

Gegenüberstellung 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 - Strukturpauschale		-	-	-	-	-	-	-	-	Vertragsübergreifend: 1 x pro Versichertenteilnahmejahr (VTJ), wird automatisch pro eingeschriebenen Versicherten vergütet. spectrumK, DAK: Auszahlung erfolgt anteilig einmal pro Abrechnungsquartal.
		-	60,00 €	66,00 €	16,00 €	20,00 €	20,00 €	-	-	
P2 - Behandlungspauschale (AOK: B1)		0000	0000	0000	0000	0000	0000	0000	Betreuarzt: 0000 Vertreterarzt: 0004	Vertragsübergreifend: Die 0000 ist zu dokumentieren, wenn ein Arzt-Patienten-Kontakt (APK) stattfindet; löst Behandlungspauschale P2 (AOK: B1) aus. IKK classic, GWQ: 1 x pro Quartal, 3 x VTJ TK, KKH, HEK, hkk, spectrumK: 95,00 € 1. VTHJ, 50,00 € 2. VTHJ DAK: 1 x pro Quartal, 4 x VTJ LKK: GP A: 0-5 Jahre, GP B: 6-59 Jahre und GP C: ≥ 60 Jahre; 1 x pro Quartal AOK: Zur Abrechnung der 0004 ist die Dokumentation eines Arzt-Patienten Kontaktes obligatorisch.
		95,00 € 50,00 €	40,00 €	42,00 €	95,00 € 50,00 €	40,00 €	40,00 €	GP A: 39,00 € GP B: 32,00 € GP C: 44,00 €	32,00 €	
P3 - Betreuungspauschale für chronisch kranke Patienten		0003	0003	0003	0003	0003	0003	0003	0003	IKK classic, GWQ, spectrumK, LKK, AOK: Zusätzlich zur Dokumentationsziffer 0003 muss mindestens eine definierte, gesicherte, endstellige Diagnose nach ICD-10 gemäß Anlage 3 des HZV-Vertrages dokumentiert werden. Die Vergütung erfolgt 1 x pro Quartal. TK, HEK, KKH, hkk, Barmer, DAK: Zusätzlich zur Dokumentationsziffer 0003 (Leistungsbeschreibung siehe Anlage 3) wird das Vorliegen einer chronischen Erkrankung mit kontinuierlichem Betreuungsbedarf vorausgesetzt. Die Vergütung erfolgt 1 x pro Quartal.
		25,00 €	20,00 €	30,00 €	P3.1 10,00 € P3.2 27,50 € P3.3 55,00 €	25,00 € * * Neuregelung ab 01.07.2019 (siehe Infofax vom 12.09.2019)	25,00 € * * Neuregelung ab 01.07.2019 (siehe Infofax vom 12.09.2019)	P3.1 10,00 € P3.2 27,50 € P3.3 55,00 €	76,00 €	

Gegenüberstellung 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
P4 - Betreuungspauschale für die Behandlung multimorbider Patienten		-	Zuschlag	P4	-	Zuschlag	-	-	-	IKK classic: 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. Zuschlag erfolgt 1x pro Quartal. GWQ: Dokumentation von mind. jeweils 1 endstelligen und gesicherten Diagnose nach ICD-10 aus Anhang 3 zu Anlage 3 sowie der Abrechnungsziffer P4. DAK: 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. Regelung gültig bis 30.06.2019. Neuregelung ab 01.07.2019 in Abstimmung (siehe Infofax vom 28.06.2019)
		-	15,00 €	5,00 €	-	-	-	-	-	
Behandlung von Palliativpatienten		0001	Zuschlag	0001	-	-	-	0001	-	TK, KKH, HEK, HKK, IKK classic, GWQ: Nachweis Palliativbehandlung gemäß ICD-10-Code Z51.5G, Auszahlung 1 x pro Quartal GWQ: nicht neben der P2, P3, P4 abrechenbar. LKK: Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO; nicht neben der P2 abrechenbar; 1 x pro Quartal spectrumK/DAK/Barmer/AOK: 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	vgl. Behandlungspauschale	Vertragsübergreifend: Bei Vertretung eines anderen HZV-Hausarztes; mindestens ein APK; nicht bei Vertretungen innerhalb einer BAG/eines MVZ; Abrechnung weiterer einzelner Leistungen je nach Vertrag möglich AOK: Vertreterärzte können sämtliche Leistungen (außer Einschreibepauschale) gemäß Anlage 3a abrechnen.
		20,00 €	20,00 €	20,00 €	12,50 €	17,50 €	17,50 €	12,50 €	vgl. Behandlungspauschale	
Zielauftragspauschale		0005	0005	0005	0005	0005	0005	0005	-	Vertragsübergreifend: 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	-	Vertragsübergreifend: 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	-	-	-	-	TK, KKH, HEK, hkk, Barmer: Wird zur Zeit nicht umgesetzt IKK classic, GWQ: Automatische Vergütung auf jede P2 bei Erreichen der Quoten gemäß Anhang 2 zur Anlage 3 (IKK) bzw. Anhang 3 zur Anlage 3 (GWQ). spectrumK: 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	-	LKK: 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)	-	Vertragsübergreifend: 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)	-	Vertragsübergreifend: 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	

Gegenüberstellung 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	-	Vertragsübergreifend: Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01730 kann einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden. GWQ, Barmer: 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	-	Vertragsübergreifend: Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01731 kann einmal im Kalenderjahr abgerechnet werden. GWQ, Barmer: 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	-	-	Vertragsübergreifend: Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01745 kann einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden. TK, KKH, HEK, hkk: 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. GWQ, Barmer: 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	-	-	Vertragsübergreifend: Abrechnung gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Früherkennung von Krebserkrankungen. Die 01746 bzw. 01745 kann einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden. GWQ, Barmer: Vergütung über Präventionszuschlag, max. 1 x Quartal bei Erbringung einer der folgenden Leistungen HKS, GU, Krebsfrüherkennung Mann/Frau IKK classic: 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	-	Vertragsübergreifend: Die 01732 kann einmal innerhalb von 2 Kalenderjahren abgerechnet werden. TK, KKH, HEK, hkk: Leistungsinhalt entsprechend der Honoraranlage. IKK classic: Check-Up-Zuschlag auf P1; Auszahlung automatisch bei Quotenerreichung, Dokumentation der Ziffer erforderlich. Leistungsinhalt entsprechend der Honoraranlage. GWQ, Barmer: 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 €	-	-	-	

Gegenüberstellung 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 Modul 2: 0023 Modul 3 :0024 Modul 4: 0025 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). 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 Modul 2: 0010 Modul 3: 0012 Modul 4: 0014 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) Dokumentation der entsprechenden neuen Diagnosen (ICD 10-Codes) erforderlich. Abrechnung einmal pro Versicherten/Arzt-Vertragsverhältnis.
		-	-	-	-	10,00 €	-	-	-	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 Modul 2: 0011 Modul 3: 0013 Modul 4: 0015 Modul 5: 0017	-	-	-	Kann nur abgerechnet werden, wenn in einem Vorquartal das entsprechende DAK-Gesundheitsvorsorge Modul zur Früherkennung mit Komplikation (0008/0010/0012/0014/0016) Leistung abgerechnet worden ist.
		-	-	-	-	10,00 €	-	-	-	Abrechnung max. 1x pro Quartal und max. 4x pro Versichertenteilnahmejahr 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.
Ausgabe und Weiterleitung eines Stuhlprobenentnahmesystems zur quantitative immunologische Bestimmung von occultem Blut im Stuhl (iFOBT)	01737	-	-	01737p 01737k	-	-	-	-	-	GWQ: Die Leistung wird für präventive Fälle mit der Ziffer 01737p und für kurative Fälle mit der Ziffer 01737k dokumentiert.
		-	-	6,00 €	-	-	-	-	-	

Gegenüberstellung 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
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 abgechnet werden. 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 02311_R	-	LKK: abrechenbar je Bein und Sitzung
		Pauschale	Pauschale	Pauschale	Pauschale	Pauschale	Pauschale	13,84 €	Pauschale	
Behandlungskomplex eines oder mehrerer chronisch venöser Ulcera cruris	02312	-	-	-	-	-	-	02312_L 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€ 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€ 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. Barmer: Die 33042 kann maximal 1x im Quartal abgerechnet werden. 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€ Z4 5,00 €	21,00 €	21,00 €	Pauschale	

Gegenüberstellung 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
Neugeborenen-Screening	01707	01707	-	-	01707	01707	-	01707	-	
		14,22 €	Pauschale	Pauschale	14,38 €	12,76 €	Pauschale	Pauschale	-	
Neugeborenen-erstuntersuchung U1	01711	01711	01711	-	01711	01711	-	01711	-	IKK classic: Kann nicht in Verbindung mit der Zielauftragspauschale abgerechnet werden. LKK: Qualifikationsanforderungen analog EBM; Dokumentationsziffern ohne gesonderte Vergütung.
		13,27 €	30,00 €	Pauschale	42,83 €	31,20 €	Pauschale	Pauschale	-	
Kindervorsorge U2 - U9	01712 01713 01714 01715 01716 01717 01718 01719 01723	01712 (U2)	01712 (U2)	-	01712 (U2)	01712 (U2)	-	01712 (U2)	-	IKK classic: Kann nicht in Verbindung mit der Zielauftragspauschale abgerechnet werden. 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. LKK: Qualifikationsanforderungen analog EBM; Dokumentationsziffern ohne gesonderte Vergütung.
		37,38 €	30,00 €	Pauschale	37,93 €	35,96 €	Pauschale	Pauschale	-	
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. 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. 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 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. spectrumK: weitere Besuchsleistungen sind in der Pauschale enthalten. LKK: 1414 - Heimbesuch max. 4 x pro Quartal
		30,00 €	Pauschale	Pauschale	30,00 €	32,50 €	32,50 €	Hausbesuch: 30,00 € Heimbesuch: 18,00 €	Pauschale	
Ungeplanter eiliger Besuch		01410	-	-	-	-	-	1411 1411P	-	Vertragsübergreifend: Nicht abrechenbar, während sich der Hausarzt selbst im Notdienst befindet; Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01411, 01412, 01415) 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	

Gegenüberstellung 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
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. LKK: Hausbesuch einer VERAH bei einem Patienten mit zuschlagsfähiger Erkrankung gemäß der Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten; max. 3 x im Quartal
		17,00 €	-	-	-	-	-	18,00 €	-	
Telemedizinisches Versorgungsmodul		-	-	Besuch durch VERAH: 0060 Betreuung Hausarzt: 0061 Sturzrisikoanalyse: 0062 Gesundheitsfragebogen Depression: 0063 (B) Wundanalyse: 0064	-	-	-	-	-	GWQ: separate Teilnahme erforderlich: Bitte Anlage 15 nebst Anhängen des HzV-Vertrages beachten.
		-	-	Besuch durch VERAH: 20,00 € Betreuung Hausarzt: 15,00 € Sturzrisikoanalyse: 13,00 € Gesundheitsfragebogen Depression: 10,00 € Wundanalyse: 13,00 €	-	-	-	-	-	
Postoperative hausärztliche Betreuung		-	-	-	-	2005	-	2005	-	Vertragsübergreifend: Die Leistung "2005" ist eine HZV-eigene Leistung und muss wie links dargestellt dokumentiert werden. 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. LKK: pro durchgeführte Operation nur 1 x abrechenbar
		-	-	-	-	30,00 €	-	30,00 €	-	
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	-	Vertragsübergreifend: Dokumentation aller Impfziffern erforderlich. IKK classic: 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 4402 4403	A: 40220 B: 40222 C: 40224 D: 40226 E: 40228 F: 40230	
		Pauschale	Pauschale	Pauschale	Pauschale	Pauschale	A 3,20 € B 6,30 € C 9,20 € D 6,30 € E 9,80 € F 13,20 € G 10,70 €	A: 5,00 € B: 10,00 € C: 15,00 €	A: 3,62 € B: 7,13 € C: 10,41 € D: 7,13 € E: 11,10 € F: 14,94 €	
Koordinierungs- und Kommunikations-pauschale		-	-	-	KKP	-	-	-	-	spectrumK: Berücksichtigung der an den HzV-Vertrag angebotenen Selektivverträge gemäß § 3 Abs. 5 h) i.V.m. Anlage 10 insbesondere Unterstützung beim Überleitungsmanagement. Einmalig pro Versichertenteilnahmejahr. Wird zur Zeit nicht vergütet.
		-	-	-	15,00 €	-	-	-	-	
VKA Pharmakotherapie		-	-	-	-	-	-	-	V1: 90506 V2: 90507 V3: 90508	AOK: V1/V2: kann einmalig je Versicherten abgerechnet werden; 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 € V2: 15 € V3: 10 €	