



Sehr geehrte Hausärztin, sehr geehrter Hausarzt,

wir möchten dieses Schreiben nutzen Sie über die Implementierung des AU-Fallmanagements zu informieren und um noch einmal auf einige wichtige Abrechnungssachverhalte im Rahmen des HzV-Vertrages der AOK Baden-Württemberg einzugehen:

- **AU-Fallmanagement seit 01.01.2012**
- **Übermittlung des Arzt-Patienten-Kontakts**
- **Übermittlung des exakten Behandlungsdatums**
- **Praxisgebührenbefreiung bei DMP-Patienten der AOK**
- **Übermittlung der LANR und BSNR bei der Abrechnung der Zielauftragspauschale**
- **Abrechnung der P1 bei nicht vollständigem Versichertenjahr**
- **Vertreterpauschale bei länger andauernder Vertretung**
- **Kodierung in der HzV**
- **Sonderzuschläge**
- **Pseudoziffer zum Nachweis der HzV-Behandlungsfälle (GOP 88192)**

### **AU-Fallmanagement**

Seit dem 01.01.2012 wird bei der Ausstellung einer AU-Bescheinigung in der Vertragssoftware der Beschäftigungsstatus des Patienten erfragt. Ziel dabei ist es, die Anzahl von Arbeitsunfähigkeitstagen durch eine Verbesserung der Zusammenarbeit zu verringern. Hierzu wurde eine IT-Hilfe zur Beurteilung der Arbeitsfähigkeit nach § 2 Abs.1 der Arbeitsunfähigkeits-Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses eingerichtet. Bei der ersten Ausstellung einer AU-Bescheinigung (Muster 1) und spätestens nach jeweils einem Jahr werden arbeitsspezifische Daten eingegeben bzw. aktualisiert, die dann bei der Ausstellung weiterer AU-Bescheinigungen angezeigt werden und für das Ausfüllen des Musters 52 und für andere Zwecke zur Verfügung stehen, z.B. zur Beantwortung einer Anfrage nach einem Verkehrsunfall, bei deren Bearbeitung der Patient i.d.R. nicht anwesend ist.

**Die hier eingegeben Daten werden weder an die AOK, noch an das HÄVG Rechenzentrum übermittelt,** sondern werden in der Patientenakte des Versicherten gespeichert. Somit werden diese bei einer Anfrage der Krankenkasse bei längerer Arbeitsunfähigkeitsdauer in das Rückmeldeformular (Muster 52.2) übernommen, das ebenfalls in Ihrer Vertragssoftware hinterlegt und bereits mit den entsprechenden Faxnummern für die Zusendung an die AOK versehen ist.

### **Übermittlung des Arzt-Patienten-Kontakts (APK)**

Wir möchten darauf hinweisen, dass ein APK nicht automatisch mit dem Einlesen der Versichertenkarte dokumentiert und an das Rechenzentrum übermittelt wird. Sofern Sie einen APK übermitteln möchten, dokumentieren und übermitteln Sie bitte die Dokumentationsziffer „0000“ oder eine Ziffer, die einen APK beinhaltet (z.B. 01732). Bitte beachten Sie, dass zu dem APK auch eine Diagnose und die entsprechende Praxisgebühreziffer übermittelt werden muss.

### **Übermittlung des exakten Behandlungsdatums**

Bitte beachten Sie, dass bei der Übertragung Ihrer Abrechnungspositionen die Dokumentation und Übermittlung des Behandlungsdatums von besonderer Bedeutung ist. Dies gilt sowohl für die HzV-Leistungen als auch für Ihre DMP-Abrechnung. Bitte übermitteln Sie immer das Datum, an dem der Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.

Dies ist deshalb wichtig, da die Abrechnung von Leistungen gewissen Plausibilitätsprüfungen unterliegt. So kann die nicht korrekte Übermittlung des Behandlungsdatums dazu führen, dass Ihnen die Leistung nicht

vergütet wird. Dies ist beispielsweise dann der Fall, wenn Sie ein Datum übermitteln, das nicht das Behandlungsdatum darstellt, der Patient sich aber zu dieser Zeit in stationärer Behandlung befindet.

### **Praxisgebührenbefreiung bei DMP-Patienten der AOK**

Die Praxisgebührenbefreiung für DMP-Versicherte gilt grundsätzlich nur beim jeweiligen DMP-Arzt, bei dem der Patient in das DMP eingeschrieben ist. Nur vom DMP-Arzt kann demnach die Befreiungsziffer (80040) dokumentiert werden. Sollten Sie für einen HzV-Patienten zwar der HzV-Betreuarzt sein, jedoch nicht der DMP-Arzt, so müssen Sie die Praxisgebühr des Patienten einziehen und die Praxisgebührenziffer entsprechend dokumentieren. Wir weisen darauf hin, dass dieser Sachverhalt im Rahmen der HzV geprüft wird. Sollten Sie die falsche Praxisgebührenziffer übermitteln, so wird diese Position im Rahmen Ihrer HzV-Abrechnung korrigiert und Ihnen pro falsch übermitteltem Versicherten ein Minusbetrag von 10,00 Euro ausgewiesen, was wir gerne vermeiden würden. Daher bitten wir Sie, bei der Übermittlung der Praxisgebührenziffer den Status des Patienten zu prüfen.

Dies gilt nicht für Berufsausübungsgemeinschaften (BAG), wie z.B. Gemeinschaftspraxen, in denen alle Ärzte an dem AOK-Vertrag teilnehmen.

### **Übermittlung der LANR und BSNR bei der Abrechnung der Zielauftragspauschale**

Bitte beachten Sie, dass Sie bei der Abrechnung der Leistung „Zielauftrag“ (Dokumentationsziffer „0005“) immer die LANR und BSNR des an Sie überweisenden Arztes in Ihrer Vertragssoftware dokumentieren müssen. Diese Daten werden bei der Abrechnungsprüfung auf Ihre Plausibilität geprüft. Bei nicht korrekter Übermittlung wird die Leistung in Ihrem Abrechnungsnachweis mit dem Grund „LANR/BSNR des Auftraggebers keinem HzV-Arzt zuordenbar“ abgelehnt.

Bei der Abrechnung eines Vertreterfalls für einen HzV-Versicherten ist die Dokumentation der LANR und BSNR nicht notwendig.

### **Abrechnung der P1 bei nicht vollständigem Versichertenteilnahmejahr**

Bei einem nicht vollständigem Versichertenteilnahmejahr Ihres Patienten müssen die bereits vollständig ausbezahlte Grundpauschale P1 sowie die Zuschläge auf die P1 für die Quartale anteilig zurückgerechnet werden, in denen der Patient nicht mehr bei Ihnen eingeschrieben war. In Ihrem Abrechnungsnachweis sind bei den „Korrigierten Abrechnungspositionen“ die anteiligen Stornierungen einzeln und patientenbezogen aufgelistet.

Wir möchten dies anhand eines Beispiels verdeutlichen:

Sie erhalten im 1. Quartal für einen Patienten die volle Pauschale P1. Der Patient ist allerdings nur bis Ende des 2. Quartals bei Ihnen eingeschrieben. Somit wird eine Korrektur für die Quartale 3 und 4 vorgenommen, die im Abrechnungsnachweis folgendermaßen ausgewiesen wird:

- |  |          |
|--|----------|
| - Storno P1 anteilig Teilnehmerquartal (3 von 4) | - 16,25€ |
| - Storno P1 anteilig Teilnehmerquartal (4 von 4) | - 16,25€ |

Unter der „Detailübersicht Gutschriften“ in Ihrem Abrechnungsnachweis finden Sie die Summe dieser Korrekturbeträge.

### **Vertreterpauschale bei länger andauernder Vertretung**

Die Vertreterpauschale ist für kurzzeitige Vertretungen, insbesondere Urlaub eines Kollegen, gedacht. Die Vergütung in Höhe von 12,50 Euro pro Quartal ist im Gesamtzusammenhang der HzV-Vergütung zu sehen.

Für längere Vertretungen, z.B. bei Zuzug des Versicherten oder Verlegung in ein Pflegeheim, wird die Vertreterpauschale häufig als unzureichend empfunden, was nachvollziehbar ist. In diesen Fällen ist ein Gespräch mit dem Versicherten über einen Arztwechsel zu Ihnen sicher die bessere und angemessene Lösung.

Bei einem Arztwechsel gelten die gleichen Einschreibefristen wie bei einer Neueinschreibung, 1. Februar (für Quartal 2), 1. Mai (für Quartal 3), 1. August (für Quartal 4) und 1. November (für Quartal 1 des Folgejahres). Nach der Aktivierung des Versicherten bekommen Sie als neuer Betreuarzt für das erste Teilnahmequartal die P1 nebst Zuschlägen.

Um während dieser Fristen dem hohen Versorgungsaufwand von Pflegeheimpatienten besser gerecht zu werden, haben die Vertragspartner für diese Fälle einen Zuschlag auf die Vertreterpauschale in Höhe von 27,50 Euro pro Quartal eingeführt. In Ihren Vertretungsquartalen rechnen Sie einfach die Vertreterpauschale 0004 ab; der Zuschlag auf die Vertreterpauschale wird Ihnen (für maximal drei Quartale) automatisch ausgezahlt, sofern innerhalb dieser Zeit ein Wechsel zu Ihnen erfolgt.

Eine Ablehnung von Vertragsleistungen für HzV-Versicherte, die bei einem anderen HzV-Arzt eingeschrieben sind, widerspricht den HzV-Vertragspflichten.

### **Kodierung in der HzV**

Auch in diesem Zusammenhang soll noch einmal auf die essentielle Wichtigkeit der genauen Kodierung der behandelten Krankheitsbilder hingewiesen werden.

Ihre ICD-10 kodierten Behandlungsdiagnosen sind maßgeblich für die Messung der Morbiditätsentwicklung und den damit verbundenen Risikostrukturausgleich für die Krankenkasse. Somit hat die Kodierung einen unmittelbaren Einfluss auf die Refinanzierung des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung mit der AOK Baden-Württemberg. Wir bitten Sie daher, sich dieser Wichtigkeit bei Ihrer Kodierung bewusst zu sein und entsprechend dem Krankheitsbild eine, soweit dies möglich ist, genaue und spezifische Diagnose zu übermitteln. Dies gilt vor allem für die chronisch Kranken.

Sie finden schon jetzt vielfältige Unterstützung in Ihrer Vertragssoftware, die Ihnen bei der Kodierung helfen soll. Bitte nutzen Sie diese Funktionalitäten und beachten Sie auch die entsprechenden Hinweiskfelder.

### **Sonderzuschläge**

Wir möchten darauf hinweisen, dass die seit 1. Juli 2011 eingeführten Sonderzuschläge nur in bestimmten Ausnahmefällen auf Antrag bewilligt werden können. Es kommen nur Leistungen in Frage, die in der Vergangenheit aufgrund einer besonderen KV-Zulassung, die aber nicht verlängert wurde, erbracht und vergütet wurden. Zusätzlich muss ein nachvollziehbarer, diesbezüglicher Versorgungsengpass in der betreffenden Region vorliegen.

Leistungen, die in der Regelversorgung über die KV abgerechnet werden können bzw. im Selektivvertrag enthalten sind, oder die von Ärzten/Fachärzten vor Ort bzw. in der Region erbracht werden, können leider nicht berücksichtigt werden.

Wir bitten daher von Anträgen Abstand zu nehmen, die die beiden o.g. Kriterien nicht erfüllen.

### **Pseudoziffer zum Nachweis der HzV-Behandlungsfälle (GOP 88192)**

Aufgrund der vermehrten Anfragen zu der Pseudoziffer 88192 zum Nachweis der HzV-Behandlungsfälle möchten wir Sie nochmal darauf hinweisen, dass die Meldung der selektivvertraglichen Fallzahlen auf freiwilliger Basis erfolgt. Sie selber entscheiden, ob Sie mit Hilfe dieser Pseudoziffer Ihre selektivvertraglichen Fallzahlen gegenüber der KV nachweisen möchten, beispielsweise vor dem Hintergrund des Laborbonus im Kollektivvertrag. Eine automatisierte Übermittlung der selektivvertraglichen Fallzahlen an die KV ist nicht möglich, da zwischen HÄVG und KV keine Vertragsbeziehung besteht, die einen Datenaustausch begründen würde.