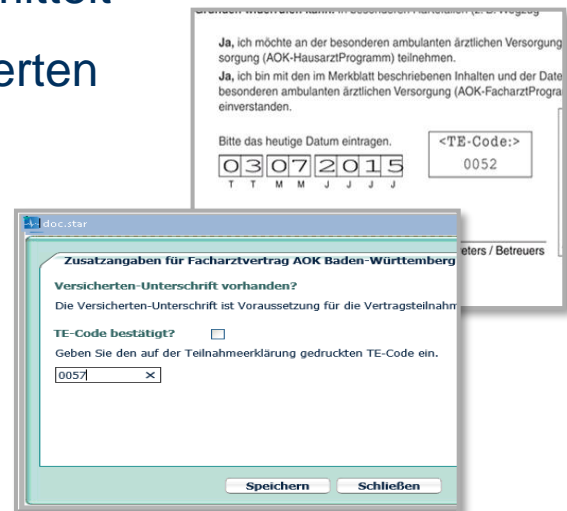
- gültige Mitgliedschaft bei der AOK Baden-Württemberg
- Wohnort in BW oder Wohnsitz in den angrenzenden Bundesländern Hessen, Rheinland-Pfalz und Bayern bzw. im Grenzgebiet zu Deutschland in Frankreich oder der Schweiz.

➤ 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)



The image shows two overlapping screenshots of a software interface. The top screenshot is a form titled 'Teilnahmeerklärung (TE) für AOK-HausarztProgramm'. It contains two paragraphs of text, a date field with the value '03/07/2015', and a field labeled '<TE-Code:>' with the value '0052'. The bottom screenshot is a dialog box titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It asks 'Versicherten-Unterschrift vorhanden?' and 'TE-Code bestätigt?'. Below these questions, it says 'Geben Sie den auf der Teilnahmeerklärung gedruckten TE-Code ein.' and shows a text input field with the value '0057' and a small 'x' icon to the right. At the bottom of the dialog box are two buttons: 'Speichern' and '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. Versicherteneinschreibung
2. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsbeispiele
4. Häufige Fragen
5. 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	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk		Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Änderung: Honorierung	Anmerkung	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Änderung: Honorierung		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 zum 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				obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01414	Visite auf der Belegstation, je Patient			§ 73c-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	HZV-Leistung	HZV-Leistung
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
01420	Prüfung der häuslichen Krankenpflege			obligatorisch	HZV-Leistung	HZV-Leistung	obligatorisch	HZV-Leistung	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

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, 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: 01.01.2023
ICD-Liste für P3 AOK-BW (nur bei Diagnosekennzeichen "G")		
Für die korrekte Verschlüsselung von Diagnosen und zur Diagnosestellung ist die Internationale 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 rezepptive 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

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

* 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 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 €	 
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 10,00 €/ 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

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)
- 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 Versicherungsteilnahmejahr – auf die kontaktunabhängige Grundpauschale P1 aufgeschlagen
- Voraussetzungen für die Vergütungsposition:
 - A) Weiterbildungsbefugte haben eine aktuelle, gültige Weiterbildungsbefugnis über mindestens 12 Monate
 - B) Weiterbildungsbefugte haben eine gültige Kooperationsvereinbarung mit dem KWBW über die Teilnahme an der Verbundweiterbildung^{Plus}
 - C) Weiterbildungsbefugte nehmen an der begleitenden Qualifikation (z. B. am „Train-the-Trainer“-Seminar) für Weiterbildungsbefugte des KWBW teil
 - D) Weiterbildungsbefugte stellen den Kinder-/Jugendarzt in Weiterbildung für die vereinbarten Schulungstage des KWBW frei
 - E) 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 499,- € (MEDI-Mitglieder 399,- €).
- 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

1. Versicherteneinschreibung
2. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsbeispiele
4. Häufige Fragen
5. Internetauftritt



Abrechnungsbeispiel 1

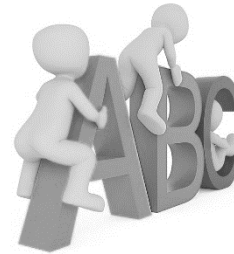
Patient (2 Jahre)












Zeitraum	Ziffer		Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1	+	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	15,50 €
	0000 (Amblyo)	👦 📺	P2 mit Amblyopiezuschlag	41,00 €
	P5	+	📺 P5	15,00 €
	01717	👦	U7	62,00 €
	KJE1 + z.B. 89301	👦	Impfung I MMR	11,00 €
Summe				<u>144,50 €</u>

Abrechnungsbeispiel 2

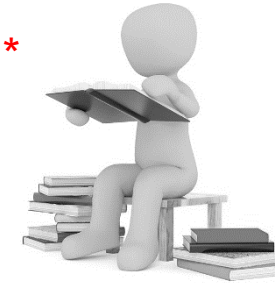
Patient (5 Jahre) - mit ADHS













Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1 	Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	15,50 €
	0000 bzw. 0000F  	P2	37,00 €
	0003 + ICD 10   	P3	25,00 €
	KJE4 + ICD 10   	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination 3x	45,00 €
Summe			<u>122,50 €</u>

Abrechnungsbeispiel 3

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



Zeitraum	Ziffer		Bezeichnung	Vergütung
Quartal	¼ * P1		Grundpauschale (inkl. Zuschläge)	15,50 €
	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	25,00 €
Summe				<u>164,50 €</u> + DMP

* Einschreibung in DMP Asthma bereits ab 2. LJ möglich

Abrechnungsbeispiel 4







fremdeingeschriebener Patient (2 Jahre) –
vor Arztwechsel

Quartal 2:

02.05.2023 Telefonat über Behandlung

05.05.2023 Behandlung mit U7 und Impfung



Zeitraum	Ziffer	Bezeichnung	Vergütung
02.05.23	0004 und 0000F  	Vertreterpauschale	20,00 €
05.05.23	01717 und 0000  	U7 (ohne SOPASS-Zuschlag)	62,00 €
	KJE1 + z.B. 89301  	Impfung I MMR	11,00 €
Summe			<u>93,00 €</u>

Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsbeispiele
4. Häufige Fragen
5. 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>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

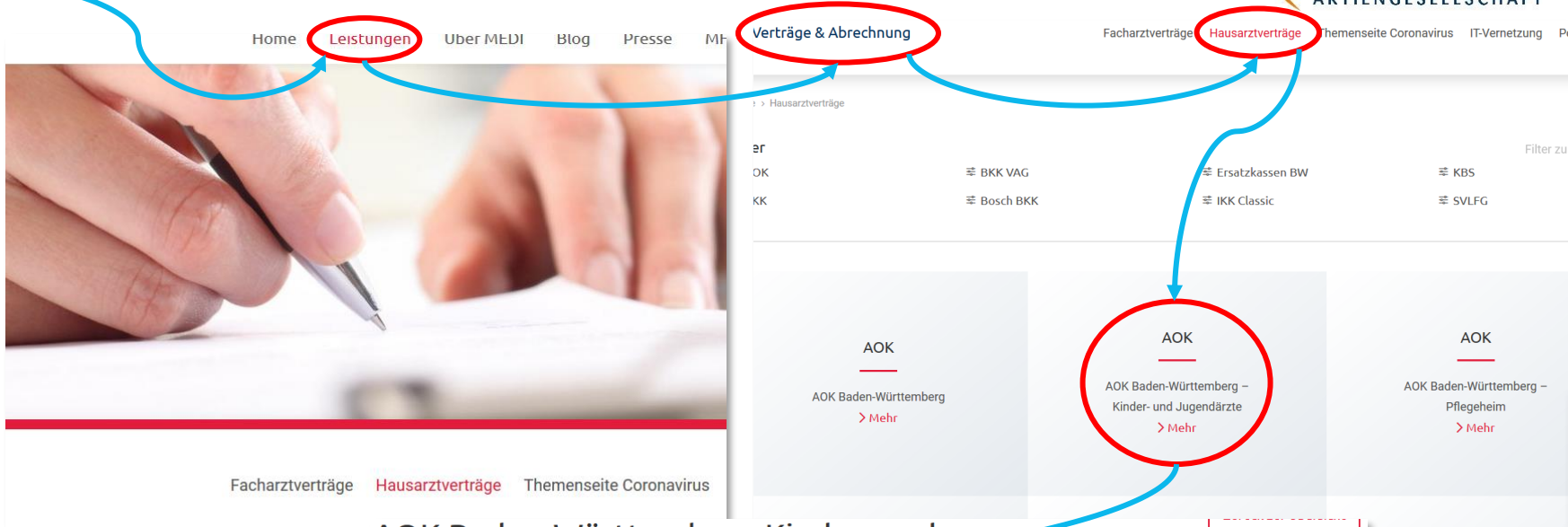
Häufige Fragen

- Innerhalb einer BAG
 - gilt das gesamte Leistungsspektrum
 - sind keine Vertretungspauschalen und keine Zielaufträge abrechenbar
- Notfalleleistungen
 - 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







Agenda

1. Versicherteneinschreibung
2. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
3. Abrechnungsbeispiele
4. Häufige Fragen
5. Internetauftritt





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 AOK Baden-Württemberg Kinder- und Jugendärzte Herunterladen>
Allgemeine Informationen und Formulare 	Ansprechpartner Lena Schneider Telefon 0711 80 60 79 – 280	
Inhalte des Infopakets 	Evangelia Pechlivani Telefon 0711 80 60 79 – 269	
Schulungspräsentationen, Präsentationen Qualitätszirkelbausteine und Online-Vertragsschulungen 		

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.

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten

Hausärzte

Fachärzte

Zur Suche

Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

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

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + GWQ (Mercedes-Benz BKK)

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet, Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums ein Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es eine Krankenkasse gibt.

FACHÄRZTE

AOK Baden-Württemberg

- Gastroenterologie
- Kardiologie
- Neurologie
- Psychiatrie
- Psychotherapie
- Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
- Orthopädie und Unfallchirurgie
- Urologie
- + Bosch BKK

HAUSÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

70565

Suchen

Radius (km)

5 km



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/



MEDI Verbund goes Facebook

facebook.com/mediverbund



Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter

twitter.com/mediverbund

YouTube



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



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**