Abrechnungsinformation

zu den Verträgen über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie mit der DAK-Gesundheit, der KKH, der TK, der BIG direkt gesund und dem BKK LV Süd

Den Vertrag, weitere Informationen und Formulare finden Sie auf der Internetseite der KVBW unter www.kvbawue.de/hypertonie

Teilnahme der Versicherten

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der teilnehmenden Krankenkassen mit gesicherter Hypertonieerkrankung und **ohne** Diabetes mellitus (alternativer Vertrag), bei denen **nicht alle der folgenden Diagnosen vor Vertragseinschreibung** bekannt sind:

- PAVK
- chronische Nierenerkrankung

Es können auch HzV-Patienten in den Vertrag eingeschrieben werden, **mit Ausnahme der HzV-Patienten der TK**. Bei diesen ist keine Einschreibung in den Hypertonie-Vertrag möglich.

Die teilnahmeberechtigten Versicherten müssen ihre Teilnahme einmalig schriftlich mittels einer Teilnahmeerklärung bestätigen. **Die Versicherten können die Module in Anspruch nehmen, in denen bei Einschreibung noch keine Komplikationen vorliegen.** Die unterzeichnete Teilnahmeerklärung muss von der Praxis entweder zeitnah an die entsprechende Krankenkasse übermittelt werden, oder es muss eine elektronische Übermittlung der Einschreibedate über den Vertragsmanager erfolgen. Nähere Informationen dazu finden Sie in den einzelnen Verträgen und in den Info-Boxen auf der Internetseite des Hypertonie-Vertrages.

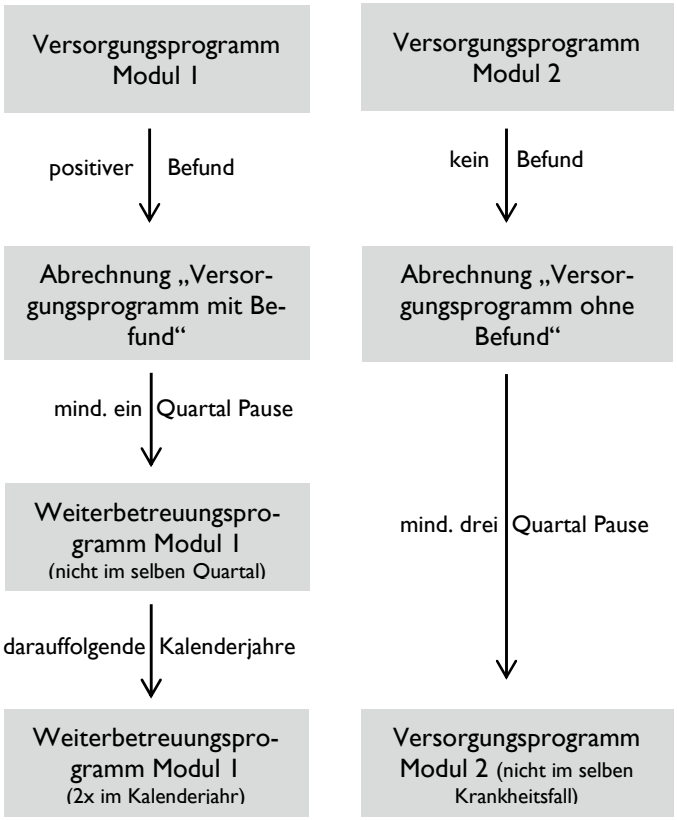
Leistungsinhalte

Es werden zur Früherkennung (Screening) die **Versorgungsprogramme** nach den Modulen 1 (vaskuläre Komplikationen) und 2 (nephrologische Komplikationen) durchgeführt, wenn diese in den vergangenen 3 Quartalen nicht durchgeführt wurden.

Bei Nachweis von Komplikationen/Begleiterkrankungen erfolgt eine kontinuierliche Weiterbetreuung durch die **Weiterbetreuungsprogramme** nach den Modulen 1 (vaskuläre Komplikationen) und 2 (nephrologische Komplikationen), die zweimal im Kalenderjahr (nicht im selben Quartal) durchgeführt werden können (im ersten Kalenderjahr neben dem Versorgungsprogramm mit Befund nur einmal möglich).

Werden keine Komplikationen entdeckt, erfolgt einmal im Krankheitsfall (alle 4 Quartale) eine Kontrolluntersuchung anhand der **Versorgungsprogramme** nach Modul 1 (vaskuläre Komplikationen) und 2 (nephrologische Komplikationen).

Beispiel



Abrechnungshinweise und Abrechnungsausschlüsse

- Die notwendigen Diagnostika sind durch die Praxis zu beschaffen und vorzuhalten. Sie werden pauschal im Rahmen des Vertrags zu den dort genannten Preisen vergütet und können nicht im Rahmen des Sprechstundenbedarfs geltend gemacht werden.
- Eine Abrechnung der Leistungen „Versorgungsprogramm ohne Befund“, „Versorgungsprogramm mit Befund“ und „Weiterbetreuungsprogramm“ **für dasselbe Modul im selben Quartal** ist ausgeschlossen.
- Eine Abrechnung von mehr als einem Versorgungsprogramm **im selben Modul im Krankheitsfall (vier Quartale)** ist ausgeschlossen.
- Die Abrechnung von mehr als zwei Weiterbetreuungsprogrammen **im selben Modul je Kalenderjahr** ist ebenfalls ausgeschlossen.
- Bei entdeckter Komplikation im Rahmen eines Versorgungsprogramms kann im **selben Kalenderjahr (nicht im selben Quartal) einmal** das entsprechende Weiterbetreuungsprogramm abgerechnet werden und in den darauffolgenden Kalenderjahren das entsprechende Weiterbetreuungsprogramm **zweimal je Kalenderjahr** durchgeführt werden (nicht im selben Quartal).

Die Abrechnung der Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme erfolgt immer unter Angabe der Behandlungsdiagnosen mit den entsprechenden, im Vertrag und der Abrechnungsinformation aufgeführten ICD-10-GM mit Diagnosesicherheit „G“.

Abrechnung und Vergütung

Leistung	GOP	Vergütung	ICD-10-GM	Abrechnungshinweise
Modul 1 – Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen: PAVK bei Hypertonie				
Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99310	20 Euro	I10.-G, I11.-G, I12.-G oder I13.-G	99310 1x im Krankheitsfall*; 99311 nur einmalig ansetzbar; 99310 und 99311 nicht im selben Krankheitsfall
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99311	20 Euro	I70.2-G sowie zusätzlich ein Kode aus I10.-G, I11.-G, I12.-G oder I13.-G	
Weiterbetreuungsprogramm	99312	20 Euro	I70.2-G sowie zusätzlich ein Kode aus I10.-G, I11.-G, I12.-G oder I13.-G	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 99311; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 99311 abgerechnet wurde
Modul 2 – Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit				
Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99320	20 Euro	I10.-G, I11.-G, I12.9-G, I13.0-G oder I13.9-G	99320 1x im Krankheitsfall; 99321 nur einmalig ansetzbar; 99320 und 99321 nicht im selben Krankheitsfall
Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99321	20 Euro	N18.1 G, N18.2 G, N18.3 G, N18.4 G oder N18.5 G sowie zusätzlich ein Kode aus I10.-G, I11.-G, I12.-G oder I13.-G	
Weiterbetreuungsprogramm	99322	20 Euro	N18.1 G, N18.2 G, N18.3 G, N18.4 G oder N18.5 G sowie zusätzlich ein Kode aus I10.-G, I11.-G, I12.-G oder I13.-G	2x Kalenderjahr; im selben Kalenderjahr nur 1x neben 99321; jeweils nicht im selben Quartal; nur abrechenbar, wenn in einem der vorhergehenden Quartale die GOP 99321 abgerechnet wurde
Teststreifen Mikroalbuminurie	99323	2 Euro je Modul 2		Nur neben der GOP 99320, 99321 oder 99322; je Fall max. 1 x je abgerechneter GOP aus Modul 2; nicht neben GOP 32135 abrechenbar.

* Krankheitsfall: umfasst das aktuelle sowie die drei nachfolgenden Kalendervierteljahre