

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 3. Quartal 2024 (gültig ab 01.07.2024)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit	Abschnitt I.8 EBM	1,6970	13,6309	-
1.1	Fallwertzuschlag ab dem 50. Ansatz einer Leistung aus Abschnitt I.8 EBM auf einem Fall (wird von der KV automatisch zugewetzt)	99830	-	-	100,00 €
2.	Ambulantes Operieren				
2.1	Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. Suffices	-	11,9339	-
2.2	Koloskopie	13421 bis 13424 (inkl. Suffices), 04514, 04515, 04518, 04520	-	11,9339	-
2.3	ERCP	13430 bis 13431			
2.4	Kostenpauschale Einmal-Hochfrequenz-diathermieschlinge bei Abrechnung i.Z. mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01742, 04515, 04520, 13423 EBM jeweils einschl. Suffices	40460	-	-	12,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.5	Kostenpauschale Einmal-Probenentnahme-zange bei Abrechnung i.Z. mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01741, 04514, 08311T, 13421, 13422, 13430, 26310T und 26311T EBM, jeweils einschl. Suffices	40461	-	-	8,00 €
2.6	Kostenpauschale Clips inkl. Einmal-Endo-/ Hämo-Clipapplikator bei Abrechnung i.Z. mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01742 und 13423 EBM, jeweils einschl. Suffices	40462	-	-	20,80 €
2.7	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €
2.8	§ 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	-	11,9339	-
2.9	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.10	Kostenpauschale i. Z. mit der Durchführung der Leistung nach GOP 34291	40306	-	-	2,50 €
2.11	Kostenpauschale i. Z. mit der Durchführung der Leistung nach GOP 31319	40685	-	-	EBM
2.12	Externe elektrische Kardioversion	04421, 13552	-	11,9339	-
2.12.1	i.Z.m. GOP 04421 bzw. 13552 erbrachte Analgesie/Sedierung	05310E, 05341E	-	11,9339	-
2.12.2	i.Z.m. GOP 04421 bzw. 13552 erbrachter Doppler-Echokardiographie	33022E, 33023E	-	11,9339	-
2.13	Zuschläge für die operative Versorgung von Frakturen				
2.13.1		85501	-	-	25,97 €
2.13.2		85502	-	-	42,34 €
2.13.3		85503	-	-	62,99 €
2.13.4		85504	-	-	83,56 €
2.13.5		85505	-	-	126,00 €
2.13.6		85514	-	-	98,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.13.7		85520	-	-	1,36 €
2.13.8		85521	-	-	2,67 €
2.13.9		85522	-	-	6,68 €
3.	Mammographie-Screening				
3.1	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758 inkl. 01752A, 01752B	-	11,9339	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	13,1717	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
4.	Mukoviszidose Screening	01709, 01724, 01725, 01726, 01727	-	11,9339	-
5.	Belegärztliche Leistungen				
5.1	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. Suffices	1,525	13,4589	-
5.2	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416 (GOP 08411 bis 08416 auch ambulant)	1,525	13,4589	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
6.	Künstliche Befruchtung	Abschnitt 8.5 (ohne GOP 08520 und 08521) Abschnitt 8.6 inkl. 08619V, 08621V, 08622V, 08623V und 08635S 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08535X, 08536X, 08537X bis 08540X, 08550X, 08555X, 08558X, 08575X, 08576X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 11501X bis 11503X, 11506X, 11508X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X	-	11,9339	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
		01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K	-	11,9339	-
		32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K	-	-	lt. EBM
		40700 40701	-	-	68,00 € 10,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
7.	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01702 bis 01816, 01865, 01866, 01867, 01869 (exkl. 01750 bis 01759) (NEU: inkl. 01789/V, 01790/V, 01870)	-	11,9339	-
8.	Vakuumstanzbiopsien, kurativ	34274	-	11,9339	-
		40454 40455	-	-	320,00 € 100,00 €
9.	Materialkosten auf Behandlungsschein	99205 sowie diverse GOPs der Produktgruppen unter www.kvbawue.de → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merblätter → Produktgruppenliste zur Sachkostenabrechnung	-	-	-
10.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	11,9339	-
11.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13620 bis 13622	-	11,9339	-
12.	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)	-	-	1,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
13.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	11,9339	-
14.	Balneophototherapie	10350	-	11,9339	-
15.	Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis	01833	-	11,9339	-
16.	Wegegebühren				
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	-	-	15,28 €
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	-	-	20,99 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
16.3	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	4,44 €
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	-	-	8,91 €
16.5	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	12,72 €
16.6	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	8,91 €
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	-	-	13,99 €
16.8	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	19,09 €
17.	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)	30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956 inkl. Höchstwerte 30960 und 30961	-	11,9339	-
18.	Neuropsychologische Therapie	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 inkl. Höchstwerte 30936 und 30937	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
19.	HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus	32821	-	-	260,00 €
20.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM	-	11,9339	-
21.	Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapie				
21.1	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	11,9339	-
21.2	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	-	11,9339	-
21.3	Psychotherapeutische Akuttherapie inkl. Suffices	35152	-	11,9339	-
21.4	Zuschlag zu den GOP 35151 und 35152 gem. Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 (wird von der KV automatisch zugesetzt)	35573	-	11,9339	-
21.5	Förderung der Gruppentherapie				
21.5.1	Besuch i.Z.m. der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus	01410K 01413K	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
21.5.2	Komplex der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35163 bis 35169 inkl Suffices	-	11,9339	-
21.5.3	Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)	35173 bis 35179 inkl. Suffices	-	11,9339	-
22.	Onkologie				
22.1	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	46,55
22.2	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	31,27
22.3	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	28,15
22.4	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	210,37
22.5	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie- Vereinbarung	86518	-	-	210,37
22.6	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Orale zytostatische Tumortherapie	86520	-	-	105,20 €
22.7	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
23.	Sozialpädiatrie/ -psychiatrie				
23.1	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 €
23.2	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	11,9339	-
24.	Sachkosten Intraokularlinsen				
24.1	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	100,00 €
24.2	Faltbare Linsen	99001	-	-	137,00 €
25.	Einmalset bei perkutaner Nukleotomie	99005	-	-	894,80 €
26.	Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen				
26.1	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	14,00 €
26.2	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	70,00 €
26.3	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	80,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
26.4	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	48,00 €
27.	Herzschrittmacher				
27.1	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
27.2	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €
27.3	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
27.4	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
28.	Nephrologische Leistungen	04000 bis 04005 04040, 04230, 04231 (Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM) Abschnitt 4.5.4 EBM Abschnitt 13.3.6 EBM (exkl. GOP 13594, 13596 (s. PFG), 13597 (s. Medikationsplan), 13598 (s. TSS), 13620 bis 13622 (s. LDL-Apherese) und 13595)	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
29.	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
30.	Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung* Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
31.	Subkutane Immuntherapie (SCIT)				
31.1	Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €
31.2	Zuschlag zur GOP 30131 EBM	99991* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
32.	Besuch in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal** Zuschlag bei Besuch mit Pflegepersonal nach den GOP 01410 P bzw. 01410 H und/oder 01413 P	99980 (Zusetzung durch KVBW) Die Kennzeichnung mit P bzw. H muss aktiv durch den Arzt erfolgen.	-	-	14,80 €
33.	Erweiterte Basis- Ultraschalluntersuchungen Zuschlag zur GOP 01770 für die US- Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	11,9339	-

* 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 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
34.	Osteodensitometrie	34601	-	11,9339	-
35.	Kapselendoskopie				
35.1	Untersuchung bei Kindern	04528	-	11,9339	-
35.2	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	11,9339	-
35.3	Auswertung bei Kindern	04529	-	11,9339	-
35.4	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	11,9339	-
36.	Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	99620	-	-	8,50 €
37.	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)				
37.1	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334/B	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
37.2	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335/B	-	11,9339	-
38.	Zuschlag zur PFG für Fachärzte (wird von der KV automatisch zugesetzt)	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	-	11,9339	-
39.	HLA-Antikörperdiagnostik	32915 bis 32918 32939 bis 32943 32948 bis 32949	-	-	lt. EBM
40.	Psychiatrisches Gespräch* Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM inkl. Suffices	99996* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,40 €
41.	Radionuklide				
41.1	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €
41.2	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34707 bei Verwendung von ¹⁸ F-Fluordesoxyglukose	40584	-	-	255,00 €

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
42.	PET, PET/CT				
42.1	Diagnostische Positronenemissionstomo-graphie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700 bis 34707	-	11,9339	-
		40584	-	-	255,00 €
43.	Humangenetik				
43.1	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM inkl. der neuen GOP 19466 und 19467	-	11,9339	-
43.2	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus	32865	-	-	308,50 €
43.3	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €
43.4	Genotypisierung zur Bestimmung des UDP-Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) Metabolisierungsstatus	32868	-	-	50,00 €
43.5	Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)-Metabolisierungsstatus	32867	-	-	120,00 €
43.6	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19-Metabolisierungsstatus	32869	-	-	82,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
44.	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	Abschnitt 30.13 EBM	-	11,9339	-
45.	Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)	37100 bis 37120	-	11,9339	-
46.	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3 EBM	-	11,9339	-
47.	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	-	11,9339	-
48.	eArztbrief				
48.1	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	86900	-	-	0,28 €
48.2	Empfangen eines elektronischen Briefes	86901	-	-	0,27 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
49.	Behandlung des diabetischen Fußes Zuschlag zur GOP 02311 EBM	99984	-	-	5,26 €
50.	Radiologie bei onkologischen Patienten*				
50.1	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.2 EBM	99565* bis 99596* 99160* bis 99182*	1,5	-	-
50.2	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.3 EBM	99183* bis 99198*	1,5	-	-
50.3	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.4 EBM	99260* bis 99282* (jeweils Zusetzung durch KVBW)	1,5	-	-
51.	Telekonsile				
51.1	Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT- Aufnahmen	34800	-	11,9339	-
51.2	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	34810	-	11,9339	-
51.3	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen	34820, 34821	-	11,9339	-
51.4	Einholung eines Telekonsils	01670	-	11,9339	-

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
51.5	Telekonsiliarische Beurteilung, bis zu 10 Minuten	01671	-	11,9339	-
	Zuschlag zur GOP 01671, je weitere vollendete 5 Minuten	01672	-	11,9339	-
52.	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01450	-	11,9339	-
53.	Vorsorgepauschale Kindernephrologie	04563	-	11,9339	-
54.	Anleitung zur Selbstanwendung eines Real- Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)	03355 04590 13360	-	11,9339	-
55.	Epilation mittels Lasertechnik	02325 bis 02328	-	11,9339	-
56.	Palliativmedizinische Versorgung gem. Anlage 30 zum BMV-Ä	Abschnitt 37.3	-	11,9339	-
57.	Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Cannabis				
57.1	Ärztliche Stellungnahme zur Antragsstellung	01626	-	11,9339	-
58.	Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysma				
58.1	Beratung	01747	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
58.2	Ultraschall	01748	-	11,9339	-
59.	Pricktest Zuschlag zur GOP 30111	99992 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	8,00 €
60.	Notfalldatenmanagement	01640, 01640A, 01640B, 01641, 01642	-	11,9339	-
61.	Botulinumtoxin-Therapie	08311T, 08312, 08313, 26317 26310T, 26311T, 26316: s. auch § 115b	-	11,9339	-
		40161	-	-	45,00 €
62.	Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten* Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03060	99981* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
63.	Verordnung von Rehabilitation				
63.1	Verordnung von medizinischer Rehabilitation	01611	-	11,9339	-
63.2	Zuschlag geriatrische Rehabilitation	01613	-	11,9339	-

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
64.	Schlafstörungsdiagnostik				
64.1	Kardiorespiratorische Polygraphie bei Patienten mit Unterkiefer-protrusionsschiene	30900U 30901U	-	11,9339	-
64.2	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	30902	-	11,9339	-
64.3	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	30905	-	11,9339	-
65.	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	30210, 30212, 30216, 30218	-	11,9339	-
66.	Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei KHK	34298	-	11,9339	-
		40301	-	-	EBM
67.	Zuschlag für die Einrichtungsbefragung gem. Qesü-Richtlinie/Verfahren 2***	01650	-	11,9339	-
68.	Ärztliche Zweitmeinung				
68.1	Indikationsstellung	01645F/G/H/I/J	-	11,9339	-

*** rückwirkend ab dem 01.01.2018

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
68.2	Ärztliche Leistungen des Zweitmeiners (Kennzeichnung mit der GOP 88200FIG/HIIIJ)	Leistungen gem. Allgemeine Bestimmungen Abschnitt 4.3.9 EBM, sofern sie nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind	-	11,9339	-
69.	Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Abschnitt 37.4 EBM	-	11,9339	-
70.	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	30440	-	11,9339	-
71.	Hornhauttomographie	06362	-	11,9339	-
72.	Kostenpauschale für Riboflavin i. Z. mit der Erbringung einer Leistung nach GOP 31364	40681	-	-	92,53 €
73.	Ambulante Betreuung und Nachsorge				
73.1	Beobachtung und Betreuung eines Patienten	01500 bis 01503, 01521, 01522	-	11,9339	-
73.2	Koronarangiographie	34291, 34292	-	11,9339	-
73.3	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen	01540, 01541, 01542	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
73.4	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels	01543, 01544, 01545	-	11,9339	-
74.	HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	Abschnitt 1.7.8 EBM	-	11,9339	-
75.	Alle Zusatzpauschalen für die Behandlung auf Grund einer TSS-Vermittlung (TSS-Terminfall und TSS-Akutfall), inkl. der zutreffenden Suffices	01322, 01323, 01710, 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228, 25229, 25230, 26228, 27228, 30705	-	11,9339	-
76.	Zuschlag zu der VP nach GOP 03000 bzw. 04000 für den Hausarztvermittlungsfall	03008 04008	-	11,9339	-
77.	Alle Leistungen mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM einer TSVG-Konstellation (TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, Hausarztvermittlungsfall und offene Sprechstunde) <i>(ambulante Leistungen derselben Arztgruppe desselben Quartals an demselben Patienten zu Lasten derselben Krankenkasse)</i>	GOP nach EBM bzw. regionale Vereinbarung sowie Kostenpauschalen gem. BMV-Ä, sofern sie nicht unter eine in dieser Übersicht genannten anderen Leistungen fallen	-	11,9339	-
78.	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	32850	-	-	EBM

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
79.	Beratung Organ- und Gewebespende	01480	-	11,9339	-
80.	Optische Kohärenztomographie	06336, 06337, 06338, 06339	-	11,9339	-
81.	Videofallkonferenz				
81.1	Videofallkonferenz mit der/den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft/Pflege(fach)kräften	01442	-	11,9339	-
81.2	Zuschlag zu den Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschalen für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01444	-	11,9339	-
82.	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion entsprechend den GOP 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	40165	-	-	72,00 €
83.	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn gem. Fachinformation	11601	-	11,9339	-
84.	Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom	08347, 13507, 19503 bis 19506	-	11,9339	-
85.	Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	-	-	lt. EBM

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
86.	Chronikerpauschale				
86.1	Zuschlag zur GOP 03220	99957* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
86.2	Zuschlag zur GOP 04220	99958* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
87.	Früherkennungsuntersuchung bei Kindern (U3) Zuschlag zur GOP 01713	99959* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	47,97 €
88.	Konfirmationsdiagnostik Zuschlag zur GOP 20327	99910 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	6,00 €
89.	Geburtshilfe (Zuschlag zur GOP 08411)	99956 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	114,00 €
90.	Erprobungsverfahren gem. § 137e SGB V	Kapitel 61 EBM	-	11,9339	EBM
91.	Corona		-	-	EBM
91.1	Antigentest SARS-CoV-2	32779	-	-	EBM
92.	Monoklonale Antikörpertherapie (befr. bis zum 07.04.2023)				
92.1	Therapie mit monoklonalen Antikörpern bei einem mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten	88400	-	-	360,00 €

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
92.2	Besuch in Verbindung mit der prophylaktischen Gabe von monoklonalen Antikörpern bei einem nicht an Coronavirus infizierten Patienten	88402	-	-	60,00 €
92.3	Lagerung der monoklonalen Antikörpern	88403	-	-	40,00 €
93.	Vakuumversiegelungstherapie (Zuschlagsleistungen außerhalb Kapitel 31 und 36)				
93.1	Sekundärer Wundverschluss	02314	-	11,9339	-
93.2	Kostenpauschalen	40900 bis 40903	-	-	EBM
94.	TTF				
94.1	Indikationsstellung	30310	-	11,9339	-
94.2	Zusatzpauschale Behandlung	30311	-	11,9339	-
94.3	Zusatzpauschale Ausrichtung	30312	-	11,9339	-
95.	Kostenpauschale für Versand einer AU bei Patientenkontakt i.R. einer Videosprechstunde	40128	-	-	0,86 €

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
96.	Kostenpauschale für Versand einer Bescheinigung gem. Muster 21 bei Patientenkontakt i.R. einer Videosprechstunde	40129	-	-	0,86 €
97.	Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte				
97.1	Zusatzpauschale zu den GOP 01430, 01435 und 01820	01431	-	11,9339	-
97.2	Zusatzpauschale zu den VP der Kap. 3 u. 4, GP der Kap. 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 u. 27, zu den KP der Kap. 12, 17, 19, 24 u. 25, den GOP 01320, 01321 u. 30700 sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (exkl. invitrodiagnostische Leistungen)	01647	-	11,9339	-
97.3	Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte	01648	-	11,9339	-
98.	Leistungen im Zusammenhang mit DiGA				
98.1	Zusatzpauschale für die Verkaufskontrolle u. die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio	01471	-	11,9339	-
	Im Rahmen der Videosprechstunde	01471 + Suffix	-	11,9339	-
	für Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Schmerztherapie	30780 30780V	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
98.2	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01472	-	11,9339	-
	für Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Schmerztherapie	30781	-	11,9339	-
98.3	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) zanadio gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01473	-	11,9339	-
98.4	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Invirto gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01474	-	11,9339	-
98.5	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Oviva Direkt für Adipositas gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	01475	-	11,9339	-
98.6	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) companion patella gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01477	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
98.7	Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Mawendo gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	01476	-	11,9339	-
98.8	Pauschale für Leistungen im Zusammenhang mit der Anwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) gem. Anhang I Absatz 1 Anlage 34 BMV-Ä	86700	-	-	7,64 €
99.	Infusionstherapie mit Sebelipase alfa	02102	-	11,9339	-
100.	LDR-Brachytherapie	25335 25336	-	11,9339	-
101.	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	03325, 03326, 04325, 04326, 13578/I, 13579/I, 13583/I bis 13587/I	-	11,9339	-
		40910	-	-	EBM
102.	Hyposensibilierungsbehandlung		-	11,9339	-
102.1	Orale Hyposensibilisierung bei Therapieeinleitung	30133	-	11,9339	-
102.2	Orale Hyposensibilisierung	30134	-	11,9339	-
103.	Genehmigungspflichtige Leistungen des Abschnitts 37.5 EBM	Abschnitt 37.5 EBM	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
104.	Psychotherapeutische Gespräche i. Z. m. Abschn. 37.5, auch als Videosprechstunde	22220M/Y und 23220M/Y	-	11,9339	-
105.	Strahlentherapie	Kap. 25 mit Ausnahme der GOP 25228 bis 25230 (s. TSS), 25335 und 25336 (s. LDR-Brachytherapie) und 25215	-	11,9339	-
106.	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL				
106.1	Leistungen des Abschnitts 37.7 EBM	Abschnitt 37.7 EBM	-	11,9339	-
106.2	Bronchoskopie	09315A und 13662A/K	-	11,9339	-
107.	Nukleinsäurenachweis von Orthopoxvirus spp.	32810	-	-	EBM
108.	Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien				
108.1	Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec oder mit Etranacogen dezaparvovec	Abschnitt 30.3.3. EBM	-	11,9339	-
108.2	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	33105	-	11,9339	-
109.	Kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen (ab 01.04.2023)	Abschnitt 14.2 EBM sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM	-	11,9339	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2024/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
110.	Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (Mitaufnahme einer Begleitperson)	01615	-	11,9339	-
111.	Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind				
111.1	Qualitativer Nachweis und/oder quantitative Bestimmung von Antikörpern gegen Adenoassoziierte Viren (AAV)	32674	-	-	EBM
111.2	Genotypische CMV-Resistenztestung	32820	-	-	EBM

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 3. Quartal 2024 quotiert vergütet werden müssten.

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 3. Quartal 2024 (gültig ab 01.07.2024)

- je Kasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
1.	Homöopathie							
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	-	61,50 € ¹	65,00 € ²	-	-	-
1.5	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	92,25 € ¹	97,00 € ²	-	-	-
1.6	Repertorisation	81202	-	20,50 € ¹	22,00 € ²	-	-	-
1.7	Analyse	81203	-	20,50 € ¹	22,00 € ²	-	-	-
1.8	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	46,13 € ¹	48,50 € ²	-	-	-
1.9	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	23,06 € ¹	24,00 € ²	-	-	-
1.10	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,25 € ¹	11,00 € ²	-	-	-

¹ Vertrag gilt für Securvita BKK, BKK Linde, Mercedes-Benz BKK, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules und BKK Novitas

² Vertrag gilt für IKK classic

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
2.	Hautkrebs-Screening	99841	25,00 €* ₂	27,00 € ³ / ₂ 26,00 €* ₂ / ₃	-	25,00 €	25,00€* ₂ (TK) 25,00€* ₂ (Barmer GEK) 26,00€* ₂ (HEK)	-
		99842	6,00 €* ₂ (i. V. m. 99841)	6,00 € ³ / ₂ / ₃	-	6,00 € (i. V. m. 01745 oder 99841)	8,00 € Auflichtmikro- skopie für HEK (i. V. m. 99841)	-
3.	LDL-Elimination Sachkosten							
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 €
4.	Schutzimpfungen							
4.1	Standard- u. Indikationsimpfungen							
4.1.1	Einfachimpfung	div.	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €

¹ Vertrag gilt für Securvita BKK, BKK Linde, Mercedes-Benz BKK, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules und BKK Novitas

² Vertrag gilt für IKK classic

³ Gilt für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → Hautkrebs-Screening

*₁ Für Bosch BKK

*₂ Mit Teilnahmeerklärung Versicherte

*₃ Für Mercedes-Benz BKK und beigetretene Betriebskrankenkassen; Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → Hautkrebs-Screening

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.2	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112	10,00 €	10,00 € ⁴	10,00 €	10,00 €	10,00 €	10,00 €
4.1.3	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	10,00 €	10,00 € ⁵	10,00 € ⁶	10,00 €	10,00 €	10,00 €
4.1.4	Affenpocken	89135A/B	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.1.5	Zweifachimpfung	div.	9,00 €	9,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
4.1.6	Dreifachimpfung	div.	9,00 €	9,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
4.1.7	Vierfachimpfung	div.	9,00 €	12,00 € ⁴	8,80 €	9,00 €	10,00 €	15,00 €
4.1.8	Fünffachimpfung	div.	9,00 €	12,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	12,00 €	15,00 €
	Sechsfachimpfung	89600A/B	15,20 €	15,00 € ⁴	14,00 €	15,20 €	15,00 €	15,00 €
4.1.9	Zuschlag auf die erste Dosis der Sechsfachimpfung eines Impfzyklus (wird von der KV automatisch zugesezt)	89600F	-	10,00 € ⁴	10,00 €	-	10,00 €	10,00 €
4.1.10	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	8,40 €	9,00 € ⁴	8,40 €	8,40 €	8,40 €	8,40 €
4.1.11	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	17,10 €	16,00 € ⁴	17,10 €	17,10 €	17,10 €	17,10 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

⁵ Gilt nicht für BKK Karl Mayer, BKK evm (vormals Kevag Koblenz) und Heimat BKK

⁶ Gilt nicht für IKK gesundplus

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.11	Einfachimpfung gegen Meningokokken B	89131 A/B/R	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.1.12	Standardimpfung gegen Herpes zoster, 1. Dosis	89128A*	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.1.13	Standardimpfung gegen Herpes zoster, letzte Dosis	89128B*	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.1.14	Indikationsimpfung gegen Herpes zoster, 1. Dosis	89129A*	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.1.15	Indikationsimpfung Herpes zoster, letzte Dosis	89129B*	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.1.16	COVID-19-Impfungen	diverse	in Verhandlung**	in Verhandlung**	in Verhandlung**	in Verhandlung**	in Verhandlung**	in Verhandlung**
4.2	Berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL							
4.2.1	Hepatitis A	89105 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.2	Hepatitis B	89107 V/W/X	10,00 €	10,00 € ⁴	10,00 €	10,00 €	10,00 €	10,00 €
4.2.3	Influenza	89112Y	10,00 €	10,00 € ⁴	10,00 €	10,00 €	10,00 €	10,00 €
4.2.4	Masern	89113V/W	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.5	Tollwut	89132 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.6	Cholera	89130 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.7	FSME	89102 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.8	Gelbfieber	89131Y	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €

* gültig ab dem 01.05.2019

** Anpassung der Impfvergütung zum 01.07.2024 aufgrund gesetzlicher Änderungen

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.2.9	Pneumokokken	89120V	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.10	Poliomyelitis	89122 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.11	Typhus							
4.2.11.1	Injektion	89133Y	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.11.2	Orale Impfung	89133V/W	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.12	Varizellen	89126V/W	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.13	Hepatitis A und B	89202 V/W/X	9,00 €	9,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
4.2.14	MMR (Masern, Mumps, Röteln)	89301V/W	9,00 €	9,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
4.2.15	Tdap (Diphtherie, Pertussis, Tetanus)	89303Y	9,00 €	9,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	9,00 €	9,00 €
4.2.16	Meningokokken	89115 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.17	MMRV (Masern, Mumps, Röteln, Varizellen)	89401V/W	9,00 €	12,00 € ⁴	9,00 €	9,00 €	10,00 €	15,00 €
4.2.18	Japanische Enzephalitis ab 15.08.2020	89134 V/W/X	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.19	Affenpocken	89135V/W	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €
4.2.20	Dengue-Virus	89136V/W	8,00 €	8,00 € ⁴	8,00 €	8,00 €	8,00 €	8,00 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
5.	DMP	div.* ₄	-	-	-	-	-	-
6.	AD(H)S-Vertrag⁷							
6.1	Grundpauschale Diagnostik für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93020A	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
6.2	Grundpauschale Diagnostik in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psycho- therapeuten	93020B	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
6.3	Grundpauschale Diagnostik in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S- Teammitarbeiter eines AD(H)S- Team-Vertragsarztes/Psycho- therapeuten	93020C	-	15,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
6.4	Zusatzpauschale Therapie für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021A	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

*₄ Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → DMP

⁷ Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Aktuelle Übersicht unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → ADHS/ADS → Kassenliste

⁸ 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
6.5	Zusatzpauschale Therapie in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021B	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
6.6	Zusatzpauschale Therapie in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93021C	-	15,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
6.7	Zusatzpauschale Gruppentherapie für den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten	93021D	-	12,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
6.8	Zusatzpauschale Gruppentherapie in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021E	-	12,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	-	-

⁸ 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
6.9	Zusatzpauschale Gruppentherapie in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93021F	-	7,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
7.	K.I.S.S.-Vertrag¹¹				BIG direkt gesund			
7.1	Beratung, Durchführung Infektionsscreening (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
8.	Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen						TK	
8.1	U10	81102	-	-	-	-	58,00 € ¹⁰	57,00 €
8.2	U11	81120	-	-	-	-	58,00 € ¹⁰	57,00 €
8.3	J2	81121	-	-	-	-	58,00 € ¹⁰	57,00 €

⁸ 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.

¹⁰ Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

¹¹ 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 → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → K.I.S.S. → KBV KISS-Vertrag

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
9.	Venentherapie¹²							
9.1	<u>Behandlung an einem Bein</u>	99625						
	bis zum 25. Behandlungsfall		1.050,00 €	-	-	-	-	-
	vom 26. - 40. Behandlungsfall		950,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 41. Behandlungsfall		850,00 €	-	-	-	-	-
9.2	<u>Behandlung an beiden Beinen</u>	99626						
	bis zum 25. Behandlungsfall		1.800,00 €	-	-	-	-	-
	vom 26. - 40. Behandlungsfall		1.600,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 41. Behandlungsfall		1.400,00 €	-	-	-	-	-
9.3	Regionalanästhesie durch den Operateur	99627	45,95 €	-	-	-	-	-
9.4	Anästhesie und/oder Narkose	99627A	202,28 €	-	-	-	-	-
9.5	Zuschlag	99628	41,65 €	-	-	-	-	-
9.6	Postoperative Überwachung	99629	116,59 €	-	-	-	-	-
9.7	Präanästhesiologische Untersuchung	99630	15,75 €	-	-	-	-	-

¹² Gilt nur für die AOK BW sowie für Versicherte der AOK Hessen.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
10.	Kinder kranker Eltern						TK	
10.1	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € ¹⁰ 2 x im Krankheitsfall	-
10.2	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € ¹⁰ 6 x im Krankheitsfall	-
11.	Amblyopiescreening							
11.1	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung	99855	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient ab dem vollendeten 25. Lebens- monat bis zum vollendeten 42. Lebens- monat
11.2	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Vorliegen von Risikofaktoren	99856	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient mit Risiko- faktoren ab dem vollendeten 6. Lebens- monat bis zum vollendeten 12. Lebens- monat

¹⁰ Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
12.	Gesund schwanger			BKK¹⁸				
12.1	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	81300	-	60,00 €	-	-	-	-
12.2	Frühultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW	81301	-	50,00 €	-	-	-	-
12.3	Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW	81302	-	26,00 €	-	-	-	-
12.4	Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls	81303	-	15,00 €	-	-	-	-
13.	Willkommen Baby						DAK-Gesundheit	
13.1	Beratung und Bedeutung Risikoscreening	99860	-	-	-	-	30,00 €	-
13.2	Förderung der natürlichen Geburt	99861	-	-	-	-	25,00 €	-
13.3	Infektionsscreening	99862	-	-	-	-	20,00 €	-
13.4	Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft (5. bis 8. SSW)	99863	-	-	-	-	30,00 €	-
13.5	Ultraschalluntersuchung nach dem 3. Basis-Ultraschall (33. bis 37. SSW)	99864	-	-	-	-	30,00 €	-

¹⁸ Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Gesund schwanger

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
14.	Hallo Baby							
14.1	Leistungen der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe							
14.1.1	Einschreibung mittels Teilnahmeerklärung	81310	-	10,00 €* -	-	-	-	-
14.1.2	Technische/administrative Leistung Toxoplasmosesuchtest	81311	-	10,00 €* -	-	-	-	-
14.1.3	Risikoaufklärung/ärztliches Gespräch Toxoplasrose-suchtest entweder persönlich oder im Rahmen einer Videosprechstunde gem. Anlage 31b BMV-Ä	81312	-	20,00 €* -	-	-	-	-
14.1.4	Infektionsscreening (13. - 20. SSW)	81313	-	20,00 €* -	-	-	-	-
14.1.5	Risikoaufklärung/Abstrich Streptokokken B (35. - 37. SSW)	81314	-	17,00 €* -	-	-	-	-
14.1.6	Ärztliches Gespräch im Rahmen des 2. Toxoplasrose-suchtests sowie Dokumentation und technische Leistungen	81317	-	15,00 €* -	-	-	-	-
14.1.7	Ärztliches Beratungsgespräch zum Geburtsmodus (Videosprechstunde)	81318	-	25,00 €* -	-	-	-	-

* Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Hallo Baby

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
14.1.8	Ärztliches Beratungsgespräch zum Geburtsmodus (persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt)	81319	-	25,00 €*	-	-	-	-
14.1.9	Ärztliches Beratungsgespräch zur Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung U0 beim Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	81320	-	10,00 €*	-	-	-	-
14.2	Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/ Gynäkologie und Geburtshilfe							
14.2.1	Durchführung Toxoplasmosesuchtest	81315	-	12,00 €*	-	-	-	-
14.2.2	Durchführung Streptokokken B-Test	81316	-	10,00 €*	-	-	-	-
15.	COPD							
15.1	COPD-Vertrag der IKK classic und HEK							
15.1.1	Modul 1 - Screening				IKK classic		HEK	
15.1.1.1	Ohne gesicherte Erkrankung	99801	-	-	10,00 €	-	10,00 €	-
15.1.1.2	Mit gesicherter Erkrankung	99802	-	-	17,50 €	-	17,50 €	-

* Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Hallo Baby

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
15.1.2	Modul 2 - Weiterbetreuung							
15.1.2.1	Hausärztliche Weiterbetreuung	99803	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.1.2.2	Erhöhtes Exazerbationsrisiko und Förderung der Adhärenz	99804H (Hausarzt)	-	-	5,00 €	-	5,00 €	-
		99804F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.1.2.3	Akute Exazerbation/ Exazerbation nach stationärem Aufenthalt							
15.1.2.3.1	Versorgungsinhalt 1	99805H (Hausarzt)	-	-	10,00 €	-	10,00 €	-
		99805F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.1.2.3.2	Versorgungsinhalt 2	99806F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.1.2.4	LOT	99807H (Hausarzt)	-	-	5,00 €	-	5,00 €	-
		99807F (Facharzt)	-	-	30,00 €	-	30,00 €	-
15.2	COPD-Vertrag der DAK-Gesundheit						DAK- Gesundheit	
15.2.1	Screeningprogramm ohne Befund	98961	-	-	-	-	20,00 €	-
15.2.2	Screeningprogramm mit Befund	98962	-	-	-	-	20,00 €	-
15.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98963	-	-	-	-	20,00 €	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
16.	Hypertonie			BKK VAG**	BIG direkt gesund (DAK G- Vertrag)		DAK- Gesundheit KKH TK	
16.1	Modul 1 - PAVK bei Hypertonie							
16.1.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99310	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.1.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99311	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	99312	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2	Modul 2 - Chronische Nieren-krankheit bei Hypertonie							
16.2.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99320	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99321	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	99322	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	99323	-	2,00 € je Modul 2	2,00 € je Modul 2	-	2,00 € je Modul 2	-

** Liste der teilnehmenden Betriebskrankenkassen unter <https://www.kvbawue.de> → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → Hypertonie

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
17.	OrthoHero			BKK VAG***				
17.1	Aufklärung des Patienten, Einschreibung und Erstellung	99370	-	45,00 €	-	-	-	-
17.2	Zwischenuntersuchung	99371	-	25,00 €	-	-	-	-
17.3	Abschlussuntersuchung bei Therapieabschluss	99372	-	25,00 €	-	-	-	-
17.4	Zwischenuntersuchung bei Therapieverlängerung	99373	-	25,00 €	-	-	-	-
17.5	Patienteninitiiertes, bedarfsweises Monitoring	99374	-	15,00 €	-	-	-	-
17.6	Abschlussuntersuchung nach Therapieverlängerung	99375	-	25,00 €	-	-	-	-
18.	OrthoKids							
18.1	Orthopädische Kontrolluntersuchung (O1b)	99342	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €
19.	CED						BARMER¹	
19.1	Versorgungs- und Strukturpauschale CED	99090	-	-	-	-	15,00 €	-
19.2	Strukturierte Patientenbegleitung durch Fachassistenz-CED* oder Versorgungssassistentz CED**	99091/V**	-	-	-	-	7,50 €	-
19.3	Ampelbonus	99092	-	-	-	-	5,00 €* ¹	-

* Zusatz erfolgt durch KVBW

** Zusatz V für Versorgungsassistentz CED

*** Liste der teilnehmende Betriebskrankenkassen unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → OrthoHero

¹ Vertrag gilt für Versicherte der BARMER mit mind. einer Diagnose K50.-, K51.-, K52.3

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP							
19.4	CED-Beratung durch Versorgungsassistenz CED**	99093/V**	-	-	-	-	25,00 €	-	
19.5	Einweisung CED-App	99094	-	-	-	-	2,50 €	-	
20.	Diabetes-Vertrag		DAK-Gesundheit KKH TK HEK				BKK VAG****		
20.1	Modul 1 – Diabetische Neuropathie								
20.1.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910				20,00 €	20,00 €		
20.1.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98911				20,00 €	20,00 €		
20.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	98912				20,00 €	20,00 €		
20.1.4	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913				17,00 €	17,00 €		
20.2	Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)								
20.2.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920				20,00 €	20,00 €		
20.2.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98921				20,00 €	20,00 €		
20.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98922				20,00 €	20,00 €		

** Zusatz V für Versorgungsassistenz CED

**** Liste der teilnehmende Betriebskrankenkassen unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → Diabetes

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
20.3	Modul 3 – Angiopathie			
20.3.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €
20.3.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
20.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €
20.4	Modul 4 – Diabetesleber			
20.4.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
20.4.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €
20.4.3	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €
20.5	Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung			
20.5.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
20.5.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
20.5.3	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
20.5.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.	Diabetes-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten¹⁹		Postbeamtenkrankenkasse
21.1	Betreuungspauschale "DMP"-Arzt ("DMP" DM Typ 1 und 2; Erwachsene) <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung des Patienten • Motivation des Patienten • Führen Diabetes-/Patientenpass • Erhebung der relevanten medizinischen Parameter u. Besprechung mit dem Patienten • Festlegung u. ggf. Anpassung des Therapieverlaufs 	99214	14,00 €
21.2	Betreuungspauschale diabetologisch qualifizierter Arzt (DM Typ 2) <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung des Patienten • Motivation des Patienten • Führen Diabetes-/Patientenpass 	99215	10,00 €
21.3	Einzelberatung Diabetes-beraterin DDG <ul style="list-style-type: none"> • 15 Min., bis zu 3x/Quartal 	99216A	15,00 €

¹⁹ Siehe auch Übersicht [Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.4	Einzelberatung Diabetes-assistentin gem. Anlage 1a/1b zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 1 bzw. Anlage 2 zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 2 • 15 Min., bis zu 3x/Quartal	99216B	7,50 €
21.5	Einzelberatung Diabetesberaterin DDG • mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 A	99217A	45,00 €
21.6	Einzelberatung Diabetes-assistentin gem. Anlage 1a/1b zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 1 bzw. Anlage 2 zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 2 • mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 B	99217B	22,50 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.10	Intensivierte Insulintherapie und Pumpe <ul style="list-style-type: none"> • intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände • ggf. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung • einmalig • inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin, auch Ersteinstellung Pumpe bei Diabetes mellitus Typ 2 	99225	100,00 €
21.11	Pauschale für Mitbehandlung durch sonstige in der RSAV genannte Fachärzte <ul style="list-style-type: none"> • Mitbehandlung i.S. von DMP 	99226	5,00 €
21.12	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
21.13	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
21.14	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
21.15	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
21.16	Medias 2	99231	12,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.17	LINDA	99232	25,00 €
21.18	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
21.19	IPM	99235	25,00 €
21.20	Nachschulungen	99227N bis 99235N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
21.21	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
21.22	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
21.23	Schulungsmaterial (IPM)	99239	2,00 €
21.24	Schulungsmaterial (LINDA)	99240	9,00 €
21.24	<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"> • intensive ärztliche Beratung • Einweisung in die Pumpentechnik außerhalb einer programmierten Schulung • ggf. inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin • einmalig 	99247	100,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.26	HyPOS <ul style="list-style-type: none"> • für insulinpflichtige Diabetiker mit einem erhöhten Hypoglykämie-Risiko und besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit Unterzucker • nur für Typ 1-Diabetiker 	99249	25,00 €
21.27	Schulungsmaterial HyPOS (je Schulungsteilnehmer)	99250	
	Ab Erscheinen des Patientenhandbuchs		16,50 €
	Bis Erscheinen des Patientenhandbuchs		7,00 €
21.28	DiSko <ul style="list-style-type: none"> • neben allen vorhandenen Schulungsprogrammen zusätzlich durchführbare Unterrichtseinheit mit 30 Min. Bewegungsprogramm, Puls- und Blutzuckermessung 	99251	20,00 €
21.29	Schulungsmaterial DiSko (je Schulungsteilnehmer)	99252	2,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
22.	KHK-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten¹⁹		Postbeamtenkrankenkasse
22.1	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung eines Patienten mit KHK • Motivation des Patienten • Erhebung der relevanten medizinischen Parameter u. Besprechung mit dem Patienten • Festlegung u. ggf. Anpassung des Therapieverlaufs 	99965	14,00 €
22.2	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung eines Patienten, der in mehreren "DMPs" betreut wird • Motivation des Patienten 	99966	8,00 €
22.3	Pauschale für Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt • 1x im Behandlungsfall 	99967	32,00 €

¹⁹ Siehe auch Übersicht [Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
22.4	Pauschale für die Mitbehandlung bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt • 1x im Behandlungsfall 	99968	32,00 €
22.5	Schulung - SPOG <ul style="list-style-type: none"> • pauschal • inkl. Schulungsmaterial • max. 4 Personen 	99970	150,00 €
22.6	Schulung - IPM <ul style="list-style-type: none"> • je Unterrichtseinheit (Modul) und Patient • 5 Module • 6 - 12 Personen 	99971	25,00 €
22.7	Schulungsmaterial - IPM	99975	2,00 €
23.	tAMD		KKH
23.1	Modul 1 - AMD-Screening		
23.1.1	Fehlender Hinweis auf AMD	99080	15,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
23.1.2	Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie • Beidseitige Abbildungsdokumentation mittels OCT und Fundusbild (Farbfoto oder SLO)	99081	85,00 €
23.1.3	Bei Verdacht auf eine feuchte AMD	99082	20,00 €
23.1.4	Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie • Beidseitige Abbildungsdokumentation mittels OCT	99083	54,00 €
23.1.5	Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie • Beidseitige Abbildungsdokumentation mittels Fundusbild (Farbfoto oder SLO)	99084	31,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
23.2	Modul 2 - Weiterbetreuung		
23.2.1	1. Verlaufskontrolle im Jahr Bei Vorliegen von früher, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie	99085	20,00 €
23.2.2	2. Verlaufskontrolle im Jahr Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie	99086	85,00 €
23.2.3	Bei Verdacht auf eine feuchte AMD während der 1. oder 2. Verlaufskontrolle im Jahr	99087	15,00 €
23.2.4	2. Verlaufskontrolle im Jahr Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie • Beidseitige Abbildungsdokumentation mittels OCT	99088	54,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
23.2.5	2. Verlaufskontrolle im Jahr Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie • Beidseitige Abbildungsdokumentation mittels Fundusbild (Farbfoto oder SLO)	99089	31,00 €