

Hausarztverträge in Sachsen- Anhalt

für das Jahr 2024

Inhaltsverzeichnis

1 AOK Sachsen-Anhalt	3
2 IKK gesund plus	6
2.1 IKK gesund plus Kinder	9
3 Techniker Krankenkasse	11
4 vdek (BARMER, DAK, KKH, HEK, hkk)	14
5 Sonstige Krankenkassen	15
5.1 IKK classic	15
5.2 BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte sowie Novitas BKK und BKK Mobil Oil	15
5.3 Knappschaft	16
5.4 Bahn BKK	16
5.5 Landwirtschaftliche Krankenkasse	16
5.6 BIG direkt gesund	17

1 AOK Sachsen-Anhalt

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkungen	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	pro Jahr eine kontaktunabhängige Grundpauschale für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschriebenen HZV-Versicherten	wird durch KV berechnet und vergütet	Die KK stellen die bis 31.03. des Jahres eingeschriebenen Versicherten der KV zur Verfügung	Ende 2. Quartal	20,00 EUR
Grundpauschale G2	pro Jahr für Qualitätsmanagementprozess für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschriebenen HZV-Versicherten	wird durch KV berechnet und vergütet	Berechnung auf Grundlage der im 1. Quartal eingeschriebenen Versicherten	Ende 4. Quartal	5,00 EUR
Versorgungssteuerung V1	Zielquoten: Rabatterfüllungsquoten ≥ 90 % oder ≥ 85 % oder ≥ 80 % Blutzuckerteststreifen ≥ 92,59 % Moderne Wundauflagen ≥ 72,00 % Wirkstoffe auf das RAA-System ≥ 98,93 %	wird durch KV berechnet und vergütet	Erfüllung der Zielquoten wird vom Vorjahr von der KK ermittelt und durch die KV berechnet.	Ende 4. Quartal	2.000 EUR 1.500 EUR 1.000 EUR 150 EUR 150 EUR 150 EUR
VERAH	je VERAH und mindestens 200 HZV-Versicherten in der Praxis	wird durch KV berechnet und vergütet	VERAH muss bis 01.07. des Jahres bei der KV gemeldet sein, an Hand der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten berechnet die KV	Ende 4. Quartal	1.000 EUR
Zusätzliche HZV-Leistungen					
VERAH Screening Maßnahmen Herzinsuffizienz (extra Genehmigung notwendig)	- HZV-Versicherte der AOK - Telefonkontakt inkl. Doku, max. 3x im Qu. - Hausbesuch - für eine ersatzw. Schulung von min. 45 Min. in Praxis - Beratungsgespräch (durch den Arzt) 1x im Qu.-	99790 99791 99792 99793	Die Einschreibung ein Jahr, bei Bedarf 2x nachfolgend jeweils für ein Jahr Einschreibung möglich Voraussetzung der endstellige ICD: I50.00, I50.01, I50.03, I50.04, I50.05, I50.12, I50.13 oder I50.14 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	10,00 EUR 17,00 EUR 17,00 EUR 10,00 EUR
Check-up Plus	- HZV-Versicherte der AOK - einmal ab vollendetem 18. bis zum vollendetem 35. Lbj. - ab dem 35. Lbj. jedes 2. Kalenderjahr mit Gutschein	99022	neben 01732 (gesetzlicher Check up) 01746 (Hautcheck)) und 01734 (Hepatitis-Screening) abrechenbar	mit der EBM-Quartalsabrechnung	13,73 EUR + 38,90 EUR (für GOP 01732)
Medikationscheck	auf Initiative der AOK o. auf Anfrage durch den Arzt, 1x im Kalenderjahr	99840		mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Screening-Maßnahme Früherkennung Linksherzinsuffizienz	Alle AOK Versicherten (1x jährlich) Screening bei negativem Befund (1.-3. Quartal des Jahres)	99715N	Voraussetzung für das Screening ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: I11.9-, I13.1-, I13.9-, I25.0, I25.1, I25.3, I25.6, I25.8, I25.9, I25.2, I20, I09, I25.5, I42, I43, I51.4 I51.5, I05 bis I08, I34 bis	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR

			I39, I45.8, I45.9, I47.1, I47.9, I48, I49.8, I49.9 gesichert		
	bei Erstunters. spezifischer Befund (1.–3. Quartal) bei Weiterbetreuung bei positivem Befund im Folgequartal (2.-4. Quartal.)	99715P 99716	Voraussetzung für 99715P oder 99716 ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: I50.11, I50.12, I50.13, I50.14 sowie I50.19 (jeweils gesichert) sowie mindestens eine der I11.9-, I13.1-, I13.9-, I25.0, I25.1, I25.3, I25.6, I25.8, I25.9, I25.2, I20, I09, I25.5, I42, I43, I51.4 I51.5, I05 bis I08, I34 bis I39, I45.8, I45.9, I47.1, I47.9, I48, I49.8, I49.9 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR 15,00 EUR
Spezifizierung des Schweregrades bei depressiven Störungen	Alle AOK Versicherten (1x jährlich) bei Erstunters. spez. Befund (1.–3. Qu.) bei Weiterbetreuung im Folgequartal (2.-4. Quartal des Jahres)	99704 99705	Abrechnungsvoraussetzung für 99704 sind die ICD's in mindestens einem Quartal im Vorjahr o. laufendem Jahr: F32.8 bis F32.9 oder F33.8 bis F33.9 gesichert und keine spezifische Depression mit der F32.0 bis F32.3 oder F33.0 bis F33.4	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Verhinderung von Komplikationen u. Folgeerkrankungen bei neurogener Blasenfunktionsstörung	Alle AOK Versicherten Statusüberprüfung, Beratung ICD-10 Voraussetzung einer ungehemmten neurogenen Blasenentleerung jeweils gesichert, max. 1x im Qu.	99760	Voraussetzung der endstellige ICD: N31.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Verhinderung von Komplikationen bei chronisch respiratorischer Insuffizienz	Alle AOK Versicherten Statusüberprüfung, Beratung, Integration der Erkrankung Voraussetzung chronische respiratorische Insuffizienz u. ggf. weitere chronische obstruktive Lungenerkrankung jeweils gesichert, max. 1x im Quartal abrechenbar	99761	Voraussetzung der endstellige ICD: J96.1- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Verhinderung von Komplikationen u. Folgeerkrankungen bei COPD-Pat. mit pulmonaler Herzerkrankung	Alle AOK Versicherten Statusüberprüfung, Prophylaxe, Beratung, Voraussetzung COPD chronische obstruktive Lungenerkr. o. sonstige pulmonale Herzerkr. u. ggf. weitere Erkr. wie chron. respirato-rische Insuffizienz o. Rechtsherzinsuffizienz jeweils gesichert, max. 1x im Qu.	99762	Voraussetzung der endstellige ICD: J44.0- oder J44.1- und I27.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Verhinderung von Komplikationen u.	Alle AOK Versicherten	99763	Voraussetzung der endstellige ICD: G81.- oder G82.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR

Folgeerkrankungen bei Hemi- Para- oder Tetraparese/-plegie	Statusüberprüfung u. präventive Maßnahmen, Prophylaxe, Pflegebedürftigkeit u. Wohnumfeld verbessernde Maßnahmen, Vorausset-zungen Hemiparese und Hemiplegie oder Paraparese und Paraplegie jeweils gesichert				
Rationale Antibiotikaversorgung	Alle AOK Versicherten einschl. Kinder CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung Kinder,	99713	nicht neben 32128 abrechenbar, Kosten für Teststreifen mit der Vergütung abgegolten	mit der EBM- Quartalsabrechnung	11,50 EUR
Bes. Aufwand bestehender, dauerhafter Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten	Alle AOK Versicherten Doku aller relevanten gesicherten Diagnosen, 1x je Qu. sowie in jedem weiteren Folgequ.	99711	Nachweis der Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten im Abrechnungsquartal keine Verordnung von DOAK's	mit der EBM- Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Bes. Aufwand bei erstmaliger Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten - Neueinstellung bzw. Umstellung	Alle AOK Versicherten Doku aller relevanten gesicherten Diagnosen, 1x je Qu. sowie in jedem weiteren Folgequartal	99712	Nachweis einer neuen Verordnung oder die Umstellung auf Vitamin-K-Antagonisten im Abrechnungsquartal keine Verordnung von DOAK's	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Früherkennung und Verlaufsbeobachtung einer pAVK mittels ABL-Methode	Alle AOK Versicherten Bestimmung des Schweregrades bei Atherosklerose der Extremitätenarterien, 1x jedes 2. Kalenderjahr	99847	Voraussetzung der endstellige ICD: I25.-, I69.3, I69.4, I70.20 bis 70.26 gesichert	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR

2 IKK gesund plus

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	pro Jahr eine kontaktunabhängige Grundpauschale für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschr. Vers. - mit HZV-Software IKK gesund plus - ohne HZV-Software IKK gesund plus, wenn die PVS das Modul nicht anbietet - ohne HZV-Software IKK gesund plus	wird durch KV berechnet und vergütet	Die KK stellen die bis 31.03. des Jahres eingeschriebenen Versicherten der KV zur Verfügung	Ende 2. Quartal	25,00 EUR 20,00 EUR 10,00 EUR
Versorgungssteuerung V1	Zielquoten: Tapendadol < 16,13 % DOAKs (Dapigatran, Apixaban, Endoxaban, Rivaroxaban) < 84,21 % Wirkstoffe auf das kardiovaskuläre System Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor 0 % CO9DX04	wird durch KV berechnet und vergütet	Erfüllung der Zielquoten wird vom Vorjahr von der KK ermittelt und durch die KV berechnet.	Ende 4. Quartal	Bei Erreichen von einem 150,00 EUR von zwei 350,00 EUR von drei 600,00 EUR
VERAH	je VERAH u. mindestens 30 HZV-Versicherten in der Praxis	wird durch KV berechnet und vergütet	VERAH muss bis 01.07. des Jahres bei der KV gemeldet sein, an Hand der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten berechnet die KV	Ende 4. Quartal	300,00 EUR
Zusätzliche HZV-Leistungen					
Hausbesuch VERAH	- HZV-Versicherte der IKK gesund plus - VERAH besichtigt häusliche Umfeld (wenn es notwendig ist, Empfehlung max. 2 x jährlich)	99798	Auch neben VERAH Hausbesuch 03062, 03063, 38100 oder 38105 abrechenbar	mit der EBM-Quartalsabrechnung	10,00 EUR
	- VERAH dokumentiert die grundpflegerische Tätigkeit (beim Einsatz eines Pflegedienstes und wenn es notwendig ist, Empfehlung max. 2 x jährlich)	99799			10,00 EUR
VERAH Screening Maßnahmen Herzinsuffizienz (extra Genehmigung notwendig) Wird derzeit verhandelt als neue Leistung bei der IKK!	- HZV-Versicherte der IKK gesund plus - Telefonkontakt inkl. Doku, max. 3x im Qu. - Hausbesuch - für eine ersatzw. Schulung von min. 45 Min. in Praxis - Beratungsgespräch 1x im Qu.-	99790	Die Teilnahme der Versicherten gilt ein Jahr, bei Bedarf kann der Versicherte noch 2x nachfolgend jeweils für ein Jahr eingeschrieben werden Keine Einschreibung notwendig!	mit der EBM-Quartalsabrechnung	10,00 EUR
		99791			17,00 EUR
		99792			17,00 EUR
		99793			10,00 EUR
Check-up Plus	- HZV-Versicherte der IKK gesund plus - einmal ab vollendetem 18. bis zum vollendetem 35. Lbj.	neben 01732 (gesetzlicher Check up) 01746	99022	mit der EBM-Quartalsabrechnung	13,73 EUR + 38,90 EUR

	- ab dem 35. Lbj. jedes 2. Kalenderjahr mit Gutschein	(Hautcheck)) und 01734 (Hepatitis-Screening) abrechenbar			(für GOP 01732)
Medikationscheck	auf Initiative der IKK gesund plus oder auf Anfrage vom behandelnden Arzt, 1x im Kalenderjahr	99840		mit der EBM- Quartalsabrechnung	17,50 EUR
Screening-Maßnahme Früherkennung Typ-2-Diabetes	Alle IKK Versicherten mit Adipositas BMI 35kg/m ² und mehr, ohne bekannten Diabetes mellitus (1x jährlich) Screening bei positivem Befund (1.-3. Quartal des Jahres) Screening bei negativem Befund (1.-3. Quartal des Jahres) Weiterbehandlung. bei positivem Befund im Folgequartal (2.-4. Quartal des Jahres)	99702P 99702N 99703	Voraussetzung für das Screening ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E66.X1, E66.X6, E66.X7 oder E66.X8 gesichert Voraussetzung für 99702P oder 99721 ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E10.- bis E14.- plus ein ICD E66.X1, E66.X6, E66.X7 oder E66.X8 gesichert	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR 15,00 EUR 15,00 EUR
Screening-Maßnahme Spezifikation Schweregrad bei Diabetes Typ 2	Alle IKK gesund plus Versicherte mit Diabetes mellitus mit undefinierten Komplikationen (1x jährlich) bei Erstunters. unspezifischer Befund (1.–3. Quartal)	99720N	Voraussetzung für das Screening ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E10.8-, E10.9-, E11.8-, E11.9-, E12.8-, E12.9-, E13.8-, E13.9-, E14.8- oder E14.9- gesichert	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR
	Alle IKK gesund plus Versicherte mit Diabetes mellitus mit undefinierten Komplikationen (1x jährlich) bei Erstunters. spezifischer Befund (1.–3. Quartal)	99720P 99721	Voraussetzung für 99702P oder 99721 ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E10.0- bis E10.6-, E11.0- bis E11.6-, E12.0- bis E12.6-, E13.0- bis E13.6-, E14.0- bis E14.6-, G59.0, G63.2, I79.2 oder N08.3 gesichert	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR 15,00 EUR
Screening-Maßnahme Neuropathie	Alle IKK gesund plus Versicherte (1x jährlich) bei Erstunters. unspezifischer Befund (1.–3. Quartal)	99841N	Voraussetzung für das Screening ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E10.- bis E14.- gesichert;	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR
	Alle IKK gesund plus Versicherte (1x jährlich) bei Erstunters. spezifischer Befund (1.–3. Quartal) bei Weiterbetreuung bei positivem Befund im Folgequartal (2.-4. Quartal des Jahres)	99841P 99842	Voraussetzung für 99841P oder 99842 ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E10.4-, E10.7-, E11.4-, E11.7-, E12.4-, E12.7-, E13.4-, E13.7-, E14.4- oder E14.7- plus G59.0 oder G63.2 gesichert	mit der EBM- Quartalsabrechnung	15,00 EUR 15,00 EUR

Screening-Maßnahme auf PAVK, wenn nicht bekannt ist	Alle IKK gesund plus Versicherte mit einer Gefäßerkrankung und zwei der Risikofaktoren: Starker Raucher, Diabetes mellitus, Hypertonie (1x jährlich) bei Erstunters. unspezifischer Befund (1.–3. Quartal)	99843N	Voraussetzung für das Screening ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: ICD E10.- bis E14.- oder I10.- bis I15.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
	bei Erstunters. spezifischer Befund (1.–3. Quartal) bei Weiterbetreuung bei positivem Befund im Folgequartal (2.-4. Quartal.)	99843P 99844	Voraussetzung für 99843P oder 99844 ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: E10.- bis E14.- oder I10.- bis I15.- gesichert in Verbindung mit E10.5-, E10.7-, E11.5-, E11.7-, I70.2- oder I73.9 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR 15,00 EUR
Screening-Maßnahme Früherkennung Linksherzinsuffizienz	Alle IKK gesund plus Versicherten (1x jährlich) Screening bei negativem Befund (1.-3. Quartal des Jahres)	99715N	Voraussetzung für das Screening ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: I11.9-, I13.1-, I13.9-, I25.0, I25.1, I25.3, I25.6, I25.8, I25.9, I25.2, I20, I09, I25.5, I42, I43, I51.4 I51.5, I05 bis I08, I34 bis I39, I45.8, I45.9, I47.1, I47.9, I48, I49.8, I49.9 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
	bei Erstunters. spezifischer Befund (1.–3. Quartal) bei Weiterbetreuung bei positivem Befund im Folgequartal (2.-4. Quartal.)	99715P 99716	Voraussetzung für 99715P oder 99716 ist das Vorliegen und die Angabe des endstelligen ICD: I50.11, I50.12, I50.13, I50.14 sowie I50.19 (jeweils gesichert) sowie mindestens eine der I11.9-, I13.1-, I13.9-, I25.0, I25.1, I25.3, I25.6, I25.8, I25.9, I25.2, I20, I09, I25.5, I42, I43, I51.4 I51.5, I05 bis I08, I34 bis I39, I45.8, I45.9, I47.1, I47.9, I48, I49.8, I49.9 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR 15,00 EUR
Spezifizierung des Schweregrades bei depressiven Störungen	Alle IKK gesund plus Versicherten (1x jährlich) bei Erstunters. spez. Befund (1.–3. Qu.) bei Weiterbetreuung im Folgequartal (2.-4. Quartal des Jahres)	99704 99705	Abrechnungsvoraussetzung für 99704 sind die ICD's in mindestens einem Quartal im Vorjahr o. laufendem Jahr: F32.8 bis F32.9 oder F33.8 bis F33.9 gesichert und keine spezifische Depression mit der F32.0 bis F32.3 oder F33.0 bis F33.4	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR

Bes. Aufwand bestehender, dauerhafter Therapie mit Vitamin-K-Antagonisten	Alle IKK gesund plus Versicherten Doku aller relevanten gesicherten Diagnosen, 1x je Qu. pro Pat. u. in jedem weiteren Folgequartal	99711	Nachweis der Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten im Abrechnungsquartal keine Verordnung von DOAK's	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Rationale Antibiotikaversorgung	Alle IKK gesund plus Versicherten einschl. Kinder CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung Kinder,	99713	nicht neben 32128 abrechenbar, Kosten für Teststreifen mit der Vergütung abgegolten	mit der EBM-Quartalsabrechnung	11,50 EUR
Bes. Aufwand bei erstmaliger Verordnung von Vitamin-K-Antagonisten - Neueinstellung bzw. Umstellung	Alle IKK gesund plus Versicherten Doku aller relevanten gesicherten Diagnosen, 1x je Qu. pro Pat. u. in jedem weiteren Folgequartal	99712	Nachweis einer neuen Verordnung oder die Umstellung auf Vitamin-K-Antagonisten im Abrechnungsquartal keine Verordnung von DOAK's	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Früherkennung und Verlaufsbeobachtung einer pAVK mittels ABI-Methode	Alle IKK gesund plus Versicherten Voraussetzung atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheiten, Folgen eines Hirninfarktes oder Folgen eines Schlaganfalls bzw. zur Bestimmung des Schweregrades bei Atherosklerose der Extremitätenarterien, 1x jedes 2. Kalenderjahr	99847	Voraussetzung der endstellige ICD: I25.-, I69.3, I69.4, I70.20 bis 70.26 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Arbeitsunfähigkeits-Check	Alle HZV-IKK gesund plus Versicherte Überprüfung der AU (mehr als 6 Wochen, Unterstützung des Versicherten bei der Erlangung der Arbeitsfähigkeit durch individuelle Beratung/Aufklärung	99101	Nur auf Veranlassung der IKK gesund plus	mit der EBM-Quartalsabrechnung	25,00 EUR
Behandlung von Erwachsenen mit Neurodermitis	Alle IKK Versicherte ▪ adäquate Behandlung unter Einbeziehung des Settings ▪ Verhinderung einer Progression des atopischen Ekzems ▪ Sensibilisierung des Versicherten ▪ ab 18. Lbj. 2x je Pat.	93247E		mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR

2.1 IKK gesund plus Kinder

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	pro Jahr eine kontaktunabhängige Grundpauschale für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschr. Vers.	wird durch KV berechnet und vergütet	Die KK stellen die bis 31.03. des Jahres eingeschriebenen Versicherten der KV zur Verfügung	Ende 2. Quartal	20,00 EUR

Versorgungssteuerung V1	Zielquoten: Tapendadol < 16,13 % DOAKs (Dapigatran, Apixaban, Endoxaban, Rivaroxaban) < 84,21 % Wirkstoffe auf das kardiovaskuläre System Angiotensin-Rezeptor-Neprilysin-Inhibitor 0 % CO9DX04	wird durch KV berechnet und vergütet	Erfüllung der Zielquoten wird vom Vorjahr von der KK ermittelt und durch die KV berechnet.	Ende 4. Quartal	Bei Erreichen von einem 150,00 EUR von zwei 350,00 EUR von drei 600,00 EUR
Gesundheitscoaching Module für HZV-Versicherte/Kinder					
Adipositas	Behandlung v. Kd./Jugdl. bis voll. 18. Lbj. mit Adipositas (BMI > Perzentile 97) max. 2 x im Kalenderjahr/max. 1 x im Qu.	93240	Voraussetzung ICD: E66._ gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Adipositas	Durchführung des oGTT bei hochgradig adipösen Kindern (BMI > Perzentile 97) zur Früherkennung des Diabetes mellitus 1 x alle 2 Kalenderjahre	93241	Voraussetzung ICD: E66._ gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Chronischer Schmerz	Behandlung von Kd./Jugdl. mit chronischem Schmerz bis voll. 18. Lbj. max. 2 x im Kalenderjahr/max. 1 x im Qu.	93242	Voraussetzung ICD: F45.4-, G43.-, G44.-, R51 oder R52.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Essstörungen	Behandlung von Kd./Jugdl. mit Essstörungen bis voll. 18. Lbj. max. 2 x im Kalenderjahr/max. 1 x im Qu.	93243	Voraussetzung ICD: F50.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Transition	Begleitung von Kd./Jugdl. mit chron. Erkrankungen in die Erwachsenenmedizin vom voll. 17. bis zum voll. 18. Lbj. max. 1 x abrechnungsfähig	93246	Voraussetzung ist das Vorliegen einer gesicherten chron. Erkrankung	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Atopische Erkrankungen	Behandlung von Kd./Jugdl. bis voll. 18. Lbj. mit den atopischen Erkrankungen max. 4 x im Kalenderjahr	93247	Voraussetzung ICD: K50-52, L20.-, H10.1, J30.-, J44.8-, J45.-, L50.0 oder L50.9 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	15,00 EUR
Rationale Antibiotikaversorgung	CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung	93249	nicht neben 32128 abrechenbar, Kosten für Teststreifen mit der Vergütung abgegolten	mit der EBM-Quartalsabrechnung	11,50 EUR

3 Techniker Krankenkasse

Hier sind die HZV-Leistungen und die Vergütung für 2023 ausgewiesen, da für das Jahr 2024 noch die kompletten HZV-Verhandlungen laufen!

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Weiterhin ausschl. Abrechnung nach EBM, Umwandlung in Selektivvertragsvergütung erfolgt durch KVSA.					
Kontaktunabhängige Grundpauschale P1	pro Jahr eine kontaktunabhängige Grundpauschale	wird durch KV zugesetzt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	7,00 EUR
Kontaktabhängige Pauschale P2	Persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt je Behandlungsfall	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	48,47 EUR
Altersgruppenspez. Betreuungspauschale P3.1	Zuschlag für den bes. Betreuungsaufwand in der Altersgruppe 18 bis 54 Jahre 1x pro Quartal bei Arzt-Patienten-Kontakt	wird durch KV zugesetzt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	14,80 EUR
Altersgruppenspez. Betreuungspauschale P3.2	Zuschlag für den bes. Betreuungsaufwand in der Altersgruppe 55 bis 74 Jahre 1x pro Quartal bei Arzt-Patienten-Kontakt	wird durch KV zugesetzt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	22,20 EUR
Altersgruppenspez. Betreuungspauschale P3.3	Zuschlag für den bes. Betreuungsaufwand in der Altersgruppe ab 75 Jahre 1x pro Quartal bei Arzt-Patienten-Kontakt	wird durch KV zugesetzt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	26,44 EUR
Vertreterpauschale	Persönlicher (Vertreter)Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	14,60 EUR
Pauschale für Auftragsleistung	max. 1 x im gleichen Qu. als Pauschale für die Behandl. auf Überweisung abrechenbar	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	14,60 EUR
Innovationszuschlag, wenn mind. eine P2 (Z1)	Erfüllung von mind. drei Voraussetzungen: - TI-Paket mit Vorhalten des jeweils verfügbaren aktuellsten Updates für: - KIM (mind. Version 1.5) - Elektronischen Heilberufausweis (mind. G2) - e-Health Konnektor (mind. PTV4) - PVS (Anwendung Module eMP, eAU, ePA, eRezept) - e-Health-Kartenterminal - Versand und Empfang von elektronischen Arztbriefen unter Nutzung von KIM - Bereitstellung online buchbarer Termine - Angebot einer Videosprechstunde - Einsatz eines PVS-Moduls zum Notfalldatenmanagement	wird durch KV zugesetzt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	70,00 EUR

	Je teilnehmenden Arzt, einmalig je Quartal bei Abrechnung mind. einer P2				
Modul Digitalisierung					
ePA-Start	- Erstbefüllung der ePA - Anlage des Notfalldatensatzes (NFDm) in ePA u./o. EGK (wenn Notfalldaten vorhanden) (GOP 01640) - Fakultativ: Anlage Medikationsplans in der ePA (GOP 01630)	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	35,63 EUR
ePA-Aktualisierung	Abrechenbar bei mindestens einer Aktualisierung von Dokumenten, Berichten, Impfungen, Eintragungen in Medikationsplan und Notfalldatensatz	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	7,13 EUR
Onlinevideo-sprechstunden	Im Behandlungsfalle findet die Sitzung ausschließlich per Videokontakt statt	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,09 EUR
VERAH-Zuschlag Z2	auf P2 bei genehmigter Praxisassistentin	wird durch KV von EBM in Pauschalen umgewandelt		mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,75 EUR
VERAH-Hausbesuch	Unabhängig vom Versorgungsgrad	03062 03063		mit der EBM-Quartalsabrechnung	22,15 EUR 16,20 EUR
Früherkennung bei Diabetes mellitus und Hypertonie					
Früherkennung PAVK	HZV-TK-Versicherten ab 50. Lebensjahr bei negativen Befund 1 x im KHF oder	92108N	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.- bis E14.-oder I10.- bis I13.- - gesichert;	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR
	bei positivem Befund 1 x im KHF und	92108P	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.5-, E10.7-, E11.5-, E11.7-, E12.5-, E12.7-, E13.5-, E13.7-, E14.5-, E14.7- oder I10.- bis I13.- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR
	bei Weiterbetreuung im Folgequartal nach positivem Befund max. 2x je KHF, 1 x im Quartal	92109	plus ICD I70.2- oder I79.2 -gesichert		20,47 EUR
Früherkennung chronische Nierenkrankheit	HZV-TK-Versicherten Messung der Kreatinin-Clearance, Messung der Mikroalbuminurie mit einem spezifisch für den Nachweis einer Mikroalbuminurie geeigneten Teststreifen Wiederholung im 2 bis 4- wöchigen Abstand bei negativen Befund 1 x im KHF	92104N	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.- bis E14.-oder I10.- bis I13.- - gesichert;	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR
	bei positivem Befund 1 x im KHF Weiterbetreuung im Folgequartal max. 2x je KHF	92104P 92105	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.2-, E10.7-, E11.2-, E11.7-, E12.2-, E12.7-, E13.2-, E13.7-, E14.2-, E14.7- oder I10.- bis I13.- gesichert plus einen der ICD N18.1 bis N18.5 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR 20,47 EUR

Früherkennung bei Diabetes mellitus					
Früherkennung (Lower Urinary Tract Symptoms)	HZV-TK-Versicherten Ausführliche Anamnese, bei Vorliegen von Risikofaktoren, Auftrag zum Führen eines 48h-Miktions-Tagebuches u. bei negativen Befund 1 x im KHF	92101N	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.- bis E14.-- gesichert;	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR
	Auswertung bei positivem Befund 1 x im KHF bei Weiterbetreuung im Folgequartal max. 2x je KHF	92101P 92102	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.4-, E10.7-, E11.4-, E11.7-, E12.4-, E12.7-, E13.4-, E13.7-, E14.4- oder E14.7- - gesichert plus einen der ICD N31.1 oder N31.2 gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR 20,47 EUR
Früherkennung Neuropathie bei Diabetes im Erwachsenenalter	HZV-TK Versicherten Körperliche Unters., Prüfung der Sensibilität, bei negativen Befund 1 x im KHF oder Diagnosemittel zur Schweißresektionsbestimmung, 1-mal als Zuschlag zu 92111N oder 92111P	92111N	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.- bis E14.-- gesichert;	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR
	HZV-TK-Versicherten Körperliche Unters., Prüfung der Sensibilität, bei positivem Befund 1 x im KHF bei Weiterbetreuung im Folgequartal max. 2x je KHF	92111P 92112	Voraussetzung des endstelligen ICD: E10.4-, E10.7-, E11.4-, E11.7-, E12.4-, E12.7-, E13.4-, E13.7-, E14.4- oder E14.7- - gesichert plus einen der endstelligen ICD G59.0, G63.2 oder G99.0- gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR 20,47 EUR
Früherkennung Diabetesleber	HZV-TK-Versicherten Ultraschalluntersuchung des Leberparenchyms, labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte bei negativen Befund 1 x im KHF	92115N	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.- bis E14.-- gesichert;	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR
	HZV-TK-Versicherten Ultraschalluntersuchung des Leberparenchyms, labormedizinische Untersuchung und Interpretation der Leberwerte bei positivem Befund 1 x im KHF bei Weiterbetr. im Folgequ. max. 2x je KHF	92115P 92116	Voraussetzung der endstellige ICD: E10.6-, E10.7-, E11.6-, E11.7-, E12.6-, E12.7-, E13.6-, E13.7-, E14.6- oder E14.7- - gesichert plus ICD K77.8 - gesichert	mit der EBM-Quartalsabrechnung	20,47 EUR 20,47 EUR
Rationale Antibiotikaversorgung	CRP-Schnelltest zur Prüfung einer Antibiotikaverordnung	99713	nicht neben 32128 abrechenbar, Kosten für Teststreifen mit der Vergütung abgegolten	mit der EBM-Quartalsabrechnung	11,92 EUR

4 vdek (BARMER, DAK, KKH, HEK, hkk)

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Einschreibepauschale	Einschreibung, Arzt Patientenkontakt erforderlich	98700 wird durch die KV automatisch zugewiesen	Je rechtskräftig eingeschriebenen Versicherten	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Grundpauschale (G1)	pro Qu. eine kontaktabhängige Grundpauschale je eingeschriebenem Versicherten	98701 wird durch die KV automatisch zugewiesen	Bei durch die Kasse bestätigter Einschreibung	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
Zuschlag G1	Zuschlag je behandeltem eingeschr. Vers. pro Qu. bei angestellter VERAH zur G1	98702 wird durch die KV automatisch zugewiesen	Bei durch die Kasse bestätigter Einschreibung	mit der EBM-Quartalsabrechnung	1,50 EUR
Hausbesuch durch VERAH	Hausbesuch durch VERAH analog der Leistungsbeschreibung der EBM-Ziffer 03062 bzw. 38100 bei HZV-Versicherten (nicht neben der EBM-Ziffern 03062, 38100 und 38105)	98703	Extrabudgetär, egal ob EBM oder HZV Abrechnung.	mit der EBM-Quartalsabrechnung	17,00 EUR
Weiterer Hausbesuch durch VERAH in gleicher häuslicher Gemeinschaft	Hausbesuch durch VERAH analog der Leistungsbeschreibung der EBM-Ziffer 03062 bzw. 38100 bei HZV-Versicherten (nicht neben der EBM-Ziffern 03062, 38100 und 38105)	98704	Extrabudgetär, egal ob EBM oder HZV Abrechnung.	mit der EBM-Quartalsabrechnung	12,50 EUR
Medikationscheck	HZV-Versicherte mit Pflegegrad 3, 4 oder 5 oder Pflegeheimpatienten, max. 1 x im KHF	98705	Arzt entscheidet, KK muss nicht zustimmen.	mit der EBM-Quartalsabrechnung	17,50 EUR

5 Sonstige Krankenkassen

5.1 IKK classic

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	pro Jahr eine kontaktunabhängige Grundpauschale für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschriebenen Versicherten	wird durch KV berechnet und vergütet	Die KK stellen die bis 31.03. des Jahres eingeschriebenen Versicherten der KV zur Verfügung	Ende 2. Quartal	20,00 EUR
Versorgungssteuerung V1	Zielquoten: Gesamtausgaben Arzneimittel: ≥ 3 % ≥ 1,5 % < 3 %	wird durch KV berechnet und vergütet	Erfüllung der Zielquoten wird vom Vorjahr von der KK ermittelt und durch die KV berechnet.	Ende 2. Quartal	10,00 EUR 5,00 EUR
VERAH	je VERAH u. mindestens 10 HZV-Versicherten in der Praxis	wird durch KV berechnet und vergütet	VERAH muss bis 01.07. des Jahres bei der KV gemeldet sein, an Hand der Anzahl der eingeschriebenen Versicherten berechnet die KV	Ende 4. Quartal	100,00 EUR
Hausbesuch VERAH	- HZV-Versicherte der IKK gesund plus - VERAH besichtigt häusliche Umfeld (wenn es notwendig ist, Empfehlung max. 2 x jährlich) - VERAH dokumentiert die grundpflegerische Tätigkeit (beim Einsatz eines Pflegedienstes und wenn es notwendig ist, Empfehlung max. 2 x jährlich)	99798	Auch neben VERAH Hausbesuch 03062, 03063, 38100 oder 38105 abrechenbar	mit der EBM-Quartalsabrechnung	10,00 EUR
		99799			10,00 EUR

5.2 BKK Vertragsarbeitsgemeinschaft Mitte sowie Novitas BKK und BKK Mobil Oil

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Einschreibepauschale	Einschreibung des Vers. einmalig im 1. Quartal	99010	muss unbedingt abgerechnet werden	mit der EBM-Quartalsabrechnung	11,00 EUR
Koordinierungs-pauschale	persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal	99011	muss unbedingt abgerechnet werden	mit der EBM-Quartalsabrechnung	9,00 EUR
Hausbesuch VERAH	VERAH besichtigt häusliche Umfeld (wenn es notwendig ist!) VERAH dokumentiert die grundpflegerische Tätigkeit (beim Einsatz eines Pflegedienstes und wenn es notwendig ist!)	99798	Auch neben VERAH Hausbesuch 03062, 03063, 38100 oder 38105 abrechenbar	mit der EBM-Quartalsabrechnung	10,00 EUR
		99799			10,00 EUR

5.3 Knappschaft

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale	persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal	81110 wird die KV automatisch hinzugesetzt	je bestätigt eingeschriebenen Versicherten	mit der EBM-Quartalsabrechnung	4,00 EUR
Medikationscheck	Auswertung des Medikamentenkontos u. Überprüfung der relevanten Diagnosen	81112	nur auf Veranlassung der KK	mit der EBM-Quartalsabrechnung	80,00 EUR
	Medikationscheck mit Konsil FA u/o KH, mind. 240 Min.	81113	nur auf Veranlassung der KK		160,00 EUR
Beratungsgespräch für Pflegepersonen	auf Initiative der Knappschaft - Beratung privater Pflegepersonen zur Reduktion gesundheitlicher Risiken, Knappschaft identifiziert die in Frage kommenden Patienten	81114	nur auf Veranlassung der KK	mit der EBM-Quartalsabrechnung	30,00 EUR

5.4 Bahn BKK

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	pro Jahr eine kontaktunabhängige Grundpauschale für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschr. Vers.	wird durch KV berechnet und vergütet		Ende 2. Quartal	20,00 EUR
Grundpauschale G2	pro Jahr für Qualitätsmanagementprozess für die Anzahl der im 1. Qu. eingeschr. Vers.	wird durch KV berechnet und vergütet		Ende 4. Quartal	5,00 EUR
VERAH	Zuschlag auf G2, bei VERAH in der Praxis	wird durch KV berechnet und vergütet		Ende 4. Quartal	9,00 EUR

5.5 Landwirtschaftliche Krankenkasse

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	pro Quartal eine kontaktunabhängige Grundpauschale für eingeschriebenen Versicherten der LKK	wird durch KV berechnet und vergütet		quartalsweise	5,00 EUR
Medikationscheck	min. 1x jährlich Überprüfung der aktuellen Medikation (kein Arzt-Patienten-Kontakt erforderlich)	wird durch KV berechnet und vergütet		jährlich je HZV Versicherten	15,00 EUR
Betreuungszuschlag für Patienten mit chronischen Erkrankungen (C1)	je eingeschriebenen Versicherten 1x im Krankheitsfall bei Abrechnung der EBM-Ziffer 03220 bzw. 03221	wird durch KV berechnet und vergütet		mit der EBM-Quartalsabrechnung quartalsweise	5,00 EUR

VERAH	Zuschlag auf die Vergütung nach C1 je eingeschriebenem Versicherten bei VERAH in der Praxis, 1 x im Kalenderjahr	wird durch KV berechnet und vergütet		mit der EBM-Quartalsabrechnung quartalsweise	5,00 EUR
-------	--	--------------------------------------	--	--	----------

5.6 BIG direkt gesund

Leistung	Inhalt	Abrechnung	Bemerkung	Zahlungstermin	Vergütung
Grundpauschale G1	kontaktunabhängige Grundpauschale für die Anzahl der im 2. Qu. eingeschriebenen Versicherten		wird durch KV berechnet und vergütet	Ende 4. Quartal	4,00 EUR
Betreuungszuschlag für Patienten mit chronischen Erkrankungen (C1)	Bei der Abrechnungsziffer: 96019, 96023, 96319, 96323, 99819, 99823, 99849 oder 99853 wird automatisch der Zuschlag je abgerechneter Erst- bzw. Folgedokumentation im Rahmen der hausärztlichen DMP zugesetzt		wird durch KV berechnet und vergütet	mit der EBM-Quartalsabrechnung	5,00 EUR
VERAH	bei VERAH in der Praxis jährlich je eingeschr. Vers. im 2. Qu. des Jahres		wird durch KV berechnet und vergütet	Ende 4. Quartal	5,00 EUR
Check-up Plus	einmal ab vollendetem 18. bis zum vollendetem 35. Lebensjahr, ab dem 35. Lebensjahr jedes zweite Kalenderjahr für HZV-Versicherte mit Gutschein für den Check up-Plus	neben 01732 (gesetzlicher Check up plus) 01746 (Hautcheck) und 01734 (Hepatitis-Screening) abrechenbar	99022	mit der EBM-Quartalsabrechnung	13,73 EUR + 38,90 EUR (für GOP 01732)
Zusatzmodul 1	Sonographische Untersuchung der Schilddrüse mittels B-Mode-Verfahren	nur neben Check up Plus möglich	33012	mit der EBM-Quartalsabrechnung	8,67 EUR
Zusatzmodul 2	Sonographische Untersuchung des Abdomens oder dessen Organe und/oder des Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. der Nieren mittels B-Mode-Verfahren	nur neben Check up Plus möglich	33042	mit der EBM-Quartalsabrechnung	16,11 EUR
Zusatzmodul 3	Belastungs-Elektrokardiographie	nur neben Check up Plus möglich	03321	mit der EBM-Quartalsabrechnung	22,31 EUR