

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Kinder- und Jugendarztvertrag nach § 73b Anlage 12a

Ziffer	Eingabe in die Software	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit	
Grund- und Zusatzpauschalen						
P1		Kontaktunabhängige Grundpauschale	35,00 €	1x je Versichertenteilnahmejahr		
P2		0000 bzw. 0000F Behandlungspauschale	37,00 €	1x je Quartal	es muss mindestens ein APK stattgefunden haben	
P3		0003 Zuschlag für die Behandlung von Chronikern	25,00 €	1x je Quartal	nicht neben P5 abrechenbar (P5 wird nicht neben P3 erzeugt); es muss eine persönliche ärztliche Behandlung im Leistungsquartal oder Vorquartal erfolgt sein	
P4a		KJP4a Aufwandspauschale 1. LJ (vor Teilnahme)	50,00 €	1x je HZV-Versicherten	Patient muss sich zum Zeitpunkt des APK im 1. Lebensjahr befinden; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar; P4b ist nur abrechenbar, wenn P4a nicht abgerechnet wurde	
P4b		KJP4b Aufwandspauschale 1. LJ (nach Teilnahme)				
P5		Aufwandspauschale 2. - 3. LJ	15,00 €	1x je Quartal	Patient muss sich zum Zeitpunkt des APK im 2. bzw. 3. Lebensjahr befinden; P5 wird nicht neben P3 erzeugt; es muss eine persönliche ärztliche Behandlung im Leistungsquartal oder Vorquartal erfolgt sein	
P6		0006 und 0000 Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschale 0-5 Jahre bei überwiesenen fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten	70,00 €	1x je Quartal	Für fremdeingeschriebenen HZV-Patienten (P6: 0-5 Jahre / P7: ab 6. Jahre) muss eine Überweisung zur kinderfachärztlichen Untersuchung vorliegen. P7 ist auch abrechenbar bei Überweisung zu Langzeit- oder Belastungs-EKGs. Keine zusätzliche Abrechnung von Einzelleistungen sowie Vertreter- und Zielauftragspauschale. A1 und/oder E6 ggf. zusätzlich abrechenbar. Bei Delegation von Leistungen ist das Berufsrecht zu beachten.	
P7		0007 und 0000 Ausgleich der spezialpädiatrischen Grundpauschale ab 6. Jahre bei überwiesenen fremdeingeschriebenen HZV-Versicherten	60,00 €			
Vertreterpauschale		0004 und 0000 bzw. 0000F Vertreterpauschale innerhalb der HZV Behandlung von HZV-Versicherten im Rahmen der organisierten Vertretung (gem. § 5 Abs. 4 g)	20,00 €	1x je Quartal	es muss mindestens ein APK stattgefunden haben; auf die Vertreterpauschale entfallen keinerlei Zuschläge; Die Vertreterpauschale wird nicht bei Aufsuchen eines anderen Arztes innerhalb einer BAG bzw. innerhalb eines MVZ ausgelöst	
Zielauftragspauschale		0005 und 0000 Erbringung der im Zielauftrag definierten Leistung inkl. Befundübermittlung	12,50 €		auf die Zielauftragspauschale entfallen keinerlei Zuschläge; nicht taggleich neben Vertreterpauschale abrechenbar; nur für nicht-obligatorische Leistungen oder bei fehlender Qualifikation/Ausstattung des Auftrags erteilenden KJ-Arztes; ein Zielauftrag, der innerhalb einer BAG bzw. eines MVZ erteilt wird kann nicht abgerechnet werden.	
Einzelleistungen						
DMP		Betreuung gem. der DMP-Verträge	Gem. DMP-Verträge der AOK		Schulungen werden über die KV abgerechnet; nicht neben Zielauftragspauschale abrechenbar außer es werden weitere per Zielauftrag angeforderte Leistungen erbracht.	
Kindervorsorge "Paed.Check"		01711-01720, 01723 und ggf. 0000*	Kindervorsorgeuntersuchungen U1-U9, J1	62,00 €	1x je HZV-Versicherten	Abrechnung der Zielauftragspauschale am selben Tag nur möglich, wenn weitere Leistungen per Zielauftrag angefordert werden; nicht taggleich neben Vertreterpauschale abrechenbar; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar
Kindervorsorge "Paed.Check"		U10, U11, J2 und ggf. 0000*	Kindervorsorgeuntersuchungen U10, U11, J2	62,00 €	1x je HZV-Versicherten	obligatorische Leistung, nicht im Rahmen von Zielaufträgen abrechenbar; nicht taggleich neben Vertreterpauschale abrechenbar; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar
Impfungen I		KJE1 + Impfziffer und ggf. 0000*	Einfach- und Mehrfachimpfungen	11,00 €		
Impfungen II		KJE2 + Impfziffer und ggf. 0000*	Sechsfachimpfungen	17,00 €		Nur gem. den STIKO-Richtlinien bzw. der Satzungsleistung der AOK, nicht taggleich neben Vertreterpauschale und nicht neben Zielauftragspauschale abrechenbar; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar
Impfungen III		KJE3 + Impfziffer und ggf. 0000*	HPV-Impfungen	17,00 €		
Besondere Impfberatung		KJE7 und ggf. 0000 bzw. 0000F*	Gespräche mit Eltern/Erziehungsberechtigten, die dem Impfen besonders kritisch oder ablehnend gegenüberstehen	15,00 €	3x je Versicherten bis zur Vollendung des dritten Lebensjahres	nur 1x am Tag abrechenbar; nicht taggleich neben Vertreterpauschale und nicht neben Zielauftragspauschale abrechenbar
Sozialpädiatrische Beratung und Koordination		KJE4(V) und ggf. 0004 oder 0005*	Gespräche mit Angehörigen bzw. relevanten Institutionen	15,00 €	6x 10 Minuten pro Quartal	taggleich neben Vertreter- und Zielauftragspauschale abrechenbar
Transition		KJE5	Transition des HZV-Versicherten vom Kinder- / Jugendarzt zum Hausarzt	25,00 €	1x pro Übergang chronisch kranker Patienten	Nur in Verbindung mit P3 im selben Quartal abrechenbar, Transitions-Bogen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a
Hyposensibilisierung		KJE6 und ggf. 0004 oder 0005*	Einzelleistung für Hyposensibilisierung durch Kinder- und Jugendärzte	15,00 €		Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Allergologie“ gemäß EBM (Nachweis Hyposensibilisierungsbehandlungen von mind 10 GKV-Versicherten bzw. 40 Behandlungen in den letzten 4 Quartalen), nur mit Sonderzulassung und mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar; taggleich neben Vertreter- und Zielauftragspauschale abrechenbar

* zusätzliche Eingabe in die Software bei Vertreterpatienten

Stand 01.07.2023

Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Kinder- und Jugendarztvertrag nach § 73b Anlage 12a

Ziffer	Eingabe in die Software	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
Einzelleistungen					
Allergologische Anamnese/Beratung	  	KJE8B und ggf. 0000*	Allergologische Anamnese/Beratung (analog 30100)	7,50 €	4x im Krankheitsfall nicht taggleich neben Vertreter- oder Zielauftragspauschale abrechenbar; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar
Allergologische Diagnostik I	  	KJE8D1 und ggf. 0000*	Allergologische Diagnostik I inkl. Sachkosten (analog 30111 + 40351)	30,00 €	1x im Krankheitsfall nicht neben KJE8D2 inkl. Sachkosten, nicht taggleich neben Vertreter- oder Zielauftragspauschale abrechenbar; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar
Allergologische Diagnostik II	  	KJE8D2 und ggf. 0000*	Allergologische Diagnostik II inkl. Sachkosten (analog 30110 + 40350)	45,00 €	1x im Krankheitsfall nicht neben KJE8D1
Zuschlag auf P1					
Pädiatrische Sonografie	 		alle im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Behandlung relevanten Sonografieleistungen inkl. präventive sowie kurative Sonografie der Hüfte	8,00 €	1x je Versichertenteilnahmejahr Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM (KV-Nachweis) Selbstauskunft Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gemäß EBM (KV-Nachweis) Wartungsbericht Tympanometer EBM Ziffern 32128, 32460, 32152 und 32151 dürfen nicht über KV abgerechnet werden Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung ^{Plus} der Universität Heidelberg. Teilen sich mehrere Kinder- und Jugendärzte in einer BAG einen Weiterbildungsassistenten, kann der Zuschlag nur auf die P1 eines Arztes erfolgen.
Kleine Chirurgie	 		Erbringung der Leistung „Kleine Chirurgie“ gem. EBM	6,00 €	
Psychosomatik	 		Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Psychosomatik“ gem. EBM	6,00 €	
Tympanometrie	 		Messung der Compliance des Mittelohres	3,00 €	
Labor	 		Präsenzlabor in der Praxis	4,00 €	
Weiterbildungsassistenten-Zuschlag	 		Beschäftigung eines Weiterbildungsassistenten aus dem Programm Verbundweiterbildung ^{Plus}	3,00 €	
Zuschlag auf P2					
Amblyopie-Screening	 		Berührungsfreie, mitarbeitsunabhängige, simultane Bestimmung, Dokumentation und Beurteilung von Refraktion, Pupillengröße und Pupillenreflexen	4,00 €	Selbstauskunft; Automatischer Zuschlag: erfolgt nur bei Versicherten zwischen dem 2. und 3. Lebensjahr
Sonderzuschläge					
SOPASS-Zuschlag	 		Betreuung von HZV-Versicherten in den Bereichen Sozialpädiatrie und Prävention durch die SOPASS	5,00 €	max. 1x pro Quartal Zuschlag auf die Leistungen „Kindervorsorge Paed.Check“ oder „Sozialpädiatrische Beratung und Koordination“ bei Vorliegen mindestens einer MFA mit entsprechender Qualifikation gemäß Anhang 6 (Nachweis: Zertifikat)
Auftragsleistung					
Pädiatrische Sonografie	 	A1 und 0004 oder 0005	Alle im Rahmen der kinder- und jugendärztlichen Behandlung relevanten Sonografieleistungen inkl. präventive sowie kurative Sonografie der Hüfte	30,00 €	max. 1x pro Tag taggleich neben Vertreter- oder Zielauftragspauschale abrechenbar; Qualifikation des Arztes zur Erbringung der Leistung „Sonografie“ gemäß EBM; Leistung nur mit persönlicher ärztlicher Behandlung abrechenbar
Arzt-Patienten-Kontakt (APK): Medizinische Leistung gegenüber dem Patienten, die durch den Kinder- und Jugendarzt selbst erbracht oder vollständig an eine MFA/ SOPASS/ PA delegiert werden kann. Manche Leistungen können nicht an das medizinische Praxispersonal delegiert werden und erfordern eine ärztliche Behandlung. Es erfolgt die Differenzierung zwischen einem persönlichen APK (Ziffer 0000) und einem telemedizinischen APK (Ziffer 0000F). Ein persönlicher APK beschreibt eine Leistung, die zur gleichen Zeit am gleichen Ort erbracht wird, z.B. in der Praxis. Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Leistung ausschließlich z.B. via zertifiziertem Videosystem, Telefon etc., nicht am gleichen Ort und/oder nicht zur gleichen Zeit erbracht wird. Jeder APK ist in der Software zu dokumentieren, sowohl bei Eigen- als auch Fremdpatienten.					

Legende	
Symbol	Bedeutung
	= Ziffer ist von der Praxis anzusetzen
	= Ziffer ist nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Diagnosenliste (siehe Anhang zum jeweiligen Vertrag)
	= Ziffer wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
	= zur Abrechenbarkeit der Ziffer muss ein entsprechender Nachweis/ Abrechnungsvoraussetzung/ Genehmigung vorliegen
	= Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter d.h. die Leistung ist vom Facharzt zu erbringen und ist nicht delegierbar
	= Leistungen können persönlich oder telemedizinisch erbracht werden. Die Angabe, ob ein persönlicher oder telemedizinischer APK erbracht worden ist, wird in der Vertragssoftware mit der 0000 (persönlicher APK) bzw. 0000F (telemedizinischer APK) dokumentiert.