

Leitfaden zur Abrechnung des § 73b Vertrages Kinder- und Jugendärzte AOK BW



Um die Abrechnung und vor allem das Ergebnis der Abrechnung im § 73b Vertrag Kinder- und Jugendärzte AOK BW zu verstehen, ist es hilfreich, nicht nur die Abrechnungssystematik sondern auch den Prozess der Verarbeitung der Abrechnungsdaten zu kennen. Hierzu werden wir einen zusammenfassenden Überblick über den Abrechnungsprozess bei der MEDIVERBUND AG geben und darauf bezogen die wichtigsten Schritte näher erläutern.

Inhalt

1. Grundlagen der Abrechnungssystematik	2
2. Vergütungssystematik und Abrechnung.....	5
3. Abrechnungsprozess	6
3.1 Datenübermittlung	7
3.2 Auszahlungsprozess	7
3.2.1 Abschlagszahlungen	8
3.2.2 Gutschrift und Abrechnungsnachweis	8
4. Abrechnungsregeln.....	9
4.1 Zusatzpauschalen	9
4.2 Praxisstrukturmerkmale	10
5. Praxisbeispiele	11
6. Spezialfragen	14
7. Kodier-Tipps	16

1. Grundlagen der Abrechnungssystematik

Die wesentlichen Dokumente zur Vergütung und Abrechnung

- **Ziffernkranz** Anlage 12a Anhang 1
Legt den Leistungsumfang des Vertrages fest
- **Honoraranlage** Anlage 12a
Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen
- **ICD-Liste** Anlage 12a Anhang 2
ICD-Liste für chronische Erkrankungen
- **ICD-Liste** Anlage 12a Anhang 3
ICD-Liste sozialpädiatrische Beratung und Koordination

Gesamtziffernkranz

Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung

- **EBM-Ziffern HZV bzw. HZV KJÄ**
→ für Versicherte, welche am Facharztvertrag teilnehmen, nicht über die KV abrechenbar!
- **Nicht aufgelistete EBM-Ziffern oder Ausnahmen**
→ für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechnen

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiologie	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungs- datum	Änderungs- vermerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01711	U1	01.07.2017	Änderung: Anmerkung HZV	obligatorisch	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung
01712	U2	01.07.2017	Änderung: Anmerkung HZV	obligatorisch	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung
01713	U3	01.07.2017	Änderung: Anmerkung HZV	obligatorisch	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung	HZV- Leistung

- Für Kinder- und Jugendärzte, die an der Kinder- und Jugendärztlichen Versorgung im AOK HausarztProgramm teilnehmen, sind die mit „HZV“ überschriebenen Spalten maßgeblich.
- **Achtung:** bei Kinder- und Jugendärzten kann es zu Abweichungen in der Honorierung kommen. Maßgeblich ist die Vergütung gemäß Anlage 12a.
- **Obligatorisch:** soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll als Teil der Pauschale zu erbringen.
- **Nicht obligatorisch:** soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll als Teil der Pauschale zu erbringen, wenn eine Erbringung nach Qualifikation und Ausstattung möglich ist.
- **§ 140a-Leistung:** Versicherte, die in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben sind, sollten für diese Leistung bei Bedarf an einen an dem entsprechenden Vertrag teilnehmenden 140a-Arzt überwiesen werden.

Transitionsbogen

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



Vertrag sarztstempel

Transition (Kinder- und Jugendarzt an Allgemeinarzt/hausärztlichen Internisten)

<i>Name, geb.</i>	
<i>Diagnosen</i>	
<i>Soziale Situation</i> (Familie, betreutes Wohnen, Schule, Ausbildung etc.)	
<i>Kurzanamnese</i> (Epikrise)	
<i>Mitbetreuende Ärzte</i> („Spezialisten“), Kliniken, andere medizinische oder psychosoziale Einrichtungen	
<i>Aktuelle Medikamente</i>	
<i>Heilmittelsituation</i>	
<i>Hilfsmittelversorgung</i> (Rollstuhl, Schienen etc.)	
<i>Impfstatus</i> (nur Besonderheiten, wenn nicht STIKO-konform)	
<i>Einschätzung der aktuellen gesundheitlichen Situation und Procedere</i> (wenn erforderlich)	
Kopien wesentlicher Befunde anbei	
Mündliche (telefonische) Übergabe erforderlich? ☐ ja ☐ nein	

2. Vergütungssystematik und Abrechnung

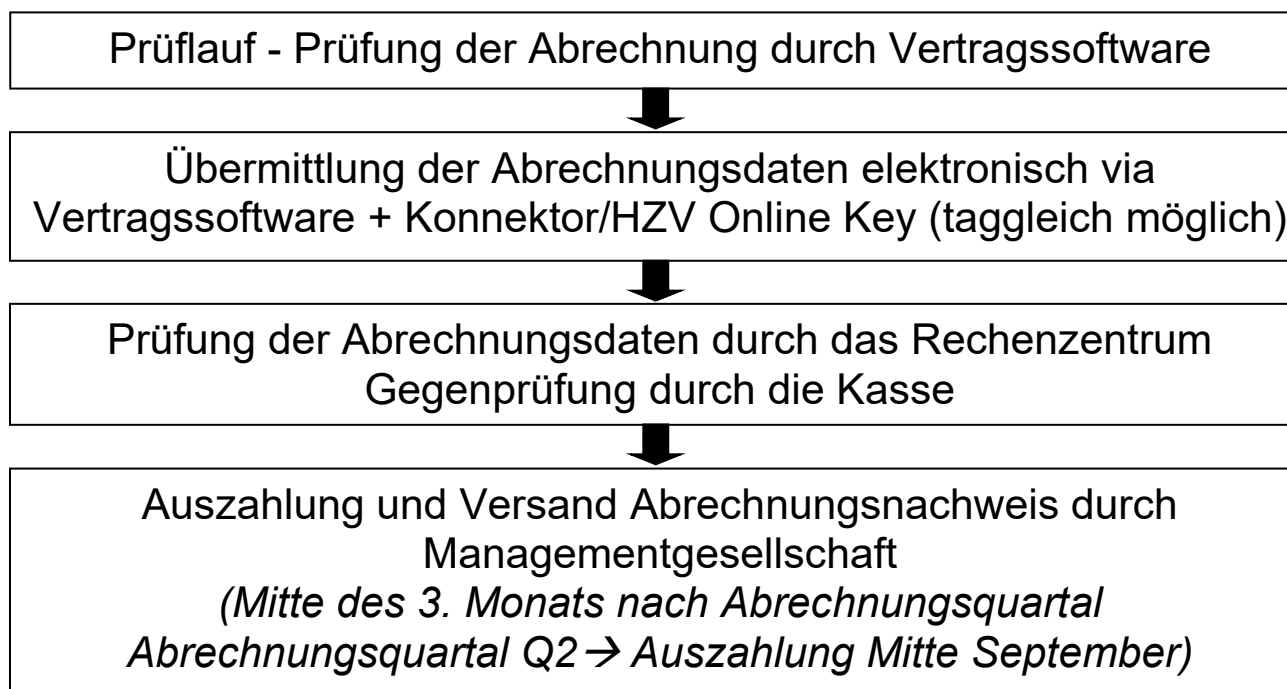


Weitere Informationen zur Vergütungs- und Abrechnungssystematik (z.B.: Abrechnungshäufigkeiten oder Vergütungsregeln) finden Sie in der Anlage 12a und auf der Schreibtischunterlage.

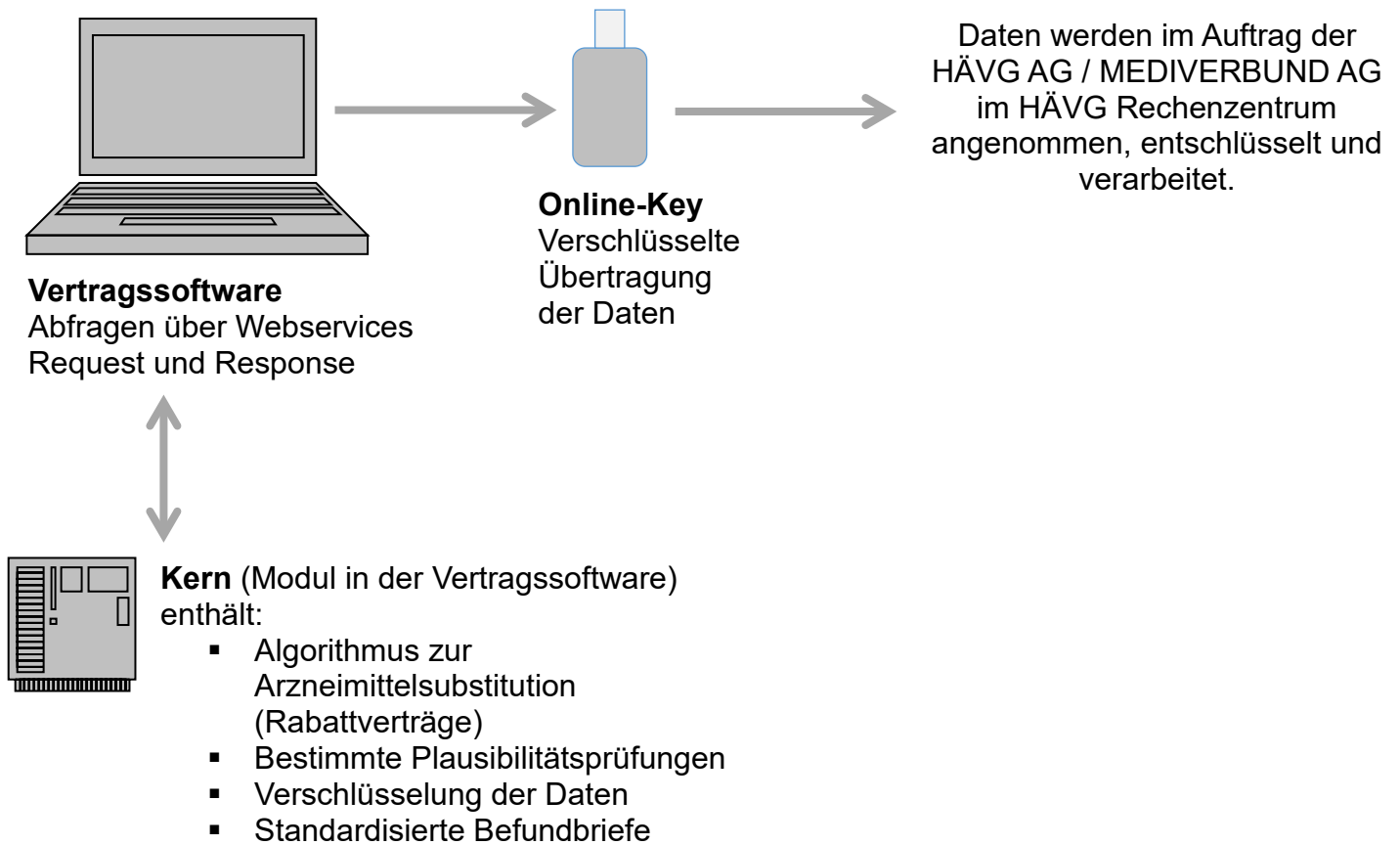
3. Abrechnungsprozess

Nachdem die Daten an das Rechenzentrum übermittelt sind, werden diese in der Abrechnungsabteilung in den unten aufgeführten Schritten verarbeitet, die die wesentlichen Prozesse zusammenfassen.

Stichtag	05. Januar	05. April	05. Juli	05. Oktober
Abrechnung	Abrechnung des 4. Quartals des Vorjahres	Abrechnung des 1. Quartals des Jahres	Abrechnung des 2. Quartals des Jahres	Abrechnung des 3. Quartals des Jahres



3.1 Datenübermittlung



3.2 Auszahlungsprozess

Das Rechenzentrum überträgt die geprüften Abrechnungen an die AOK, wo sie erneut geprüft werden.

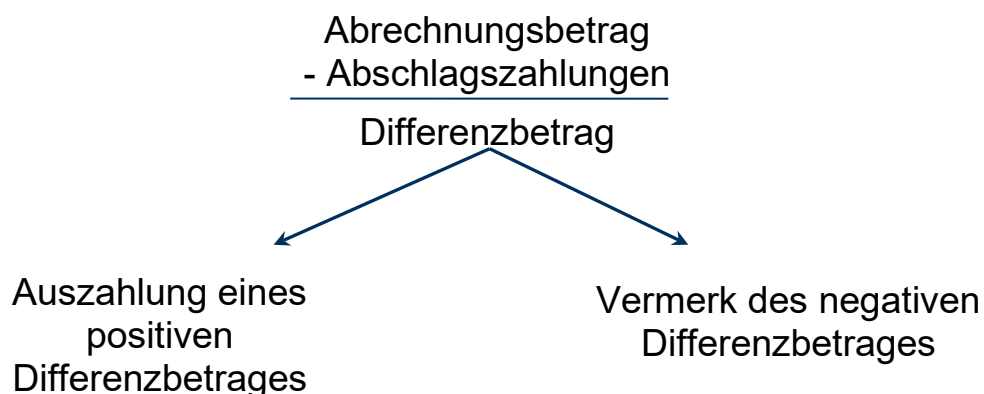
Die Auszahlung erfolgt dann in zwei Schritten: **Abschlagszahlung** und **Gutschrift**.

3.2.1 Abschlagszahlungen

Die Abschlagszahlungen erfolgen monatlich in Höhe von 15,00€ **pro eingeschriebenem Versicherten** im laufenden Abrechnungsquartal.

3.2.2 Gutschrift und Abrechnungsnachweis

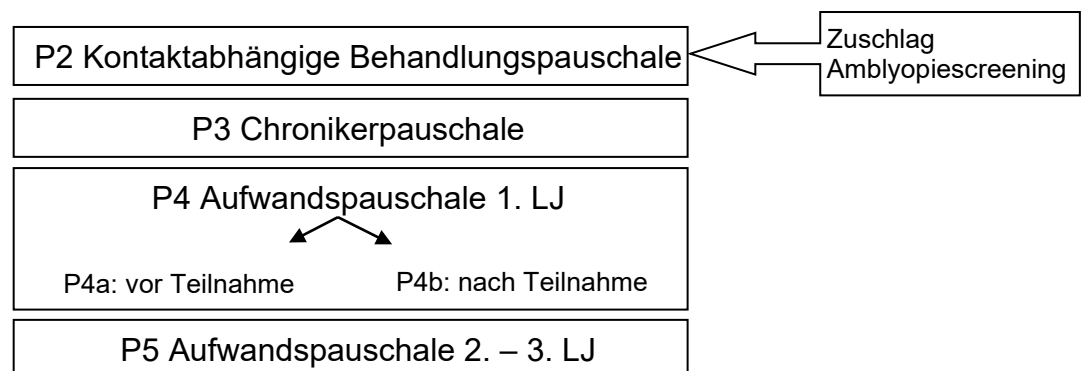
- Die tatsächliche Abrechnung für das Quartal erfolgt dann erst ca. drei Monate nach Quartalsende.
- Hierzu wird die Abrechnung bei der AOK nochmals einem Prüfprozess unterzogen. Nach Beendigung der Prüfung wird der abgestimmte Abrechnungsbetrag mit den erfolgten Abschlagszahlungen für dieses Quartal verrechnet.



4. Abrechnungsregeln

4.1 Zusatzpauschalen

Was muss beachtet werden, um eine Zusatzpauschale abrechnen zu können?



- Alle Zusatzpauschalen sind kontaktabhängig und dürfen nur **einmal im Quartal** abgerechnet werden (P4 nur einmal im Versichertenleben)!
- Die Abrechnung einer **P3** schließt eine automatische Erzeugung der Aufwandspauschale 2.– 3. Lebensjahr für denselben HZV-Patienten aus. Im Fall der Abrechnung einer P3 wird demnach keine P5 erzeugt.
- Um eine **P3** abrechnen zu können, muss eine passende **ICD 10 Diagnose (endstellig und gesichert)** vorliegen (gemäß Anhang 2 zur Anlage 12a).

4.2 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 Ärzte 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 und 32128 oder 32460 und 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

5. Praxisbeispiele

Die Praxisbeispiele beziehen sich auf den Zeitraum von einem Quartal. Deswegen wird die Grundpauschale P1, die auf ein ganzes VTJ gesehen mit 30,00 € vergütet wird, in den Beispielen mit $30\text{€}/4=7,50\text{ €}$ vergütet.

Patient 2 Jahre:

Ziffer	Eingabe in die Software	Bezeichnung	Vergütung
$\frac{1}{4} * P1$		Grundpauschale	8,75 €
$\frac{1}{4} * \text{Zuschlag auf P1}$		Zuschlag Sonographie	2,00 €
		Zuschlag kleine Chirurgie	1,50 €
		Zuschlag Psychosomatik	1,50 €
		Zuschlag Tympanometrie	0,75 €
		Zuschlag Präsenzlabor	1,00 €
P2	0000 bzw. 0000F	Behandlungspauschale	38,00 €
Zuschlag auf P2		Zuschlag Amblyopiescreening	4,00 €
P5		Aufwandspauschale 2 und 3 LJ	15,00 €
U7	01717	Vorsorgeuntersuchung	62,00 €
KJE1 + 89301	KJE1 89301	Impfung I MMR	11,00 €
Summe			<u>145,50 €</u>

Patient 5 Jahre Asthmatiker (DMP-Teilnehmer) mit Artikulationsproblemen:

Ziffer	Eingabe in die Software	Bezeichnung	Vergütung
¼ * P1		Grundpauschale	8,75 €
¼ * Zuschlag auf P1		Zuschlag Sonographie	2,00 €
		Zuschlag kleine Chirurgie	1,50 €
		Zuschlag Psychosomatik	1,50 €
		Zuschlag Tympanometrie	0,75 €
		Zuschlag Präsenzlabor	1,00 €
P2	0000 bzw. 0000F	Behandlungspauschale	38,00 €
P3	0003 + ICD 10	Chronikerpauschale	28,00 €
U9	01719	Vorsorgeuntersuchung	62,00 €
KJE4	KJE4 + ICD 10	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination 10 Minuten	15,00 €
DMP		Betreuungspauschale DMP-Arzt, Kinderarzt	gem. DMP-Verträge der AOK
Summe			<u>158,50 €</u> <u>+ DMP</u>

Patient 7 Jahre mit ADHS:

Ziffer	Eingabe in die Software	Bezeichnung	Vergütung
¼ * P1		Grundpauschale	8,75 €
¼ * Zuschlag auf P1		Zuschlag Sonographie	2,00 €
		Zuschlag kleine Chirurgie	1,50 €
		Zuschlag Psychosomatik	1,50 €
		Zuschlag Tympanometrie	0,75 €
		Zuschlag Präsenzlabor	1,00 €
P2	0000 bzw. 0000F	Behandlungspauschale	38,00 €
P3	0003 + ICD 10	Chronikerpauschale	28,00 €
KJE4	KJE4 + ICD 10	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination	15,00 €
KJE4	KJE4 + ICD 10	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination	15,00 €
KJE4	KJE4 + ICD 10	Sozialpädiatrische Beratung und Koordination	15,00 €
		Summe	<u>126,50 €</u>

6. Spezialfragen

- **Behandlung außerhalb Baden-Württembergs**
erfolgt nach dem Sachleistungsprinzip über den bereits etablierten Fremdkassenzahlungsausgleich.
- **Notfälle**
Leistungen des organisierten Notfalldienstes werden weiterhin über die KV abgerechnet.
- **Wechsel der Vergütungsanlage ist**
einmalig zwischen 12 und 12a möglich.
- **Eine Korrektur der Abrechnung eines Quartals**
ist innerhalb eines Jahres mithilfe der Vertragssoftware möglich.
- **Innerhalb einer BAG**
 - gilt das gesamte Leistungsspektrum. Hat Ihr BAG-Partner eine Qualifikation über die Sie nicht verfügen, können Sie die Ziffer trotzdem abrechnen, sofern Sie die Leistung von Ihrem BAG-Partner erbringen lassen.
 - sind keine Vertretungspauschale und keine Zielaufträge abrechenbar
- **Therapiefreiheit**
bleibt auch im Rahmen der HZV gewahrt.
- **Budget-Aufschläge** als Ausgleich für Behandlungsüberschneidungen in der BAG gibt es im Rahmen der HZV nicht.

- Kinder- und Jugendärzte nach § 73 Abs. 1a SGB V können teilnehmen, auch wenn sie **weder bei MEDI Baden-Württemberg e.V., BVKJ noch HÄV Mitglied sind.**
- **Arzt-Patienten Kontakte**
 - Setzt Kontakt des Arztes mit dem Patienten voraus.
 - Soll Aufbau einer Arzt-Patienten-Beziehung fördern.
 - Reine Rezeptausstellungen, physikalische Therapie durch die Praxisangestellten usw. sind über diese Position nicht abrechenbar.
- **Individuelle Gesundheitsleistungen (IGEL):**
 - Leistungen, die Vertragsbestandteil sind, dürfen nicht zusätzlich privat liquidiert werden (z.B. Amblyopie-Screening oder Tympanometrie).
 - Darüber hinausgehende Leistungen wie Beratung zur Zusammenstellung einer Hausapotheke und ähnliches müssen im Rahmen eines IGEL Vertrages individuell mit dem Patienten vereinbart werden.

7. Kodier-Tipps

Warum ist die Kodierung in den Selektivverträgen wichtig?

- Wachsende Morbidität bedeutet wachsenden Versorgungsbedarf und damit auch wachsenden Finanzierungsbedarf
- Woher wissen wir, wer welchen Versorgungsaufwand und – bedarf hat und wo Geld gebraucht wird insbesondere bei chronischer Krankheit?
- Für die Finanzierung der Selektivverträge ist die **korrekte Abbildung des Versorgungsbedarfs** für die Krankheiten unerlässliche Grundlage

Grundsätze der korrekten Kodierung:

- Eine gesicherte Diagnose muss mit dem Zusatzkennzeichen „G“ dokumentiert sein
- Alle Behandlungsdiagnosen kodieren
- Möglichst präzise kodieren → .9 Diagnosen vermeiden
- Endstellig kodieren
- Immer mit der aktuellen ICD-10 Version kodieren
- Fachärzte beachten: Richtige Kodierung mittels Begleitschreiben an Hausarzt übermitteln

Was muss in den Verträgen (§73b bzw. §140a) besonders beachtet werden?

- Pro Abrechnungsfall (Patient) muss mindestens eine behandlungsrelevante endstellige Diagnose übermittelt werden.
- Alle gesicherten Diagnosen müssen endstellig angegeben werden (kein Bindestrich an letzter Stelle der ICD-10-Diagnose).