

# Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 4. Quartal 2016 (gültig ab 01.10.2016)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt wert in Cent	Auszahlungs- punkt wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	<b>Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit</b>	01950 bis 01952, 01955, 01956	1,6970	12,1331	-
2.	<b>Ambulantes Operieren</b>				
2.1.	Leistungen des K-Kataloges	Qualitätsstufe 1	0,5803	11,0164	-
		Qualitätsstufe 2	1,6011	12,0372	-
2.2.	Übrige Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X	-	10,4361	-
2.3.	Koloskopie	13421 bis 13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	10,4361	-
	ERCP	13430 bis 13431			
2.4.	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.5.	§ 115b-Leistungen, die nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind (s. z. B. Nr. 2.1) (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	01851, 01854, 01855, 01857, 01904, 02300, 02301, 02302, 02321, 06332, 06351, 06352, 08311, 09351, 09361, 09362, 13410, 13411, 13412, 15321, 15322, 15323, 26310, 26311, 26322, 26323, 26324, 26330, 26352, 30600, 30601, 34283, 34284, 34285, 34286, 34291, 34294, 34297, 34505	-	10,4361	-
2.6.	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	10,4361	-
<b>3.</b>	<b>Mammographie-Screening</b>				
3.1.	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758	-	10,4361	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2.	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	11,6739	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
<b>4.</b>	<b>Belegärztliche Leistungen</b>				
4.1.	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. 36272X, 36503X, 36822X	1,5250	11,9611	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
4.2.	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416 (sofern auf Belegarztschein abgerechnet)	1,5250	11,9611	-
4.3.	Postoperativer Behandlungskomplex nach belegärztlichen Operationen aus Abschnitt 36.2 EBM	99600	-	-	20,38 €
<b>5.</b>	<b>Prävention gesamt</b>				
5.1.	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01704 bis 01816 (exkl. 01750 bis 01759)	-	10,4361	-
<b>6.</b>	<b>Vakuumstanzbiopsien, kurativ</b>	34274	-	10,4361	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €
<b>7.</b>	<b>Strahlentherapie</b>	25210 bis 25342	-	10,4361	-
		40840	-	-	140,00 €
		40841	-	-	30,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
8.	Künstliche Befruchtung	08510 bis 08574 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X, 08541X, 08542X, 08550X, 08551X, 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X	-	10,4361	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
		99728X bis 99820X	-	-	lt. EBM (75 %)
9.	Materialkosten auf Behandlungsschein	99205 sowie diverse GOPs der Produktgruppen unter <a href="http://www.kvbawue.de">www.kvbawue.de</a> → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merkblätter → Produktgruppenliste zur Sachkostenabrechnung	-	-	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
10.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	10,4361	-
11.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13622	-	10,4361	-
12.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	10,4361	-
13.	Laborpauschalen für Untersuchungen im Zusammenhang mit der GOP 01732 (Gesundheitsuntersuchung)	32880 (Teststreifen)	-	-	0,50 €
		32881 (Bestimmung von Glukose)			0,25 €
		32882 (Bestimmung von Cholesterin gesamt)			0,25 €
14.	Balneophototherapie	10350	-	10,4361	-
15.	Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis	01833	-	10,4361	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>16.</b>	<b>Weegebühren</b>				
16.1.	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Tage zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40190	-	-	12,16 €
16.2.	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Nacht zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40192	-	-	16,71 €
16.3.	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	3,55 €
16.4.	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40222	-	-	7,09 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
16.5.	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	10,13 €
16.6.	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	7,09 €
16.7.	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40228	-	-	11,14 €
16.8.	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	15,20 €
<b>17.</b>	<b>Telefonkosten</b>				
17.1.	Telefonkosten gem. I Allgemeine Bestimmungen 7.3 EBM, Pauschale je Telefonat des Arztes, nur im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	80230	-	-	0,26 €
<b>18.</b>	<b>Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)</b>	30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956	-	10,4361	-
<b>19.</b>	<b>Neuropsychologische Therapie</b>	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935	-	10,4361	-
<b>20.</b>	<b>HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus</b>	32821, 32822	-	-	260,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
21.	<b>Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen</b>	Kapitel 35.2 EBM	-	10,4361	-
22.	<b>Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen</b>	35150	-	10,4361	-
23.	<b>Onkologie*</b>				
23.1.	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	38,75 €*
23.2.	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,16 €*
23.3.	<b>Zuschlag</b> zu 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	25,56 €*
23.4.	<b>Zuschlag</b> zu 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	145,04 €*
23.5.	<b>Zuschlag</b> zu 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie-Vereinbarung	86518	-	-	145,04 €*
23.6.	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €

\* Gebührenwertermittlung entsprechend bundesmantelvertraglicher Onkologie-Vereinbarung. Neue Gebührenwerte gelten ab 1. Januar 2013.



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>24.</b>	<b>Sozialpädiatrie/ -psychiatrie</b>				
24.1.	Kostenerstattung für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über besondere Maßnahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Anlage II BMV-Ä)	88895	-	-	163,00 €/ab 351. Behandlungsfall 122,25 €
24.2.	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	10,4361	-
<b>25.</b>	<b>Sachkosten Intraokularlinsen</b>				
25.1.	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	127,80 €
25.2.	Faltbare Linsen	99001	-	-	173,80 €
<b>26.</b>	<b>Einmalset bei perkutaner Nukleotomie</b>	99005	-	-	894,80 €
<b>27.</b>	<b>Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen</b>				
27.1.	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	20,76 €
27.2.	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	71,81 €
27.3.	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	82,03 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
27.4.	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	60,00 €
<b>28.</b>	<b>Herzschrittmacher</b>				
28.1.	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
28.2.	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €
28.3.	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
28.4.	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
<b>29.</b>	<b>Nephrologische Leistungen</b>	04000 bis 04005 04040, 04230 <b>(Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM)</b>  Abschnitt 4.5.4 EBM  Abschnitt 13.3.6 EBM	-	10,4361	-
<b>30.</b>	<b>Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg</b> Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €/ 1 x im Behandlungsfall

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
31.	<b>Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung</b> Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
32.	<b>Subkutane Immuntherapie (SCIT)</b> Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €/1 x am Behandlungstag, höchstens 12 x im Behandlungsfall
33.	<b>Besuch in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal</b> Zuschlag bei Besuch mit Pflegepersonal nach den GOP 01410 <b>P</b> bzw. 01410 <b>H</b> und/oder 01413 <b>P</b>	99980 (Zusetzung durch KVBW)  Die Kennzeichnung mit <b>P</b> bzw. <b>H</b> muss aktiv durch den Arzt erfolgen.	-	-	12,50 €/1 x im Behandlungsfall
34.	<b>Erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchungen</b>				
34.1.	Zuschlag zur GOP 01770 für die US-Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	10,4361	-
35.	<b>Osteodensitometrie</b>	34601	-	10,4361	-
36.	<b>Kapselendoskopie</b>				

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
36.1.	Untersuchung bei Kindern	04528	-	10,4361	-
36.2.	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	10,4361	-
36.3.	Auswertung bei Kindern	04529	-	10,4361	-
36.4.	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	10,4361	-
37.	<b>Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder</b>	99620	-	-	8,50 €
38.	<b>Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)</b>				
38.1.	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334	-	10,4361	-
38.2.	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335	-	10,4361	-
39.	<b>Zuschlag zur PFG für Fachärzte</b> <i>(wird von der KV automatisch zugewiesen)</i>	05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544, 13596, 13646, 13696, 14216, 16217, 18222, 20222, 21219, 21226, 22218, 23218, 26222, 27222	-	10,4361	-
40.	<b>Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten</b>				
40.1.	Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03040	03060	-	10,4361	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
40.2.	Hausbesuch der NäPa inkl. Wegegeld	03062	-	10,4361	-
40.3.	Besuch eines weiteren Patienten durch die NäPa inkl. Wegegeld	03063	-	10,4361	-
<b>41.</b>	<b>Psychiatrisches Gespräch</b> Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM (wird von der KV automatisch zugewiesen)	99996	-	-	0,70 €
<b>42.</b>	<b>Radionuklide</b>				
42.1.	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €
42.2.	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34703 bei Verwendung von <sup>18</sup> F-Fluoresoxyglukose	40584	-	-	255,00 €
<b>43.</b>	<b>PET, PET/CT</b>				
43.1.	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700 bis 34703	-	10,4361	-
		40584	-	-	255,00 €
<b>44.</b>	<b>Soziotherapie</b>				
44.1.	Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers	30800	-	10,4361	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
44.2.	Erstverordnung Soziotherapie	30810	-	10,4361	-
44.3.	Folgeverordnung Soziotherapie	30811	-	10,4361	-
<b>45.</b>	<b>Humangenetik</b>				
45.1.	Umfangreiche humangenetische Analysen	11449 11514	-	10,4361	-
45.2.	Wissenschaftliches Gutachten	11304 19406	-	10,4361	-
45.3.	Allgemeine Tumorgenetik	Abschnitt 19.4.2 EBM	-	10,4361	-
45.4.	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM	-	10,4361	-
45.5.	Genotypisierung	32865	-	-	308,50 €
45.6.	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €
46.	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	Abschnitt 30.13 EBM	-	10,4361	-
47.	Kooperations- u. Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)	37100 bis 37120	-	10,4361	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2016/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
48.	Delegationsfähige Leistungen	38200 38205	-	10,4361	-
49.	Medikationsplan gem. § 31a SGB V	01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701	-	10,4361	-

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 4. Quartal 2016 quotiert vergütet werden müssten.

# Übersicht über die Einzelleistungen im 4. Quartal 2016 (gültig ab 01.10.2016)

- je Kasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>1.</b>	<b>Diabetes-Schulungen</b>							
1.1.	Nicht-DMP Patienten mit OAD	97215	-	-	-	-	-	11,25 €
1.2.	Nicht-DMP Patienten mit OAD (Gestationsdiabetikerinnen)	97215G	-	-	-	-	-	11,25 €
1.3.	Nicht-DMP Patienten mit Insulintherapie	97216 bis 97218	-	-	-	-	-	11,25 €
1.4.	Schulung mit Insulintherapie (Gestationsdiabetikerinnen)	97218G	-	-	-	-	-	11,25 €
1.5.	Schulung mit Insulinpumpe	97219	-	-	-	-	-	12,50 €
1.6.	Schulungsmaterial	98015	-	-	-	-	-	9,00 €



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>2.</b>	<b>Homöopathie</b>							
2.1.	Erstanamnese	99201	-	80,00 €	-	-	-	-
2.2.	Erstanamnese Kind	99202	-	32,00 €	-	-	-	-
2.3.	Folgeanamnese	99203	-	31,00 €	-	-	-	-
2.4.	Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	81200	-	60,00 € <sup>1</sup>	60,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.5.	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	90,00 € <sup>1</sup>	90,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.6.	Repertorisation	81202	-	20,00 € <sup>1</sup>	20,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.7.	Analyse	81203	-	20,00 € <sup>1</sup>	20,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.8.	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	45,00 € <sup>1</sup>	45,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.9.	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	22,50 € <sup>1</sup>	22,50 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.10.	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,00 € <sup>1</sup>	10,00 € <sup>2</sup>	-	-	-

<sup>1</sup> Vertrag gilt für Securvita BKK, BKK Linde, Daimler BKK, BKK Essanelle, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules, actimonda BKK, BKK Novitas und Deutsche BKK

<sup>2</sup> Vertrag gilt für IKK classic

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
3.	Hautkrebs-Screening	99841	25,00 €	27,00 € <sup>3</sup> / <sub>*<sub>2</sub></sub> 25,00 € <sup>*</sup> / <sub>*<sub>2</sub></sub>	-	25,00 €	25,00€ <sup>*<sub>2</sub></sup> (TK)	-
							25,00€ <sup>*<sub>2</sub></sup> (Barmer GEK)	
							26,00€ <sup>*<sub>2</sub></sup> (HEK)	
		99842	6,00 € (i. V. m. 99841)	6,00 € <sup>3</sup> / <sub>*<sub>2</sub></sub>	-	6,00 € (i. V. m. 01745 oder 99841)	8,00 € Auflichtmikro- skopie für HEK (i. V. m. 99841)	-
4.	<b>LDL-Elimination Sachkosten</b>							
4.1.	Diverse Verfahren	98600	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €
4.2.	Diverse Filtrationen (Zuschlag für Neugeräte)	98603	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,30 €	15,34 €
5.	<b>Schutzimpfungen</b>							
5.1.	Einfachimpfung	div.	7,20 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €

<sup>3</sup> Gilt für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merkblätter → Hautkrebs-Screening Abrechnungsinformationen

\*<sub>1</sub> Für Bosch BKK

\*<sub>2</sub> Mit Teilnahmeerklärung Versicherte

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
5.2.	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112 89112N	8,10 €	8,10 € <sup>4</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
5.3.	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	8,10 €	8,10 € <sup>5</sup>	8,10 € <sup>6</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €
5.4.	Zweifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	7,50 €	8,00 €	8,25 €
5.5.	Dreifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	7,50 €	9,00 €	8,25 €
5.6.	Vierfachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	7,50 €	10,00 €	15,00 €
5.7.	Fünffachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	7,50 €	12,00 €	15,00 €
5.8.	Sechsfachimpfung	div.	12,80 €	15,00 € <sup>4</sup>	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
5.9.	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	8,20 €	9,00 € <sup>4</sup>	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €
5.10.	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	16,60 €	13,00 € <sup>4</sup>	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €
5.11.	Einfachimpfung gegen Meningokokken B	89131A/B/R	7,20 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

<sup>5</sup> Gilt nicht für BKK Karl Mayer, BKK evm (vormals Kevag Koblenz), BKK VBU, BKK Mobil Oil und Heimat BKK

<sup>6</sup> Gilt nicht für IKK gesundplus

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.	DMP	div.* <sub>4</sub>	-	-	-	-	-	-
7.	AD(H)S-Vertrag <sup>7</sup>							
7.1.	<b>Grundpauschale Diagnostik</b> für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93020A	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
7.2.	<b>Grundpauschale Diagnostik</b> in <b>Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93020B	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
7.3.	<b>Grundpauschale Diagnostik</b> in <b>Delegation</b> durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93020C	-	15,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	15,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK Basell und BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

<sup>7</sup> Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen und die DAK-Gesundheit; Aktuelle Übersicht unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → ADHS/ADS → Kassenliste

<sup>8</sup> Je eingeschriebenem Versicherten kann das den Versicherten betreuende ADHS-Team Leistungen nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von max. 1200 € innerhalb von vier Quartalen abrechnen. Im Quartal stehen für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten 300 € zur Verfügung. In Ausnahmefällen kann von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf nicht überschritten werden (Ausnahme siehe Vertrag). Die Budget-Zuteilung innerhalb des ADHS-Teams erfolgt durch den koordinierenden Arzt.

\*<sub>4</sub> Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → DMP

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
7.4.	<b>Zusatzpauschale Therapie</b> für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021A	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
7.5.	<b>Zusatzpauschale Therapie</b> in <b>Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021B	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
7.6.	<b>Zusatzpauschale Therapie</b> in <b>Delegation</b> durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93021C	-	15,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	15,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-

<sup>8</sup> Je eingeschriebenem Versicherten kann das den Versicherten betreuende ADHS-Team Leistungen nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von max. 1200 € innerhalb von vier Quartalen abrechnen. Im Quartal stehen für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten 300 € zur Verfügung. In Ausnahmefällen kann von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf nicht überschritten werden (Ausnahme siehe Vertrag). Die Budget-Zuteilung innerhalb des ADHS-Teams erfolgt durch den koordinierenden Arzt.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
7.7.	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021D	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
7.8.	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> in <b>Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021E	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
7.9.	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> in <b>Delegation</b> durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93021F	-	7,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	7,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-

<sup>8</sup> Je eingeschriebenem Versicherten kann das den Versicherten betreuende ADHS-Team Leistungen nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von max. 1200 € innerhalb von vier Quartalen abrechnen. Im Quartal stehen für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten 300 € zur Verfügung. In Ausnahmefällen kann von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf nicht überschritten werden (Ausnahme siehe Vertrag). Die Budget-Zuteilung innerhalb des ADHS-Teams erfolgt durch den koordinierenden Arzt.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>8.</b>	<b>K.I.S.S.-Vertrag<sup>9</sup></b>				BIG direkt gesund			
8.1.	<b>Beratung, Durchführung Infektionsscreening</b> (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
<b>9.</b>	<b>Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen</b>						<b>TK</b>	
9.1.	U10	81102	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	50,00 €
9.2.	U11	81120	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	50,00 €
9.3.	J2	81121	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	50,00 €
<b>10.</b>	<b>Patientenbegleitung</b>							
10.1.	Einschreibepauschale	98675	-	25,00 € <sup>11</sup>	-	-	-	-
10.2.	Steuerungspauschale	98676	-	12,50 € <sup>11</sup>	-	-	-	-

<sup>9</sup> Der Vertrag zur „Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft – K.I.S.S.“ gilt nur für schwangere Versicherte der BIG direkt gesund-Krankenkasse sowie für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Diesen Vertrag finden Sie unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → K.I.S.S. → KBV KISS-Vertrag

<sup>10</sup> Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

<sup>11</sup> Vertrag gilt für BKK MAHLE, BKK Scheufelen, WMF BKK und BKK Rieker.Ricosta.Weisser

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>11.</b>	<b>Tonsillotomie</b>						<b>BARMER GEK</b>	
11.1.	Tonsillotomie	99550	320,00 € <sup>12</sup>	320,00 € <sup>13</sup>	-	-	320,00 € <sup>14</sup>	-
11.2.	Adenotomie	99551	-	-	-	-	105,00 € <sup>14</sup>	-
11.3.	Präanästhesiologische Untersuchung	99552	-	-	-	-	20,00 € <sup>14</sup>	-
11.4.	Anästhesie bei Tonsillotomie	99550A	-	-	-	-	160,00 € <sup>14</sup>	-
11.5.	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie	99551A	-	-	-	-	190,00 € <sup>14</sup>	-
11.6.	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie und Blutstillung oder Parazentese	99551B	-	-	-	-	220,00 € <sup>14</sup>	-
11.7.	Postoperative Überwachung	99553	-	-	-	-	110,00 € <sup>14</sup>	-
<b>12.</b>	<b>Venentherapie<sup>12</sup></b>							
12.1.	Behandlung an einem Bein	99625	1.160,00 €	-	-	-	-	-
12.2.	Behandlung an beiden Beinen	99626	2.000,00 €	-	-	-	-	-

<sup>12</sup> Gilt nur für die AOK BW sowie für Versicherte der AOK Hessen mit Wohnsitz in BW

<sup>13</sup> Gilt nur für die BKK VAG ab 01.11.2013 sowie Novitas BKK. Aktuelle Übersicht unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Tonsillotomie → BKK VAG Tonsillotomie Liste teilnehmende BKK

<sup>14</sup> Gilt nur für die BARMER GEK ab 01.04.2015



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
12.3.	Regionalanästhesie durch den Operateur	31800V	37,84 €	-	-	-	-	-
12.4.	Anästhesie und/oder Narkose	31823V	154,18 €	-	-	-	-	-
12.5.	Zuschlag	31828V	28,64 €	-	-	-	-	-
12.6.	Postoperative Überwachung	31505V	103,08 €	-	-	-	-	-
<b>13.</b>	<b>Kinder kranker Eltern</b>						<b>TK</b>	
13.1.	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € <sup>10</sup> 2 x im Krankheitsfall	-
13.2.	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € <sup>10</sup> 6 x im Krankheitsfall	-
<b>14.</b>	<b>Amblyopiescreening</b>							
14.1.	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung	99855	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient ab dem vollendeten 25. Lebens- monat bis zum vollendeten 42. Lebens- monat

<sup>10</sup> Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
14.2.	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Vorliegen von Risikofaktoren	99856	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient mit Risikofaktoren ab dem vollendeten 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
<b>15.</b>	<b>Polypharmaziecheck*</b>						<b>DAK-Gesundheit</b>	
15.1.	Durchführung Polypharmaziecheck	98960	-	-	-	-	30,00 € 1 x jährlich	-
<b>16.</b>	<b>Trittsicher</b>							
16.1.	Beratung zum Vorsorgekonzept und ggf. Überweisung zur DXA-Untersuchung	99870	-	-	-	15,00 € 1 x je ausgewähltem Patient	-	-
16.2.	DXA-Untersuchung sowie Erstellung und Übersendung eines ärztlichen Berichts über die Ergebnisse der Untersuchung	99871	-	-	-	45,00 € 1 x je ausgewähltem Patient	-	-

\* Gilt nur für die DAK-Gesundheit ab 01.08.2015

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
<b>17.</b>	<b>Diabetes-Vertrag</b>		<b>DAK-Gesundheit</b>	<b>mhplus* Schwenninger BKK**</b>
<b>17.1.</b>	<b>Modul 1 – Diabetische Neuropathie</b>			
17.1.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910	20,00 €	20,00 €
17.1.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98911	20,00 €	20,00 €
17.1.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98912	20,00 €	20,00 €
17.1.4.	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913	17,00 €	17,00 €
<b>17.2.</b>	<b>Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)</b>			
17.2.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920	20,00 €	20,00 €
17.2.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98921	20,00 €	20,00 €
17.2.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98922	20,00 €	20,00 €
<b>17.3.</b>	<b>Modul 3 – Angiopathie</b>			
17.3.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €

\* gültig ab dem 01.01.2016

\*\* gültig ab dem 01.07.2016

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
			DAK-Gesundheit	mhplus* Schwenninger BKK**
17.3.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
17.3.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €
<b>17.4.</b>	<b>Modul 4 – Diabetesleber</b>			
17.4.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
17.4.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €
17.4.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €
<b>17.5.</b>	<b>Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung</b>			
17.5.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
17.5.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
17.5.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
17.5.4.	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5

\* gültig ab dem 01.01.2016

\*\* gültig ab dem 01.07.2016

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
<b>18.</b>	<b>Gesund schwanger</b>		<b>BKK***</b>
18.1.	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	81300	60,00 €
18.2.	Frühultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW	81301	50,00 €
18.3.	Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW	81302	26,00 €
18.4.	Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls	81303	15,00 €
<b>19.</b>	<b>Willkommen Baby</b>		<b>DAK-Gesundheit</b>
19.1.	Beratung und Bedeutung Risikoscreening	99860	30,00 €
19.2.	Förderung der natürlichen Geburt	99861	25,00 €
19.3.	Infektionsscreening	99862	20,00 €
19.4.	Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft (5. bis 8. SSW)	99863	30,00 €
19.5.	Ultraschalluntersuchung nach dem 3. Basis-Ultraschall (33. bis 37. SSW)	99864	30,00 €

\*\*\* Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen. Aktuelle Übersichten unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Gesund schwanger → Teilnehmende Krankenkassen (Gesund schwanger, Anlage 13)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.6.	Geburtsvorbereitung (Akkupunktur), je Sitzung	99865	15,00 €
<b>19.</b>	<b>Diabetes-Schulungen für nicht-DMP-Patienten<sup>15</sup></b>		<b>Postbeamtenkrankenkasse</b>
19.1.	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
19.2.	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
19.3.	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
19.4.	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
19.5.	Medias 2	99231	12,50 €
19.6.	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
19.7.	HBSP	99234	12,50 €
19.8.	Nachschulungen	99227N bis 99231N 99233N 99234N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
19.9.	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €

<sup>15</sup> Siehe auch Übersicht „[Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)“

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.10.	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
19.11.	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €