

# Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im I. Quartal 2019 (gültig ab 01.01.2019)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>1.</b>	<b>Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit</b>	Abschnitt I.8 EBM	1,6970	12,5196	-
1.1	Fallwertzuschlag ab dem 50. Ansatz einer Leistung aus Abschnitt I.8 EBM auf einem Fall <i>(wird von der KV automatisch zugesetzt)</i>	99830	-	-	50,00 €
<b>2.</b>	<b>Ambulantes Operieren</b>				
2.1	Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X	-	10,8226	-
2.2	Koloskopie	13421 bis 13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	10,8226	-
	ERCP	13430 bis 13431			
2.3	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.4	§ 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, 08311T, 09351, 09361, 09362, 13410, 13411, 13412, 15321, 15322, 15323, 26310, 26310T, 26311, 26311T, 26322, 26323, 26324, 26330, 26352, 30600, 30601, 34283, 34284, 34285, 34286, 34291, 34294, 34297, 34505	-	10,8226	-
2.5	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	10,8226	-
<b>3.</b>	<b>Mammographie-Screening</b>				
3.1	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758	-	10,8226	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	12,0604	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
<b>4.</b>	<b>Mukoviszidose Screening</b>	01709, 01724, 01725, 01726, 01727	-	10,8226	-
<b>5.</b>	<b>Belegärztliche Leistungen</b>				
5.1	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. 36272X, 36503X, 36822X	1,5250	12,3476	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
5.2	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416 (sofern auf Belegarztschein abgerechnet)	1,5250	12,3476	-
5.3	Postoperativer Behandlungskomplex nach belegärztlichen Operationen aus Abschnitt 36.2 EBM	99600	-	-	20,38 €
<b>6.</b>	<b>Prävention gesamt</b>				
6.1	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01702 bis 01816 (exkl. 01750 bis 01759)	-	10,8226	-
7.	<b>Vakuumstanzbiopsien, kurativ</b>	34274	-	10,8226	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €
8.	<b>Strahlentherapie</b>	25210 bis 25342	-	10,8226	-
		40840	-	-	140,00 €
		40841	-	-	30,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
9.	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	-	10,8226	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
10.	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	-	-	-
11.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	10,8226	-
12.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13620 bis 13622	-	10,8226	-
13.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	10,8226	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
14.	<b>Laborpauschalen für Untersuchungen im Zusammenhang mit der GOP 01732</b> (Gesundheitsuntersuchung)	32880 (Teststreifen)	-	-	0,50 €
		32881 (Bestimmung von Glukose)			0,25 €
		32882 (Bestimmung von Cholesterin gesamt)			0,25 €
15.	<b>Balneophototherapie</b>	10350	-	10,8226	-
16.	<b>Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis</b>	01833	-	10,8226	-
17.	<b>Weegebühren</b>				
17.1	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 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
17.2	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 €
17.3	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	3,55 €
17.4	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 €
17.5	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	10,13 €
17.6	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	7,09 €
17.7	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 €
17.8	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	15,20 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>18.</b>	<b>Telefonkosten</b>				
18.1	Telefonkosten gem. I Allgemeine Bestimmungen 7.3 EBM, Pauschale je Telefonat des Arztes, nur im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	80230	-	-	0,26 €
<b>19.</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	-	10,8226	-
<b>20.</b>	<b>Neuropsychologische Therapie</b>	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935	-	10,8226	-
<b>21.</b>	<b>HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus</b>	32821, 32822	-	-	260,00 €
<b>22.</b>	<b>Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen</b>	Abschnitt 35.2 EBM	-	10,8226	-
<b>23.</b>	<b>Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapie</b>				
23.1	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	10,8226	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
23.2	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	-	10,8226	-
23.3	Psychotherapeutische Akuttherapie	35152	-	10,8226	-
23.4	Zuschlag zu den GOP 35151 und 35152 gem. Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 (wird von der KV automatisch zugesetzt)	35573	-	10,8226	-
<b>24.</b>	<b>Onkologie</b>				
24.1	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	43,40 €
24.2	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,16 €
24.3	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	26,25 €
24.4	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	196,15 €
24.5	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie- Vereinbarung	86518	-	-	196,15 €
24.6	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Orale zytostatische Tumortherapie	86520	-	-	98,08 €
24.7	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>25.</b>	<b>Sozialpädiatrie/ -psychiatrie</b>				
25.1	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	-	-	186,00 €/ab 351. Behandlungsfall 139,50 €
25.2	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	10,8226	-
<b>26.</b>	<b>Sachkosten Intraokularlinsen</b>				
26.1	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	127,80 €
26.2	Faltbare Linsen	99001	-	-	147,50 €
<b>27.</b>	<b>Einmalset bei perkutaner Nukleotomie</b>	99005	-	-	894,80 €
<b>28.</b>	<b>Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen</b>				
28.1	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	14,00 €
28.2	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	71,81 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
28.3	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	82,03 €
28.4	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	50,00 €
<b>29.</b>	<b>Herzschrittmacher</b>				
29.1	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
29.2	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €
29.3	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
29.4	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
<b>30.</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 (ohne GOP 13620 bis 13622)	-	10,8226	-
<b>31.</b>	<b>Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg</b> Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
32.	<b>Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung*</b> Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
33.	<b>Subkutane Immuntherapie (SCIT)</b>				
33.1	Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €
33.2	Zuschlag zur GOP 30131 EBM	99991* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
34.	<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.	-	-	14,80 €
35.	<b>Erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchungen</b>				
35.1	Zuschlag zur GOP 01770 für die US-Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	10,8226	-
36.	<b>Osteodensitometrie</b>	34601	-	10,8226	-

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

\*\* Bei gleichzeitiger Abrechnung von Pflegeheimbesuchen nach Abschnitt 37.2 EBM entfällt der Zuschlag nach der GOP 99980

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>37.</b>	<b>Kapselendoskopie</b>				
37.1	Untersuchung bei Kindern	04528	-	10,8226	-
37.2	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	10,8226	-
37.3	Auswertung bei Kindern	04529	-	10,8226	-
37.4	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	10,8226	-
<b>38.</b>	<b>Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder</b>	99620	-	-	8,50 €
<b>39.</b>	<b>Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)</b>				
39.1	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334	-	10,8226	-
39.2	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335	-	10,8226	-
<b>40.</b>	<b>Zuschlag zur PFG für Fachärzte</b> <i>(wird von der KV automatisch zugesetzt)</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	-	10,8226	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
41.	<b>HLA-Antikörperdiagnostik</b>	32915 bis 32918 32939 bis 32943 32948 bis 32949	-	-	lt. EBM
42.	<b>Psychiatrisches Gespräch*</b> Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM (wird von der KV auto- matisch zugesetzt)	99996* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,40 €
43.	<b>Radionuklide</b>				
43.1	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €
43.2	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34703 bei Verwendung von <sup>18</sup> F-Fluordesoxyglukose	40584	-	-	255,00 €
44.	<b>PET, PET/CT</b>				
44.1	Diagnostische Positronenemissionstomo- graphie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700 bis 34703	-	10,8226	-
		40584	-	-	255,00 €

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>45.</b>	<b>Soziotherapie</b>				
45.1	Erstverordnung Soziotherapie	30810	-	10,8226	-
45.2	Folgeverordnung Soziotherapie	30811	-	10,8226	-
<b>46.</b>	<b>Humangenetik</b>				
46.1	Umfangreiche humangenetische Analysen	11449 11514 11514V 11514Z	-	10,8226	-
46.2	Wissenschaftliches Gutachten	11304 19406	-	10,8226	
46.3	Allgemeine Tumorgenetik	Abschnitt 19.4.2 EBM	-	10,8226	
46.4	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM (inkl. der neuen ab 01.01.2019 geltenden GOP 19461)	-	10,8226	-
46.5	Genotypisierung	32865	-	-	308,50 €
46.6	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
47.	<b>Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung</b>	Abschnitt 30.13 EBM	-	10,8226	-
48.	<b>Kooperations- u. Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)</b>	37100 bis 37120	-	10,8226	-
49.	<b>Delegationsfähige Leistungen</b>	Abschnitt 38.3 EBM	-	10,8226	-
50.	<b>Medikationsplan gem. § 31a SGB V</b>	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	-	10,8226	-
51.	<b>eArztbrief</b>				
51.1	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	86900	-	-	0,28 €
51.2	Empfangen eines elektronischen Briefes	86901	-	-	0,27 €
52.	<b>Behandlung des diabetischen Fußes</b> Zuschlag zur GOP 02311 EBM	99984	-	-	5,26 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
53.	<b>Erweiterte Beratung über die Behandlung einer Schwangeren (Gestationsdiabetes)</b> GOP 01777 EBM und gesicherte Diagnose O24.4 Voraussetzung	99988	-	-	18,00 €
54.	<b>Radiologie bei onkologischen Patienten*</b>				
54.1	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.2 EBM	99565* bis 99596* 99160* bis 99182*	1,5	-	-
54.2	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.3 EBM	99183* bis 99198*	1,5	-	-
54.3	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.4 EBM	99260* bis 99281* (jeweils Zusetzung durch KVBW)	1,5	-	-
55.	<b>Telekonsile</b>				
55.1	Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT- Aufnahmen	34800	-	10,8226	-
55.2	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	34810	-	10,8226	-
55.3	Telekonsiliarärztliche Beurteilung von CT-Aufnahmen	34820, 34821	-	10,8226	-

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
56.	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01450	-	10,8226	-
57.	Vorsorgepauschale Kindernephrologie	04563	-	10,8226	-
58.	Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)	03355 04590 13360	-	10,6543	-
59.	Epilation mittels Lasertechnik	02325 bis 02328	-	10,8226	-
60.	Palliativmedizinische Versorgung gem. Anlage 30 zum BMV-Ä	Abschnitt 37.3 sowie Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM	-	10,8226	-
61.	Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Cannabis				
61.1	Aufklärung über Begleiterhebung	01460	-	10,8226	-
61.2	Datenerfassung und -übermittlung i. R. d. Begleiterhebung	01461	-	10,8226	-
61.3	Ärztliche Stellungnahme zur Antragsstellung	01626	-	10,8226	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>62.</b>	<b>Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysma</b>				
62.1	Beratung	01747	-	10,8226	-
62.2	Ultraschall	01748	-	10,8226	-
<b>63.</b>	<b>Pricktest Zuschlag zur GOP 30111</b>	99992 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	8,00 €
<b>64.</b>	<b>Notfalldatenmanagement</b>	01640, 01641, 01642	-	10,8226	-
<b>65.</b>	<b>Botulinumtoxin-Therapie</b>	08311T, 08312, 08313, 26310T, 26311T, 26316, 26317	-	10,8226	-
		40161	-	-	45,00 €
<b>66.</b>	<b>Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten*</b> Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03060	99981* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
<b>67.</b>	<b>Verordnung von Rehabilitation</b>	01611	-	10,8226	-

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>68.</b>	<b>DocDirekt</b>				
68.1	Telefonische Behandlung	99898	-	-	25,00 €
68.2	Fallzuschlag für patientennah erreichbare Portal-Praxen (PEPP)	99899	-	-	20,00 €
<b>69.</b>	<b>Biomarker Procalcitonin</b>	32459	-	-	EBM
<b>70.</b>	<b>Phänotypische Belastungsteste</b>	32774, 32775	-	-	EBM
<b>71.</b>	<b>Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom</b>	30210, 30212, 30216, 30218	-	10,8226	-
<b>72.</b>	<b>Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei KHK</b>	34298	-	10,8226	-
		40301	-	-	EBM
<b>73.</b>	<b>Zuschlag für die Einrichtungsbefragung gem. Qesü-Richtlinie/Verfahren 2**</b>	01650	-	10,8226	-

\*\* rückwirkend ab dem 01.01.2018

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2019/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>74.</b>	<b>Ärztliche Zweitmeinung</b>				
74.1	Indikationsstellung	01645 A/B	-	10,8226	-
74.2	Ärztliche Leistungen des Zweitmeiners (Kennzeichnung mit der GOP 88200 A/B)	Leistungen gem. Abschnitt 4.3.9 EBM	-	10,8226	-
<b>75.</b>	<b>Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</b>	Abschnitt 37.4 EBM	-	10,8226	-
<b>76.</b>	<b>Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris</b>	30440	-	10,8226	-

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 1. Quartal 2019 quotiert vergütet werden müssten.

# Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im I. Quartal 2019 (gültig ab 01.01.2019)

- je Kasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>1.</b>	<b>Homöopathie</b>							
1.1	Erstanamnese	99201	-	80,00 €	-	-	-	-
1.2	Erstanamnese Kind	99202	-	32,00 €	-	-	-	-
1.3	Folgeanamnese	99203	-	31,00 €	-	-	-	-
1.4	Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	81200	-	60,00 € <sup>1</sup>	60,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.5	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	90,00 € <sup>1</sup>	90,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.6	Repertorisation	81202	-	20,00 € <sup>1</sup>	20,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.7	Analyse	81203	-	20,00 € <sup>1</sup>	20,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.8	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	45,00 € <sup>1</sup>	45,00 € <sup>2</sup>	-	-	-

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
1.9	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	22,50 € <sup>1</sup>	22,50 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.10	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,00 € <sup>1</sup>	10,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.	<b>Hautkrebs-Screening</b>	99841	25,00 €* <sub>2</sub>	27,00 € <sup>3</sup> / <sub>2</sub> 25,00 €* <sub>1</sub> / <sub>2</sub>	-	25,00 €	25,00€* <sub>2</sub> (TK)	-
							25,00€* <sub>2</sub> (Barmer GEK)	
		99842	6,00 €* <sub>2</sub> (i. V. m. 99841)	6,00 € <sup>3</sup> / <sub>2</sub>	-	6,00 € (i. V. m. 01745 oder 99841)	8,00 € Auflichtmikro- skopie für HEK (i. V. m. 99841)	-
3.	<b>LDL-Elimination Sachkosten</b>							
3.1	Diverse Verfahren	98600	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €
3.2	Diverse Filtrationen (Zuschlag für Neugeräte)	98603	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,30 €	15,34 €

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

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

<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
<b>4.</b>	<b>Schutzimpfungen</b>							
4.1	Einfachimpfung	div.	7,20 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €
4.2	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112	8,10 €	8,10 € <sup>4</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.3	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 €
4.4	Zweifachimpfung	div.	8,00 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,00 €	8,00 €	8,25 €
4.5	Dreifachimpfung	div.	8,00 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,00 €	9,00 €	8,25 €
4.6	Vierfachimpfung	div.	8,00 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	8,00 €	10,00 €	15,00 €
4.7	Fünffachimpfung	div.	8,00 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	8,00 €	12,00 €	15,00 €
4.8	Sechsfachimpfung	div.	13,50 €	15,00 € <sup>4</sup>	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
4.9	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	8,20 €	9,00 € <sup>4</sup>	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €

<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 Mobil Oil und Heimat BKK

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.10	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	16,60 €	13,00 € <sup>4</sup>	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €
4.11	Einfachimpfung gegen Meningokokken B	89131A/B/R	7,20 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €
5.	<b>DMP</b>	div.* <sub>4</sub>	-	-	-	-	-	-
6.	<b>AD(H)S-Vertrag<sup>7</sup></b>							
6.1	<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)	-
6.2	<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)	-

<sup>4</sup> Gilt nicht für 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
6.3	<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)	-
6.4	<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)	-
6.5	<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)	-
6.6	<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
6.7	<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)	-
6.8	<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)	-
6.9	<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
7.	<b>K.I.S.S.-Vertrag<sup>9</sup></b>				BIG direkt gesund			
7.1	<b>Beratung, Durchführung Infektionsscreening</b> (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
8.	<b>Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen</b>						<b>TK</b>	
8.1	U10	81102	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	53,00 €
8.2	U11	81120	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	53,00 €
8.3	J2	81121	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	53,00 €

<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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>9.</b>	<b>Tonsillotomie</b>						<b>BARMER</b>	
9.1	Tonsillotomie	99550	320,00 € <sup>12</sup>	320,00 € <sup>13/15</sup>	-	-	320,00 € <sup>14</sup>	-
9.2	Adenotomie	99551	-	105,00 € <sup>15</sup>	-	-	105,00 € <sup>14</sup>	-
9.3	Präanästhesiologische Untersuchung	99552	20,00 € <sup>12</sup>	20,00 € <sup>15</sup>	-	-	20,00 € <sup>14</sup>	-
9.4	Anästhesie bei Tonsillotomie	99550A	150,00 € <sup>12</sup>	160,00 € <sup>15</sup>	-	-	160,00 € <sup>14</sup>	-
9.5	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie	99551A	180,00 € <sup>12</sup>	190,00 € <sup>15</sup>	-	-	190,00 € <sup>14</sup>	-
9.6	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie und Blutstillung oder Parazentese	99551B	210,00 € <sup>12</sup>	220,00 € <sup>15</sup>	-	-	220,00 € <sup>14</sup>	-
9.7	Postoperative Überwachung	99553	95,00 € <sup>12</sup>	110,00 € <sup>15</sup>	-	-	110,00 € <sup>14</sup>	-

<sup>12</sup> Gilt nur für die AOK BW sowie für Versicherte der AOK Hessen mit Wohnsitz in BW. Die Anästhesieleistungen werden ab dem 01.07.2017 gem. dem neuen 140a-Vertrag vergütet.

<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 ab 01.04.2015

<sup>15</sup> Der BARMER-Tonsillotomie-Vertrag gilt ab dem 01.07.2017 auch für die SBK

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>10.</b>	<b>Venentherapie<sup>12</sup></b>							
10.1	<u>Behandlung an einem Bein</u>	99625						
	bis zum 50. Behandlungsfall		1.160,00 €	-	-	-	-	-
	vom 51. - 150. Behandlungsfall		1.044,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 151. Behandlungsfall		928,00 €	-	-	-	-	-
10.2	<u>Behandlung an beiden Beinen</u>	99626						
	bis zum 50. Behandlungsfall		2.000,00 €	-	-	-	-	-
	vom 51. - 150. Behandlungsfall		1.800,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 151. Behandlungsfall		1.600,00 €	-	-	-	-	-
10.3	Regionalanästhesie durch den Operateur	99627	40,27 €	-	-	-	-	-
10.4	Anästhesie und/oder Narkose	99627A	164,29 €	-	-	-	-	-
10.5	Zuschlag	99628	30,47 €	-	-	-	-	-
10.6	Postoperative Überwachung	99629	109,85 €	-	-	-	-	-

<sup>12</sup> Gilt nur für die AOK BW sowie für Versicherte der AOK Hessen mit Wohnsitz in BW. Die Anästhesieleistungen werden ab dem 01.07.2017 gem. dem neuen 140a-Vertrag vergütet.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>11.</b>	<b>Kinder kranker Eltern</b>						<b>TK</b>	
11.1	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € <sup>10</sup> 2 x im Krankheitsfall	-
11.2	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € <sup>10</sup> 6 x im Krankheitsfall	-
<b>12.</b>	<b>Amblyopiescreening</b>							
12.1	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						
12.2	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>13.</b>	<b>Diabetes-Vertrag</b>		<b>DAK-Gesundheit</b>			<b>mhplus<sup>16</sup> Schwenninger BKK<sup>17</sup></b>		
<b>13.1</b>	<b>Modul 1 – Diabetische Neuropathie</b>							
13.1.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910				20,00 €	20,00 €	
13.1.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98911				20,00 €	20,00 €	
13.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	98912				20,00 €	20,00 €	
13.1.4	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913				17,00 €	17,00 €	

<sup>16</sup> gültig ab dem 01.01.2016<sup>17</sup> gültig ab dem 01.07.2016

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
<b>13.2</b>	<b>Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)</b>			
13.2.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920	20,00 €	20,00 €
13.2.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98921	20,00 €	20,00 €
13.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98922	20,00 €	20,00 €
<b>13.3</b>	<b>Modul 3 – Angiopathie</b>			
13.3.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €
13.3.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
13.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €
<b>13.4</b>	<b>Modul 4 – Diabetesleber</b>			
13.4.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
13.4.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €
13.4.3	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
<b>13.5</b>	<b>Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung</b>			
13.5.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
13.5.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
13.5.3	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
13.5.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5
<b>14.</b>	<b>Gesund schwanger</b>		<b>BKK<sup>18</sup></b>	
14.1	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	81300		60,00 €
14.2	Frühultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW	81301		50,00 €
14.3	Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW	81302		26,00 €
14.4	Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls	81303		15,00 €

<sup>18</sup> 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	
<b>15.</b>	<b>Willkommen Baby</b>		<b>DAK-Gesundheit</b>
15.1	Beratung und Bedeutung Risikoscreening	99860	30,00 €
15.2	Förderung der natürlichen Geburt	99861	25,00 €
15.3	Infektionsscreening	99862	20,00 €
15.4	Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft (5. bis 8. SSW)	99863	30,00 €
15.5	Ultraschalluntersuchung nach dem 3. Basis-Ultraschall (33. bis 37. SSW)	99864	30,00 €
15.6	Geburtsvorbereitung (Akkupunktur), je Sitzung	99865	15,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
<b>16</b>	<b>Diabetes-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten<sup>19</sup></b>		<b>Postbeamtenkrankenkasse</b>
16.1	Betreuungspauschale "DMP"-Arzt ("DMP" DM Typ 1 und 2; Erwachsene) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung u. Beratung des Patienten</li> <li>• Motivation des Patienten</li> <li>• Führen Diabetes-/ Patientenpass</li> <li>• Erhebung der relevanten medizinischen Parameter u. Besprechung mit dem Patienten</li> <li>• Festlegung u. ggf. Anpassung des Therapieverlaufs</li> </ul>	99214	14,00 €
16.2	Betreuungspauschale diabetologisch qualifizierter Arzt (DM Typ 2) <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung u. Beratung des Patienten</li> <li>• Motivation des Patienten</li> <li>• Führen Diabetes-/ Patientenpass</li> </ul>	99215	10,00 €

<sup>19</sup> Siehe auch Übersicht "[Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)"

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.3	Einzelberatung Diabetes-beraterin DDG <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Min., bis zu 3x/Quartal</li> </ul>	99216 A	15,00 €
16.4	Einzelberatung Diabetes-assistentin gem. Anlage 1a/1b zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 1 bzw. Anlage 2 zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 15 Min., bis zu 3x/Quartal</li> </ul>	99216 B	7,50 €
16.5	Einzelberatung Diabetes-beraterin DDG <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 A</li> </ul>	99217 A	45,00 €
16.6	Einzelberatung Diabetes-assistentin gem. Anlage 1a/1b zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 1 bzw. Anlage 2 zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 B</li> </ul>	99217 B	22,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.7	Bei Patienten mit Wagner Stadium 1 und 2 bis zur Wundheilung <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x/Quartal</li> <li>• einschließlich Fotodokumentation und standardisierter Befunderhebung</li> </ul>	99222	35,00 €
16.8	Bei Patienten mit Wagner Stadium 3 bis zur Rückführung in Stadium 1 oder 2 <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x/Quartal</li> <li>• einschließlich Fotodokumentation und standardisierter Befunderhebung</li> </ul>	99223	50,00 €
16.9	Konventionelle Insulintherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände</li> <li>• ggf. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung</li> <li>• einmalig</li> <li>• inkl. Beraterin</li> </ul>	99224	50,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.10	Intensivierte Insulintherapie und Pumpe <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände</li> <li>• ggf. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung</li> <li>• einmalig</li> <li>• inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin, auch Ersteinstellung Pumpe bei Diabetes mellitus Typ 2</li> </ul>	99225	100,00 €
16.11	Pauschale für Mitbehandlung durch sonstige in der RSAV genannte Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mitbehandlung i.S. von DMP</li> </ul>	99226	5,00 €
16.12	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
16.13	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
16.14	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
16.15	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.16	Medias 2	99231	12,50 €
16.17	LINDA	99232	25,00 €
16.18	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
16.19	HBSP	99234	12,50 €
16.20	IPM	99235	25,00 €
16.21	Nachschulungen	99227N bis 99235N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
16.22	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
16.23	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
16.24	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €
16.25	Schulungsmaterial (IPM)	99239	2,00 €
16.26	Schulungsmaterial (LINDA)	99240	9,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.27	<p>Ersteinstellung Pumpe bei Typ 1-Diabetikern</p> <p>Nur für DMP-Ärzte i.R.v. Diabetes mellitus Typ 1 abrechenbar!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung</li> <li>• Einweisung in die Pumpentechnik außerhalb einer programmierten Schulung</li> <li>• ggf. inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin</li> <li>• einmalig</li> </ul>	99247	100,00 €
16.28	<p>HyPOS</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• für insulinpflichtige Diabetiker mit einem erhöhten Hypoglykämie-Risiko und besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit Unterzucker</li> <li>• nur für Typ 1-Diabetiker</li> </ul>	99249	25,00 €



Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.29	Schulungsmaterial HyPOS (je Schulungsteilnehmer)	99250	
	Ab Erscheinen des Patienten- handbuchs		16,50 €
	Bis Erscheinen des Patienten- handbuchs		7,00 €
16.30	DiSko  • neben allen vorhandenen Schulungsprogrammen zusätzlich durchführbare Unterrichtseinheit mit 30 Min. Bewegungs- programm, Puls- und Blutzuckermessung	99251	20,00 €
16.31	Schulungsmaterial DiSko (je Schulungsteilnehmer)	99252	2,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.	<b>KHK-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten<sup>19</sup></b>		<b>Postbeamtenkrankenkasse</b>
17.1	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung u. Beratung eines Patienten mit KHK</li> <li>• Motivation des Patienten</li> <li>• Erhebung der relevanten medizinischen Parameter u. Besprechung mit dem Patienten</li> <li>• Festlegung u. ggf. Anpassung des Therapieverlaufs</li> </ul>	99965	14,00 €
17.2	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung u. Beratung eines Patienten, der in mehreren "DMPs" betreut wird</li> <li>• Motivation des Patienten</li> </ul>	99966	8,00 €
17.3	Pauschale für Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt</li> <li>• 1x im Behandlungsfall</li> </ul>	99967	32,00 €

<sup>19</sup> Siehe auch Übersicht "[Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)"

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.4	Pauschale für die Mitbehandlung bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt</li> <li>• 1x im Behandlungsfall</li> </ul>	99968	32,00 €
17.5	Schulung - SPOG <ul style="list-style-type: none"> <li>• pauschal</li> <li>• inkl. Schulungsmaterial</li> <li>• max. 4 Personen</li> </ul>	99970	150,00 €
17.6	Schulung - IPM <ul style="list-style-type: none"> <li>• je Unterrichtseinheit (Modul) und Patient</li> <li>• 5 Module</li> <li>• 6 - 12 Personen</li> </ul>	99971	25,00 €
17.7	Schulungsmaterial - IPM	99975	2,00 €