



## Im Fokus: HzV-Vertrag AOK Bayern S15

Wir möchten Sie heute über Besonderheiten der Abrechnung des HzV-Vertrages AOK Bayern S15 informieren. Vergleichen Sie hierzu bitte auch die früher versandten Infobriefe etc. z. B. „Aktuelle Information“ vom 11.06.2015. Bitte geben Sie diese Information auch an Ihr Praxisteam weiter, vielen Dank!

- **Abrechnung des Chronikerzuschlags „0003“**

Wie bereits in vorangegangenen Informationsfaxen mitgeteilt, regelt der HzV-Vertrag AOK Bayern S15, dass die Leistung „Zuschlag für den erhöhten Betreuungsaufwand definierter Krankheitsbilder P3“ nur abgerechnet werden kann, wenn **mindestens zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte im Abrechnungsquartal** vorliegen, wobei ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt durch zwei VERAH-Besuche mit der „1417“ ersetzt werden kann.

Einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt **dokumentieren** Sie in Ihrer Praxissoftware für den AOK Bayern HzV-Vertrag S15 mit der Erfassungsziffer „0000“. Für die Abrechnung des Chronikerzuschlags muss daher die „0000“ mindestens **zweimal im Abrechnungsquartal** dokumentiert werden, da mit der Ziffer 0003 selbst kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt abgebildet wird. Ausnahme: Zweimal „1417“ ersetzt einmal „0000“ – siehe Beispiel!

**Zur Abrechnung des Chronikerzuschlags müssen zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte mit der Ziffer „0000“ dokumentiert werden. Mit dem zweiten persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt kann die Abrechnung der Ziffer „0003“ erfolgen.**

### Beispielfälle zur korrekten Abrechnung des Chronikerzuschlags „0003“:

Zeitpunkt	Dokumentation
Persönlicher APK am 07.01.2016	0000
Persönlicher APK am 02.02.2016	0000; 0003

Zeitpunkt	Dokumentation
Persönlicher APK am 14.01.2016	0000
VERAH-Besuch am 28.01.2016	1417
VERAH-Besuch am 29.02.2016	1417; 0003

Wir möchten Sie zudem nochmals darauf hinweisen, dass für die Abrechnung des Chronikerzuschlags im **Quartal vor dem Abrechnungsquartal** der „0003“ mindestens **eine Diagnose** aus dem Anhang 2 zur Anlage 3 **vorliegen, dokumentiert** und an das Rechenzentrum der HÄVG **übermittelt** sein muss.

- **Abrechnung der Pauschale für einen nicht-persönlichen oder telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt – Ziffer „1112“**

Die Pauschale für einen nicht-persönlichen oder telefonischen Arzt-Patienten-Kontakt mit der Ziffer „1112“ wird nur in den Fällen vergütet, in denen **kein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt** mit der Ziffer „0000“ abgerechnet wurde.

In Ihrer Praxissoftware ist die Dokumentation beider Leistungen nebeneinander möglich. Die Streichung der Ziffer „1112“ erfolgt im Rahmen der Abrechnungsprüfung im HÄVG Rechenzentrum.

## • Abrechnung von Geriatrieleistungen

Bitte beachten Sie die modifizierten vertraglichen Regelungen zu den Leistungen im Modul Geriatrie ab dem 01.04.2016.

### Hausärztlich Geriatisches Basisassessment:

Die Leistung **hausärztlich-geriatisches Basisassessment „03360“** ist abrechenbar für Patienten ab dem **vollendeten 70. Lebensjahr**. In Erweiterung der EBM-Regelungen ist diese Altersgrenze **aufgehoben** bei **Verdacht** auf das Vorliegen der folgenden **Erkrankungen**:

- Demenzerkrankungen (ICD F00-F02)
- Alzheimer-Erkrankungen (ICD G30)
- Parkinsonerkrankungen (ICD G20.10, G20.11, G20.20, G20.21, G21.1 bis G21.8)
- Hirnorganische Wesensveränderung (ICD F04 - F07.-, F10.-, F20.- bis F25.- jeweils ohne -.9)
- Irreversible Folgen schwerer internistischer Erkrankungen: Hirnblutung oder Apoplex mit ICD I69.0 bis I69.4, R47.0 und R47.1, Myokardinfarkt mit ICD I24.1, I25.3, I25.5
- Multiple Sklerose mit ICD G35.0 bis G35.3)
- Vorliegen einer Pflegestufe (ICD Z74.0-3)

Die **Leistungsinhalte** entsprechen den EBM-Regelungen zur GOP 03360:

- Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
- Erhebung und/oder Monitoring organbezogener und übergreifender motorischer, emotioneller und kognitiver Funktionseinschränkungen
- Beurteilung der Selbstversorgungsfähigkeiten mittels standardisierter, wissenschaftlich validierter Testverfahren (z. B. Barthel-Index, PGBA, IADL nach Lawton/Brody, geriatisches Screening nach LACHS)
- Beurteilung der Mobilität und Sturzgefahr durch standardisierte Testverfahren (z. B. Timed "up & go", Tandem-Stand, Esslinger Sturzrisikoassessment)

Die Leistung ist – abweichend vom EBM – **einmal** im Kalenderjahr abrechenbar, wenn mindestens **ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt** stattgefunden hat und mit der **„0000“ dokumentiert** wurde.

### Hausärztlich-geriatische Betreuung:

Die Leistung **Hausärztlich-geriatische Betreuung „03362“** ist abrechenbar für Patienten ab dem **vollendeten 70. Lebensjahr**. Diese Altersgrenze ist ebenfalls **aufgehoben bei Vorliegen** der oben genannten **Erkrankungen**.

Der Leistungsinhalt der „03362“ umfasst die Untersuchung zur Feststellung und Durchführung therapeutischer Maßnahmen zur Behandlung geriatricspezifischer Syndrome. Die Durchführung des **geriatischen Basisassessments** darf nicht länger als vier Quartale zurückliegen.

Die Leistung „03362“ ist einmal im Quartal abrechenbar, wenn im Abrechnungsquartal mindestens **zwei persönliche Arzt-Patienten-Kontakte** vorliegen und mit der **„0000“ dokumentiert** wurden.

**ACHTUNG: Keine Ausnahmeregelung** durch zweimal „1417“ wie bei der Chronikerpauschale!!!

Ausführliche Informationen sowie die vollständigen Vertragsunterlagen zum HzV-Vertrag AOK Bayern S15 finden Sie auf unserer Internetseite [www.hausaerzte-bayern.de](http://www.hausaerzte-bayern.de) → HzV-Verträge.

Weitere Hilfe und Informationen erhalten Sie auch beim Kundenservice der HÄVG Rechenzentrum GmbH unter 02203 / 57 56 11 11, E-Mail: [kundenservice@haevg-rz.de](mailto:kundenservice@haevg-rz.de) oder Fax 02203 / 57 56 11 10.