

Schreibtschvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

**Handlungsempfehlungen:**

1. Diese Übersicht enthält die Honorarpositionen der HZV-Verträge, die in Ihrer Region gültig sind. Sie finden nachfolgend jeweils die aktuelle Vergütungshöhe sowie die entsprechenden Abrechnungsziffern zur Eingabe in Ihrer HZV-Vertragssoftware (grau hinterlegt). Bitte beachten Sie, weitergehende Abrechnungsregeln können Sie den entsprechenden Honoraranlagen (Anlage 3 des HZV-Vertrages bzw. Anhang 1 zum Versorgungsmodul Anlage 3a bei AOK) entnehmen.
2. Diese Übersicht kann Ihre Arbeit erleichtern und ist ohne Gewähr. Es gelten immer die aktuellen Vertragsunterlagen des entsprechenden HZV-Vertrages.
3. Entspricht der Leistungsinhalt der HZV-Leistung einer Leistung aus dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM), steht die entsprechende EBM-Ziffer in der zweiten Spalte.
4. Stehen hinter einer Abrechnungsziffer in einer Klammer Buchstaben (z.B. B-E), so kann diese Leistung für einen HZV-Versicherten mehrfach am Tag abgerechnet werden. So wird beispielsweise die "Kleine Chirurgie I" mit der 02300 dokumentiert. Die zweite "Kleine Chirurgie I" am gleichen Tag wird dann mit der 02300B (die dritte Leistung mit der 02300C ff.) dokumentiert.
5. Leistungen, die im HÄVG Rechenzentrum automatisch erzeugt werden und für die keine separate Dokumentation einer Abrechnungsziffer notwendig ist, werden in der nachfolgenden Übersicht mit "Zuschlag" gekennzeichnet. Ggf. muss dem Rechenzentrum eine Qualifikation oder eine entsprechende Diagnose übermittelt werden.

| Leistung   | EBM-Ziffer | TK, KKH, HEK, HKK         | IKK classic | GWQ     | spectrumK                                    | DAK     | EK (Barmer) | LKK   | AOK     | Erläuterungen / Besonderheiten   |
|--|------------|---------------------------|-------------|---------|--|---------|-------------|---|---------|--|
| Einschreibepauschale                                   |            | -                         | -           | -       | -  | -       | -           | -   | 90500   |  |
|  |            | -                         | -           | -       | -  | -       | -           | -   | 8,00 €  |  |
| P1 - Kontakunabhängige Pauschale                       |            | -                         | -           | -       | -  | -       | -           | -   | -       | <b>Vertragsübergreifend:</b> 1 x pro Versichertenteilnahmejahr (VTJ), wird automatisch pro eingeschriebenen Versicherten vergütet.<br><b>spectrumK, DAK:</b> Auszahlung erfolgt anteilig einmal pro Abrechnungsquartal.  |
|  |            | -                         | 60,00 €     | 66,00 € | 16,00 €                                      | 20,00 € | 20,00 €     | -   | -       |  |
| P2 - Kontaktabhängige Pauschale                        |            | 0000                      | 0000        | 0000    | 0000   | 0000    | 0000        | 0000  | 0000    | <b>Vertragsübergreifend:</b> Die 0000 ist zu dokumentieren, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattfindet; löst kontaktabhängige Pauschale P2 aus.<br><b>IKK classic, GWQ:</b> 1 x pro Quartal, 3 x VTJ<br><b>TK, KKH, HEK, HKK, spectrumK:</b> 95,00 € 1. VTHJ, 50,00 € 2. VTHJ<br><b>DAK:</b> 1 x pro Quartal, 4 x VTJ<br><b>LKK:</b> GP A: 0-5 Jahre, GP B: 6-59 Jahre und GP C: ≥ 60 Jahre; 1 x pro Quartal  |
|  |            | 95,00 €<br>50,00 €        | 40,00 €     | 42,00 € | 95,00 €<br>50,00 €                           | 40,00 € | 40,00 €     | GP A: 39,00 €<br>GP B: 32,00 €<br>GP C: 44,00 € | 32,00 € |  |
| P3 - Zuschlag/Pauschale für chronisch kranke Patienten |            | 0003                      | 0003        | 0003    | 0003   | 0003    | 0003        | 0003  | 0003    | <b>Vertragsübergreifend:</b> Zusätzlich zur Dokumentationsziffer 0003 muss mindestens eine definierte, gesicherte, endstellige Diagnose nach ICD-10 gemäß Anlage 3 des HZV-Vertrages (bzw. Anhang 1 zum Versorgungsmodul Anlage 3a bei AOK) dokumentiert werden. Die Vergütung erfolgt 1 x pro Quartal.<br><b>TK, KKH, HEK, HKK:</b> Die P3 wird je Krankheitsbild einmal pro Quartal vergütet (max. 36).<br><b>DAK, Barmer:</b> Für die P3 (BBP) muss mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige morbi-RSA relevante Diagnose nach ICD-10 dokumentiert werden.<br><b>AOK:</b> P3 enthält die P2 Vergütung, zur Abrechnung der 0003 ist die Dokumentation eines Arzt-Patienten Kontaktes obligatorisch |
|  |            | 16,50 € je Krankheitsbild | 20,00 €     | 30,00 € | P3.1 10,00 €<br>P3.2 27,50 €<br>P3.3 55,00 € | 20,00 € | 20,00 €     | P3.1 10,00 €<br>P3.2 27,50 €<br>P3.3 55,00 €    | 64,00 € |  |

Schreibtischvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung   | EBM-Ziffer | TK, KKH, HEK, HKK                           | IKK classic | GWQ         | spectrumK   | DAK         | EK (Barmer) | LKK         | AOK                                    | Erläuterungen / Besonderheiten   |
|--|------------|---|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|--|
| Behandlung multimorbider/ besonders betreuungsintensiver Patienten |            | Zuschlag                                    | Zuschlag    | P4          | -           | Zuschlag    | -           | -           | Zuschlag                               | <b>TK, KKH, HEK, HKK, IKK classic:</b> Zuschlag erfolgt 1x pro Quartal, wenn:<br><b>TK, KKH, HEK, HKK:</b> Dokumentation von mind. jeweils 1 endstelligen und gesicherten Diagnose nach ICD-10 aus Anhang 3 zu Anlage 3<br><b>IKK classic:</b> P4 - Dokumentation von mind. jeweils 1 endstelligen und gesicherten Diagnose nach ICD-10 aus mind. 3 unterschiedlichen Krankheitsbereichen nach Anhang 5 zu Anlage 3 sowie ein persönlicher APK<br><b>GWQ:</b> Dokumentation von mind. jeweils 1 endstelligen und gesicherten Diagnose nach ICD-10 aus Anhang 3 zu Anlage 3 sowie der Abrechnungsziffer P4.<br><b>DAK:</b> Für den Zuschlag auf die P3 (Z1-Zuschlag auf BBP) muss mindestens eine definierte gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 gemäß Angang 2 zu Anlage 3 des DAK-HZV-Vertrages dokumentiert werden.<br><b>AOK:</b> Zuschlag auf die Betreuungspauschale P3; Dokumentation von mind. jeweils einer Indikation aus dem Katalog des Anhangs 2 zu Anlage 3 des HZV-Vertrages |
|  |            | P4.1 5,00 €<br>P4.2 10,00 €<br>P4.3 15,00 € | 15,00 €     | 5,00 €      | -           | 20,00 €     | -           | -           | C1: 3,00 €<br>C2: 5,00 €<br>C3: 9,00 € |  |
| Behandlung von Palliativpatienten                                  |            | 0001  | Zuschlag    | 0001        | -           | -           | -           | 0001        | -                                      | <b>TK, KKH, HEK, HKK, IKK classic, GWQ:</b> Nachweis Palliativbehandlung gemäß ICD-10-Code Z51.5G, Auszahlung 1 x pro Quartal<br><b>GWQ:</b> nicht neben der P2, P3, P4 abrechenbar.<br><b>LKK:</b> Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO; nicht neben der P2 abrechenbar; 1 x pro Quartal<br><b>spectrumK/DAK/Barmer/AOK:</b> einzelne EBM-Palliativziffern (z.B. 01425) sind HZV-Bestandteil (bei Leistungserbringung/Abrechnung bitte Ziffernkranz prüfen)  |
|  |            | 40,00 €                                     | 145,00 €    | 100,00 €    | -           | -           | -           | 100,00 €    | -                                      |  |
| Vertreterpauschale   |            | 0004  | 0004        | 0004        | 0004        | 0004        | 0004        | 0004        | -                                      | <b>Vertragsübergreifend:</b> Bei Vertretung eines anderen HZV-Hausarztes; mindestens ein APK; nicht bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ.  |
|  |            | 20,00 €                                     | 20,00 €     | 20,00 €     | 12,50 €     | 17,50 €     | 17,50 €     | 12,50 €     | -                                      |  |
| Zielauftragspauschale  |            | 0005  | 0005        | 0005        | 0005        | 0005        | 0005        | 0005        | -                                      | <b>Vertragsübergreifend:</b> Bei einem Zielauftrag per Überweisung durch einen anderen HZV-Hausarzt; nicht innerhalb einer BAG/eines MVZ.  |
|  |            | 20,00 €                                     | 20,00 €     | 20,00 €     | 12,50 €     | 17,50 €     | 17,50 €     | 12,50 €     | -                                      |  |
| VERAH (Zuschlag auf P3)  |            | Zuschlag                                    | Zuschlag    | Zuschlag    | Zuschlag    | Zuschlag    | Zuschlag    | Zuschlag    | -                                      | <b>Vertragsübergreifend:</b> Wird nach VERAH-Meldung an die HÄVG AG automatisch 1x pro Quartal auf jede P3 hinzugesetzt.   |
|  |            | 5,00 €                                      | 5,00 €      | 9,00 €      | 5,00 €      | 5,00 €      | 5,00 €      | 5,00 €      | -                                      |  |
| Zuschlag rationale Pharmakotherapie                                |            | -   | Zuschlag    | Zuschlag    | Zuschlag    | -           | -           | -           | -                                      | <b>TK, KKH, HEK, HKK, Barmer:</b> Wird zur Zeit nicht umgesetzt<br><b>IKK classic, GWQ:</b> Automatische Vergütung auf jede P2 bei Erreichen der Quoten gemäß Anhang 2 zur Anlage 3 (IKK) bzw. Anhang 3 zur Anlage 3 (GWQ).<br><b>spectrumK:</b> Automatische Vergütung je Behandlungsfall des Betreuers bei Erreichen der Quoten gemäß Anhang 3 zur Anlage 3.   |
|  |            | -   | 4,00 €      | 4,00 €      | 3,50 €      | -           | -           | -           | -                                      |  |
| Verlängerte Sprechzeit (mind. doppelte Gesprächszeit)              |            | -   | -           | -           | -           | -           | -           | 0010        | -                                      | <b>LKK:</b> Beratungs- und Unterweisungsgespräch, das über das übliche Maß eines Beratungs- und Anamnesegesprächs hinausgeht (min. 15 Minuten); mindestens doppelte Dauer eines durchschnittlichen Beratungsgesprächs; 2 x pro Quartal.  |
|  |            | -   | -           | -           | -           | -           | -           | 22,00 €     | -                                      |  |
| Unvorhergesehene Inanspruchnahme I                                 | 01100      | 01100 (B,C)                                 | 01100 (B,C) | 01100 (B,C) | 01100 (B,C) | 01100 (B,C) | 01100 (B,C) | 01100 (B,C) | -                                      | <b>Vertragsübergreifend:</b> Werktags zwischen 19:00 und 22:00 Uhr; samstags (außerhalb Terminsprechstunde), sonntags, an gesetzlichen Feiertagen und am 24. oder 31. Dezember zwischen 7:00 und 19:00 Uhr.  |
|  |            | 25,00 €                                     | 25,00 €     | 25,00 €     | 25,00 €     | 25,00 €     | 25,00 €     | 25,00 €     | Pauschale                              |  |
| Unvorhergesehene Inanspruchnahme II                                | 01101      | 01101 (B,C)                                 | 01101 (B,C) | 01101 (B,C) | 01101 (B,C) | 01101 (B,C) | 01101 (B,C) | 01101 (B,C) | -                                      | <b>Vertragsübergreifend:</b> Werktags zwischen 22:00 und 07:00 Uhr, samstags (außerhalb Terminsprechstunde), sonntags, an gesetzlichen Feiertagen und am 24. oder 31. Dezember zwischen 19:00 und 7:00 Uhr.  |
|  |            | 40,00 €                                     | 40,00 €     | 40,00 €     | 40,00 €     | 40,00 €     | 40,00 €     | 40,00 €     | Pauschale                              |  |

Schreibtschvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung  | EBM-Ziffer | TK, KKH, HEK, HKK | IKK classic | GWQ       | spectrumK | DAK                                      | EK (Barmer) | LKK       | AOK | Erläuterungen / Besonderheiten  |
|---|------------|-------------------|-------------|-----------|-----------|--|-------------|-----------|-----|---|
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung bei der Frau          | 01730      | 01730             | 01730       | 01730     | 01730     | 01730                                    | 01730       | 01730     | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01730 kann einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden.<br><b>GWQ, Barmer:</b> Vergütung über Präventionszuschlag, max. 1 x Quartal bei Erbringung einer der folgenden Leistungen HKS, GU, Krebsfrüherkennung Mann/Frau.   |
|   |            | 18,95 €           | 20,00 €     | 20,00 €   | 19,18 €   | 18,23 €                                  | 4,00 €      | 17,87 €   | -   |   |
| Krebsfrüherkennungsuntersuchung beim Mann             | 01731      | 01731             | 01731       | 01731     | 01731     | 01731                                    | 01731       | 01731     | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01731 kann einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden.<br><b>GWQ, Barmer:</b> Vergütung über Präventionszuschlag, max. 1 x Quartal bei Erbringung einer der folgenden Leistungen HKS, GU, Krebsfrüherkennung Mann/Frau.   |
|   |            | 15,06 €           | 16,00 €     | 20,00 €   | 15,24 €   | 14,49 €                                  | 4,00 €      | 14,19 €   | -   |   |
| Hautkrebscreening (HKS)                               | 01745      | 01745             | 01745       | 01745     | 01745     | 01745                                    | 01745       | -         | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01745 kann einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden.<br><b>TK, KKH, HEK, HKK:</b> Das HKS ist sowohl vom Betreu- als auch vom Vertreterarzt abrechenbar. Eine zusätzliche Abrechnung der Zielauftragspauschale und der Vertreterpauschale am gleichen Tag neben der Abrechnung des HKS ist nicht möglich.<br><b>GWQ, Barmer:</b> Vergütung über Präventionszuschlag, max. 1 x Quartal bei Erbringung einer der folgenden Leistungen HKS, GU, Krebsfrüherkennung Mann/Frau. |
|   |            | 22,53 €           | 25,00 €     | 20,00 €   | 22,80 €   | 21,68 €                                  | 4,00 €      | Pauschale | -   |   |
| Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms | 01740      | -                 | -           | -         | 01740     | -  | -           | -         | -   |   |
|   |            | Pauschale         | Pauschale   | Pauschale | 10,97 €   | Pauschale                                | Pauschale   | Pauschale | -   |   |
| HKS im Rahmen Check-up/ Gesundheitsuntersuchung       | 01746      | 01746             | 01745       | 01746     | 01746     | -  | 01746       | -         | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01746 bzw. 01745 kann einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden.<br><b>GWQ, Barmer:</b> Vergütung über Präventionszuschlag, max. 1 x Quartal bei Erbringung einer der folgenden Leistungen HKS, GU, Krebsfrüherkennung Mann/Frau<br><b>IKK classic:</b> Die 01746 ist in der HzV über die 01745 abgebildet, auch wenn sie am selben Tag wie die Gesundheitsuntersuchung erbracht wird.  |
|   |            | 17,90 €           | 25,00 €     | 20,00 €   | 18,82 €   | Pauschale                                | 4,00 €      | Pauschale | -   |   |
| Check-up/ Gesundheitsuntersuchung (GU; ohne HKS)      |            | 01732             | 01732       | 01732     | 01732     | -  | 01732       | 01732     | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Die 01732 kann einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden.<br><b>TK, KKH, HEK, HKK:</b> Leistungsinhalt <b>entsprechend der Honoraranlage.</b><br><b>IKK classic:</b> Check-Up-Zuschlag auf P1; Auszahlung automatisch bei Quotenerreichung, Dokumentation der Ziffer erforderlich. Leistungsinhalt entsprechend der Honoraranlage.<br><b>GWQ, Barmer:</b> Vergütung über Präventionszuschlag, max. 1 x Quartal bei Erbringung einer der folgenden Leistungen HKS, GU, Krebsfrüherkennung Mann/Frau  |
|   |            | 45,00 €           | 6,00 €      | 20,00 €   | 35,00 €   | Bestandteil des DAK GesundheitsChecks II | 4,00 €      | 27,00 €   | -   |   |
| DAK Gesundheits-Check I                               |            | -                 | -           | -         | -         | 0006                                     | -           | -         | -   | Für Frauen und Männer ab dem 18. Lebensjahr bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einmal pro Versichertenteilnahme  |
|   |            | -                 | -           | -         | -         | 35,00 €                                  | -           | -         | -   |   |

Schreibtschvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung  | EBM-Ziffer | TK, KKH, HEK, HKK | IKK classic | GWQ | spectrumK | DAK   | EK (Barmer) | LKK | AOK | Erläuterungen / Besonderheiten   |
|---|------------|-------------------|-------------|-----|-----------|---|-------------|-----|-----|--|
| DAK Gesundheits-Check II  |            | -                 | -           | -   | -         | 0007  | -           | -   | -   | Für Frauen und Männer ab dem 36. Lebensjahr einmal innerhalb zwei Kalenderjahren   |
|   |            | -                 | -           | -   | -         | 45,00 €   | -           | -   | -   |  |
| DAK-Gesundheitsvorsorge Module 1-5 Früherkennung ohne Komplikation      |            | -                 | -           | -   | -         | Modul 1: 0022<br>Modul 2: 0023<br>Modul 3: 0024<br>Modul 4: 0025<br>Modul 5: 0026 | -           | -   | -   | Eine gesicherte Grunderkrankung Diabetes muss vorliegen, aber die jeweilige zu testende Folgeerkrankung bzw. Komplikation noch nicht diagnostiziert worden sein (Ergebnis des jeweiligen Tests negativ; getestete Zusatzerkrankung liegt nicht vor).<br><br>Abrechnung nur 1x pro Versichertenteilnahmejahr. |
|   |            | -                 | -           | -   | -         | 10,00 €   | -           | -   | -   | Im gleichen Quartal können nicht die Module zur <u>Früherkennung mit Komplikation</u> und die <u>Module zur Weiterbetreuung</u> abgerechnet werden.  |
| DAK-Gesundheitsvorsorge Module 1-5 Früherkennung mit Komplikation       |            | -                 | -           | -   | -         | Modul 1: 0008<br>Modul 2: 0010<br>Modul 3: 0012<br>Modul 4: 0014<br>Modul 5: 0016 | -           | -   | -   | Eine gesicherte Grunderkrankung Diabetes muss vorliegen, aber die jeweilige zu testende Folgeerkrankung ist noch nicht diagnostiziert worden (Ergebnis des jeweiligen Tests muss positiv sein; getestete Folgeerkrankung/Komplikation liegt vor)   |
|   |            | -                 | -           | -   | -         | 10,00 €   | -           | -   | -   | Dokumentation der entsprechenden neuen Diagnosen (ICD 10-Codes) erforderlich.<br><br>Abrechnung einmal pro Versicherten/Arzt-Vertragsverhältnis.<br><br>Im gleichen Quartal können nicht die Module zur <u>Früherkennung ohne Komplikation</u> und die <u>Module zur Weiterbetreuung</u> abgerechnet werden. |
| DAK-Gesundheitsvorsorge Module 1-5 Weiterbetreuung                      |            | -                 | -           | -   | -         | Modul 1: 0009<br>Modul 2: 0011<br>Modul 3: 0013<br>Modul 4: 0015<br>Modul 5: 0017 | -           | -   | -   | Kann nur abgerechnet werden, wenn in einem Vorquartal das entsprechende DAK-Gesundheitsvorsorge Modul zur <b>Früherkennung mit Komplikation</b> (0008/0010/0012/0014/0016) Leistung abgerechnet worden ist.  |
|   |            | -                 | -           | -   | -         | 10,00 €   | -           | -   | -   | Abrechnung max. 1x pro Quartal und max. 4x pro Versichertenteilnahmejahr<br><br>Im gleichen Quartal können nicht die <u>Module zur Früherkennung mit und ohne Komplikation</u> abgerechnet werden.   |
| Zuschlag Sachkosten für DAK Gesundheitsvorsorge Modul 1 - Früherkennung |            | -                 | -           | -   | -         | 0018  | -           | -   | -   | Die Leistung Zuschlag Sachkosten Modul 1 (0018) darf nur zusammen mit der Leistung Modul 1 Früherkennung mit Komplikation (0008) oder Modul 1 Früherkennung ohne Komplikation 0022 abgerechnet werden.   |
|   |            | -                 | -           | -   | -         | 17,00 €   | -           | -   | -   | Kostenübernahme aller eingesetzten Produkte innerhalb eines Moduls gemäß Handout im Starterpaket und Anlage 3  |
| Zuschlag Sachkosten für DAK Gesundheitsvorsorge Modul 5 - Früherkennung |            | -                 | -           | -   | -         | 0019  | -           | -   | -   | Die Leistung 0019 kann nur mit der Leistung Modul 5 Früherkennung mit Komplikation (0016) oder Modul 5 Früherkennung ohne Komplikation (0026) zusammen abgerechnet werden.   |
|   |            | -                 | -           | -   | -         | 2,00 €  | -           | -   | -   | Kostenübernahme aller eingesetzten Produkte innerhalb eines Moduls gemäß Handout im Starterpaket und Anlage 3.   |

Schreibtischvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung   | EBM-Ziffer | TK, KKH, HEK, HKK | IKK classic | GWQ              | spectrumK   | DAK       | EK (Barmer) | LKK                | AOK       | Erläuterungen / Besonderheiten  |
|--|------------|-------------------|-------------|------------------|-------------|-----------|-------------|--------------------|-----------|---|
| DAK Gesundheitskampagnen   |            | -                 | -           | -                | -           | 0021      | -           | -                  | -         |   |
|  |            | -                 | -           | -                | -           | 10,00 €   | -           | -                  | -         |   |
| Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems zur quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (IFOBT) | 01737      | -                 | -           | 01737p<br>01737k |             |           |             |                    | -         | GWQ: Die Leistung wird für präventive Fälle mit der Ziffer 01737p und für kurative Fälle mit der Ziffer 01737k dokumentiert.  |
|  |            | -                 | -           | 6,00 €           | -           | -         | -           | -                  | -         |   |
| Überprüfung Impfstatus   |            | -                 | -           | HIPST            | -           | -         | -           | -                  | -         |   |
|  |            | -                 | -           | 12,00 €          | -           | -         | -           | -                  | -         |   |
| Verordnung med. Reha   | 01611      | 01611             | 01611       | 01611            | 01611       | 01611     | 01611       | -                  | -         |   |
|  |            | 38,00 €           | 38,00 €     | 38,00 €          | 38,00 €     | 38,00 €   | 38,00 €     | -                  | Pauschale |   |
| Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment   |            | 03240             | 03240       | 03240            | 03240       | 03240     | 03240       | 03240              | -         | Vertragsübergreifend: Die Leistung "Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment" innerhalb der HZV ist von den Änderungen des neuen EBM nicht betroffen. Die Ersetzung der Ziffer 03240 durch die Ziffern 03360 und 03362 im Ziffernkranz erfolgt lediglich, um zu dokumentieren, dass eine Abrechnung gegenüber der KV ausgeschlossen ist. Die 03240 kann max. 2 pro Versichertenteilnahmejahr abgerechnet werden.<br>LKK: Ab dem 61. Lebensjahr; 1 x pro Quartal |
|  |            | 17,00 €           | 17,00 €     | 17,00 €          | 17,00 €     | 17,00 €   | 17,00 €     | 17,00 €            | Pauschale |   |
| Kleine Chirurgie I   | 02300      | 02300 (B-E)       | 02300 (B-E) | 02300 (B-E)      | 02300 (B-E) | -         | -           | -                  | -         |   |
|  |            | 8,00 €            | 8,00 €      | 8,00 €           | 8,00 €      | Pauschale | Pauschale   | Pauschale          | Pauschale |   |
| Kleine Chirurgie II  | 02301      | 02301 (B-E)       | 02301 (B-E) | 02301 (B-E)      | 02301 (B-E) | -         | -           | -                  | -         |   |
|  |            | 16,00 €           | 16,00 €     | 16,00 €          | 16,00 €     | Pauschale | Pauschale   | Pauschale          | Pauschale |   |
| Kleine Chirurgie III   | 02302      | 02302 (B-E)       | 02302 (B-E) | 02302 (B-E)      | 02302 (B-E) | -         | -           | -                  | -         |   |
|  |            | 30,00 €           | 30,00 €     | 30,00 €          | 30,00 €     | Pauschale | Pauschale   | Pauschale          | Pauschale |   |
| Behandlungskomplex einer/von sekundär heilenden Wunde(n)   | 02310      | -                 | -           | -                | -           | -         | -           | 02310              | -         | LKK: 1 x pro Quartal  |
|  |            | Pauschale         | Pauschale   | Pauschale        | Pauschale   | Pauschale | Pauschale   | 20,33 €            | Pauschale |   |
| Behandlung diabetischer Fuß  | 02311      | -                 | -           | -                | -           | -         | -           | 02311_L<br>02311_R | -         | LKK: abrechenbar je Bein und Sitzung  |
|  |            | Pauschale         | Pauschale   | Pauschale        | Pauschale   | Pauschale | Pauschale   | 13,84 €            | Pauschale |   |

Schreibtschvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung   | EBM-Ziffer  | TK, KKH, HEK, HKK | IKK classic | GWQ       | spectrumK   | DAK                   | EK (Barmer) | LKK                | AOK       | Erläuterungen / Besonderheiten   |
|--|---|-------------------|-------------|-----------|-------------|-----------------------|-------------|--------------------|-----------|--|
| Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris | 02312   | -                 | -           | -         | -           | -                     | -           | 02312_L<br>02312_R | -         | LKK: abrechenbar je Bein und Sitzung   |
|  |   | Pauschale         | Pauschale   | Pauschale | Pauschale   | Pauschale             | Pauschale   | 11,04 €            | Pauschale |  |
| Belastungs-EKG   | 03321   | -                 | 03321       | 03321     | -           | Zuschlag              | 03321       | -                  | -         | DAK: Leistung wird über Qualitätszuschläge (Z3 oder Z4) auf P1 vergütet; keine gesonderte Dokumentation notwendig; die Information über die Qualifikation muss dem Hausärzterverband vorliegen.  |
|  |   | Pauschale         | 26,00 €     | 26,00 €   | Pauschale   | Z3 3,00€<br>Z4 5,00 € | 26,00 €     | -                  | Pauschale |  |
| Sonografie Schilddrüse   | 33012   | 33012             | 33012       | 33012     | 33012       | Zuschlag              | 33012       | 33012              | -         | DAK: Leistung wird über Qualitätszuschläge (Z3 oder Z4) auf P1 vergütet; keine gesonderte Dokumentation notwendig; die Information über die Qualifikation muss dem Hausärzterverband vorliegen.  |
|  |   | 11,00 €           | 11,00 €     | 11,00 €   | 11,00 €     | Z3 3,00€<br>Z4 5,00 € | 11,00 €     | 11,00 €            | Pauschale |  |
| Sonografie Abdomen   | 33042   | 33042             | 33042       | 33042     | 33042       | Zuschlag              | 33042       | 33042              | -         | TK, KKH, HEK, HKK, IKK classic, GWQ, spectrumK, LKK: Die 33042 kann maximal 2x im Quartal abgerechnet werden.<br>Barmer: Die 33042 kann maximal 1x im Quartal abgerechnet werden.<br>DAK: Leistung wird über Qualitätszuschläge (Z3 oder Z4) auf P1 vergütet; keine gesonderte Dokumentation notwendig; die Information über die Qualifikation muss dem Hausärzterverband vorliegen. |
|  |   | 21,00 €           | 21,00 €     | 21,00 €   | 21,00 €     | Z3 3,00€<br>Z4 5,00 € | 21,00 €     | 21,00 €            | Pauschale |  |
| Neugeborenen-Screening   | 01707   | 01707             | -           | -         | 01707       | 01707                 | -           | 01707              | -         |  |
|  |   | 14,22 €           | Pauschale   | Pauschale | 14,38 €     | 12,76 €               | Pauschale   | Pauschale          | -         |  |
| Neugeborenen-ersteruntersuchung U1                                     | 01711   | 01711             | 01711       | -         | 01711       | 01711                 | -           | 01711              | -         | IKK classic: Kann nicht in Verbindung mit der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.<br>LKK: Qualifikationsanforderungen analog EBM; Dokumentationsziffern ohne gesonderte Vergütung.   |
|  |   | 13,27 €           | 30,00 €     | Pauschale | 42,83 €     | 31,20 €               | Pauschale   | Pauschale          | -         |  |
| Kindervorsorge U2 - U9   | 01712<br>01713<br>01714<br>01715<br>01716<br>01717<br>01718<br>01719<br>01723 | 01712 (U2)        | 01712 (U2)  | -         | 01712 (U2)  | 01712 (U2)            | -           | 01712 (U2)         | -         | IKK classic: Kann nicht in Verbindung mit der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.<br>LKK: Qualifikationsanforderungen analog EBM; Dokumentationsziffern ohne gesonderte Vergütung.   |
|  |   | 01713 (U3)        | 01713 (U3)  | -         | 01713 (U3)  | 01713 (U3)            | -           | 01713 (U3)         | -         |  |
|  |   | 01714 (U4)        | 01714 (U4)  | -         | 01714 (U4)  | 01714 (U4)            | -           | 01714 (U4)         | -         |  |
|  |   | 01715 (U5)        | 01715 (U5)  | -         | 01715 (U5)  | 01715 (U5)            | -           | 01715 (U5)         | -         |  |
|  |   | 01716 (U6)        | 01716 (U6)  | -         | 01716 (U6)  | 01716 (U6)            | -           | 01716 (U6)         | -         |  |
|  |   | 01717 (U7)        | 01717 (U7)  | -         | 01717 (U7)  | 01717 (U7)            | -           | 01717 (U7)         | -         |  |
|  |   | 01718 (U8)        | 01718 (U8)  | -         | 01718 (U8)  | 01718 (U8)            | -           | 01718 (U8)         | -         |  |
|  |   | 01719 (U9)        | 01719 (U9)  | -         | 01719 (U9)  | 01719 (U9)            | -           | 01719 (U9)         | -         |  |
|  |   | 01723 (U7a)       | 01723 (U7a) | -         | 01723 (U7a) | 01723 (U7a)           | -           | 01723 (U7a)        | -         |  |
|  |   | 42,23 €           | 30,00 €     | Pauschale | 42,83 €     | 31,20 €               | Pauschale   | Pauschale          | -         |  |
| Kindervorsorge U10   | U10   | -                 | -           | -         | 91710       | -                     | -           | -                  | -         |  |
|  |   | -                 | -           | Pauschale | 35,96 €     | Pauschale             | Pauschale   | -                  | -         |  |
| Kindervorsorge U11   | U11   | -                 | -           | -         | 91712       | -                     | -           | -                  | -         |  |
|  |   | -                 | -           | -         | 35,96 €     | -                     | -           | -                  | -         |  |
| Jugendvorsorge J1  | 01720   | 01720             | 01720       | -         | 01720       | 01720                 | -           | 01720              | -         | IKK classic: Kann nicht in Verbindung mit der Zielauftragspauschale abgerechnet werden.<br>LKK: Qualifikationsanforderungen analog EBM; Dokumentationsziffern ohne gesonderte Vergütung.   |
|  |   | 37,38 €           | 30,00 €     | Pauschale | 37,93 €     | 35,96 €               | Pauschale   | Pauschale          | -         |  |

Schreibtvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung   | EBM-Ziffer | TK, KKH, HEK, HKK | IKK classic | GWQ         | spectrumK   | DAK         | EK (Barmer) | LKK  | AOK       | Erläuterungen / Besonderheiten  |
|--|------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--|-----------|---|
| Jugendvorsorge J2  | J2         | -                 | -           | -           | 91121       | -           | -           | -  | -         |   |
|  |            | -                 | -           | -           | 35,96 €     | -           | -           | -  | -         |   |
| Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände | 35100      | 35100             | Zuschlag    | 35100       | 35100       | 35100       | 35100       | Zuschlag                                   | -         | IKK classic: Über Psychosomatik-Zuschlag auf P1 vergütet; die Information über die Qualifikation muss dem Hausärzterverband vorliegen.<br>LKK: Zuschlag wird anteilig je Quartal pro eingeschriebenen Versicherten gezahlt.   |
|  |            | 20,00 €           | 7,00 €      | 20,00 €     | 20,00 €     | 20,00 €     | 20,00 €     | 8,00 €                                     | Pauschale |   |
| Verbale Intervention bei psychosomatischen Krankheitszuständen         | 35110      | 35110 (B-C)       | Zuschlag    | 35110 (B-C) | 35110 (B-C) | 35110 (B-C) | 35110 (B-C) | Zuschlag                                   | -         | IKK classic: Über Psychosomatik-Zuschlag auf P1 vergütet; die Information über die Qualifikation muss dem Hausärzterverband vorliegen.<br>LKK: Zuschlag wird anteilig je Quartal pro eingeschriebenen Versicherten gezahlt.   |
|  |            | 20,00 €           | 7,00 €      | 20,00 €     | 20,00 €     | 20,00 €     | 20,00 €     | 8,00 €                                     | Pauschale |   |
| Besuch   |            | 01410             | -           | -           | 01410       | 01410       | 01410       | Hausbesuch: 1410<br>Heimbesuch: 1414       | -         | TK, KKH, HEK, HKK: Die Vergütung der weiteren Besuchsleistungen des EBM (01411, 01412, 01414, 01415) erfolgt durch das Abrechnen der Einzelleistung 01410 im HZV-Vertrag.<br>spectrumK: weitere Besuchsleistungen sind in der Pauschale enthalten.<br>LKK: 1414 - Heimbesuch max. 4 x pro Quartal   |
|  |            | 30,00 €           | Pauschale   | Pauschale   | 30,00 €     | 32,50 €     | 32,50 €     | Hausbesuch: 30,00 €<br>Heimbesuch: 18,00 € | Pauschale |   |
| Ungeplanter eiliger Besuch   |            | 01410             | -           | -           | -           | -           | -           | 1411<br>1411P                              | -         | Vertragsübergreifend: Nicht abrechenbar, während sich der Hausarzt selbst im Notdienst befindet; Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01411, 01412, 01415)<br>LKK: max. 3 x pro Quartal; Begrenzung gilt nicht für Palliativpatienten (1411P)  |
|  |            | 30,00 €           | Pauschale   | Pauschale   | Pauschale   | Pauschale   | Pauschale   | 60,00 €                                    | Pauschale |   |
| Mitbesuch  | 01413      | -                 | -           | -           | -           | 01413       | 01413       | 1413                                       | -         | LKK: max. 1 x pro Tag   |
|  |            | Pauschale         | Pauschale   | Pauschale   | Pauschale   | 15,00 €     | 15,00 €     | 7,54 €                                     | Pauschale |   |
| Zuschlag für Besuche von Palliativpatienten                            |            | 1490              | -           | 1490        | -           | -           | -           | 1490                                       | -         | LKK: max. 10 x pro Quartal; abrechenbar neben den Leistungen Besuch, Ungeplanter eiliger Besuch und Heimbesuch  |
|  |            | 20,00 €           | -           | 20,00 €     | -           | -           | -           | 20,00 €                                    | Pauschale |   |
| Besuch durch eine VERAH  |            | 1417              | -           | -           | -           | -           | -           | 1417                                       | -         | TK, KKH, HEK, HKK: Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß P3 sowie für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten. Kann max. 10x im Quartal pro Versicherten abgerechnet werden.<br>LKK: Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der kontaktabhängigen Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten; max. 3 x im Quartal |
|  |            | 17,00 €           | -           | -           | -           | -           | -           | 18,00 €                                    | -         |   |
| Poststationäres Überleitungsmanagement                                 |            | -                 | -           | -           | -           | 2004        | -           | -  | -         |   |
|  |            | -                 | -           | -           | -           | 30,00 €     | -           | -  | -         |   |

Schreibtschvorlage HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz  
Zu dokumentierende Leistungsziffern der HZV-Verträge in Rheinland-Pfalz

| Leistung  | EBM-Ziffer              | TK, KKH, HEK, HKK   | IKK classic   | GWQ                     | spectrumK                       | DAK                     | EK (Barmer)   | LKK                                   | AOK   | Erläuterungen / Besonderheiten   |
|---|-------------------------|---|---|-------------------------|---------------------------------|-------------------------|---|---------------------------------------|---|--|
| Postoperative hausärztliche Betreuung                         |                         | -   | -   | -                       | -                               | 2005                    | -   | 2005                                  | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Die Leistung "2005" ist eine HZV-eigene Leistung und muss wie links dargestellt dokumentiert werden.<br>Die postop. Behandlung gemäß EBM-GOP 31600 ist in allen HZV-Verträgen in der Pauschale versenkt und darf somit nicht über die KV abgerechnet werden.<br><b>LKK:</b> pro durchgeführte Operation nur 1 x abrechenbar |
|   |                         | -   | -   | -                       | -                               | 30,00 €                 | -   | 30,00 €                               | Pauschale   |  |
| Impfziffern   | Siehe Anlage 3 Anhang 1 | Siehe Anlage 3 Anhang 1   | Siehe Anlage 3 Anhang 1   | Siehe Anlage 3 Anhang 1 | Siehe G-BA Impfschutzrichtlinie | Siehe Anlage 3 Anhang 1 | Siehe Anlage 3 Anhang 1   | Siehe Anlage 3 Anhang 1               | -   | <b>Vertragsübergreifend:</b> Dokumentation aller Impfziffern erforderlich.<br><b>IKK classic:</b> Impf-Zuschlag bei Quotenerreichung auf P1 bei Influenza-Impfung ab 60 Jahren und 2. MMR-Impfung bei Kindern.   |
|   |                         | HZV-Einzelleistung gemäß gültiger Fassung der Richtlinie des GBA über Schutzimpfungen | Pauschale; Ausnahme: 2,00 € (Impfzuschlag Influenza) 2,00 € (Impfzuschlag 2. MMR) | Pauschale               | Pauschale                       | Pauschale               | Pauschale   | Pauschale                             | Pauschale   |  |
| Wegepauschalen  | Siehe Anlage 3 Anhang 1 | -   | -   | -                       | -                               | -                       | WPA - WPH   | 4401<br>4402<br>4403                  | A: 40220<br>B: 40222<br>C: 40224<br>D: 40226<br>E: 40228<br>F: 40230          |  |
|   |                         | Pauschale   | Pauschale   | Pauschale               | Pauschale                       | Pauschale               | A 3,20 €<br>B 6,30 €<br>C 9,20 €<br>D 6,30 €<br>E 9,80 €<br>F 13,20 €<br>G 10,70 €<br>H 14,80 € | A: 5,00 €<br>B: 10,00 €<br>C: 15,00 € | A: 3,62 €<br>B: 7,13 €<br>C: 10,41 €<br>D: 7,13 €<br>E: 11,10 €<br>F: 14,94 € |  |
| Kontaktabhängige Koordinierungs- und Kommunikations-pauschale |                         | -   | -   | -                       | KKP                             | -                       | -   | -                                     | -   | <b>spectrumK:</b> Berücksichtigung der an den HZV-Vertrag angebotenen Selektivverträge gemäß § 3 Abs. 5 h) i.V.m. Anlage 10 insbesondere Unterstützung beim Überleitungsmanagement.<br>Einmalig pro Versichertenteilnahmejahr. <b>Wird zur Zeit nicht vergütet.</b>  |
|   |                         | -   | -   | -                       | 15,00 €                         | -                       | -   | -                                     | -   |  |
| VKA Pharmakotherapie  |                         | -   | -   | -                       | -                               | -                       | -   | -                                     | V1: 90506<br>V2: 90507<br>V3: 90508   | <b>AOK:</b><br>V1/V2: kann einmalig je Versicherten abgerechnet werden;<br>V3: zur Abrechnung der V3 Pauschale ist ein Arzt-Patienten Kontakt notwendig; V3 Pauschale ist max. 1x im Quartal und ist nicht neben V1/V2 abrechenbar   |
|   |                         | -   | -   | -                       | -                               | -                       | -   | -                                     | V1: 15 €<br>V2: 15 €<br>V3: 10 €  |  |