

## Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im I. Quartal 2013 (gültig ab 01.01.2013) - für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2009/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	<b>Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit</b>	01950 bis 01952, 01955, 01956	0,6001	4,1364	-
2.	<b>Ambulantes Operieren</b>				
2.1.	Leistungen des K-Kataloges	Qualitätsstufe 1	0,2052	3,7415	-
		Qualitätsstufe 2	0,5662	4,1025	-
2.2.	Übrige Leistungen aus Kapitel 3 I EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 incl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X	-	3,5363	-
2.3.	Koloskopie	13421-13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	3,5363	-
	ERCP	13430 - 13431			
2.4.	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €
3.	<b>Mammographie-Screening</b>				
3.1.	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758	0,0337	3,5700	-
		40850	-	-	5,85 €
		40852	-	-	0,51 €
3.2.	Vakuumstanzbiopsie i. R Mammographiescreening	01759	0,4837	4,0200	-
		40854	-	-	320,00 €
		40855	-	-	100,00 €
4.	<b>Belegärztliche Leistungen</b>				
4.1.	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM incl. 36272X, 36503X, 36822X	0,5393	4,0756	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2009/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
4.2.	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	1331 I, 17370 und Geburtshilfe	-	3,5363	-
4.3.	Postoperativer Behandlungskomplex nach belegärztlichen Operationen aus Abschnitt 36.2 EBM	99600	0,5393	4,0756	20,38 €
<b>5.</b>	<b>Prävention gesamt</b>				
5.1.	Prävention gesamt ohne Mammographie-Screening	01704 bis 01816 (excl. 01750 bis 01759)	-	3,5363	-
<b>6.</b>	<b>Vakuumstanzbiopsien, kurativ</b>	34274	-	3,5363	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €
<b>7.</b>	<b>Strahlentherapie</b>	25210 bis 25342	-	3,5363	-
		40840	-	-	140,00 €
		40841	-	-	30,00 €
<b>8.</b>	<b>Künstliche Befruchtung</b>	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, 11311X, 11312X, 11320X, 11321X, 11322X, 11330X bis 11334X, 11351X, 11352X, 11354X, 11360X, 11361X, 11370X bis 11372X, 11380X, 11390X, 11391X, 11395X, 11396X, 11400X, 11401X, 11403X, 11404X, 11410X bis 11412X, 11420X bis 11422X, 11430X bis 11434X, 11440X bis 11443X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X, 36272X, 36503X, 36822X, 32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	3,5363	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2009/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
9.	<b>Materialkosten auf Behandlungsschein</b>	99205 sowie diverse GOP's der Produktgruppen unter <a href="http://www.kvbawue.de">www.kvbawue.de</a> → Praxisalltag → Abrechnung → Zusatzinfos zur Abrechnung → Produktgruppenliste zur Sachkostenabrechnung	-	-	-
10.	<b>Delegierbare Leistungen</b> (sofern Voraussetzungen in BW erfüllt)	40870	-	-	17,00 €
		40872	-	-	12,50 €
11.	<b>Spezialisierte ambulante Palliativversorgung</b>	01425, 01426	-	3,5363	-
12.	<b>Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung</b>	13622	-	3,5363	-
13.	<b>Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten</b>	30920, 30922, 30924	-	3,5363	-
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	-	3,5363	-
16.	<b>Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis</b>	1833	-	3,5363	-
17.	<b>Wegegebühren</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	-	-	12,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2009/ 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	-	-	16,50 €
17.3.	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	3,50 €
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	-	-	7,00 €
17.5.	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	10,00 €
17.6.	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	7,00 €
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	-	-	11,00 €
17.8.	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	15,00 €
<b>18.</b>	<b>Telefonkosten</b>				
18.1.	Pauschale für Telefonate im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	80230	-	-	0,26 €
<b>19.</b>	<b>Strukturpauschale Notfalldienst an Notfallpraxen einmal je Arztfall*</b>	99630	-	-	5,45 €

\* Notfallpraxen der KVBW mit und ohne Anbindung an ein Krankenhaus, sowie Vertragsärzte, die ihren Notfalldienst in einer Notfallpraxis erbringen, aber über ihre eigene BSNR abrechnen.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2009/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
20.	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)	86770, 86772, 86774, 86776, 86778, 86780, 86781, 86782, 86784	-	3,5363	-
21.	Neuropsychologische Therapie	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935	-	3,5363	-
22.	HIV-Resistenzprüfung - Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus	32821, 32822	-	3,5363	-
23.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinienpsychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen	Kapitel 35.2 EBM	-	3,5363	-
24.	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs.2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	3,5363	-
25.	<b>Onkologie**</b>				
25.1.	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	38,75 €**
25.2.	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,16 €**
25.3.	<b>Zuschlag</b> zu 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	25,56 €**
25.4.	<b>Zuschlag</b> zu 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	145,04 €**
25.5.	<b>Zuschlag</b> zu 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie-Vereinbarung	86518	-	-	145,04 €**
25.6.	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €
26.	<b>Sozialpädiatrie/ -psychiatrie</b>	88895	-	-	163,00 € / ab 35 l. Behandlungsfall 122,25 €

\*\* Gebührenwertermittlung entsprechend bundesmantelvertraglicher Onkologie-Vereinbarung. Neue Gebührenwerte gelten ab 01.01.2013.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2009/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>27.</b>	<b>Sachkosten Intraokularlinsen</b>				
27.1.	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	127,80 €
27.2.	Faltbare Linsen	99001	-	-	173,80 €
<b>28.</b>	<b>Einmalset bei perkutaner Nukleotomie</b>	99005	-	-	894,80 €
<b>29.</b>	<b>Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen</b>				
29.1.	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	20,76 €
29.2.	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	71,81 €
29.3.	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	82,03 €
29.4.	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	60,00 €
<b>30.</b>	<b>Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment für Hausärzte in Baden-Württemberg***</b>	99985			10,00 € / Einmal im Behandlungsfall
<b>31.</b>	<b>Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung***</b>	99983			20,00 €
<b>32.</b>	<b>Subkutane Immuntherapie (SCIT)***</b>	99995			3,00 € / Einmal am Behandlungstag, höchstens 12 Mal im Behandlungsfall
<b>33.</b>	<b>Besuch in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal***</b>	99980			12,50 € / Einmal im Behandlungsfall

\*\*\* Gem. § 7 und Anlage 2 c des Honorarverteilungsmaßstabs der KVBW; Den aktuellen Honorarverteilungsmaßstab finden Sie unter:  
[www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxisalltag → Honorar → Honorarverteilungsmaßstab

#### Hinweis:

Für die Förderung steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im I. Quartal 2013 quotiert vergütet werden müssten.

# Übersicht über die Einzelleistungen im I. Quartal 2013 (gültig ab 01.01.2013)

## - je Kasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>1.</b>	<b>Diabetes-Schulungen</b>							
1.1.	Nicht-DMP Patienten mit OAD	97215	-	-	-	-	-	11,25 €
1.2.	Nicht-DMP Patienten mit OAD (Gestationsdiabetikerinnen)	97215 G	-	-	-	-	-	11,25 €
1.3.	Nicht-DMP Patienten mit Insulintherapie	97216-97218	-	-	-	-	-	11,25 €
1.4.	Schulung mit Insulintherapie (Gestationsdiabetikerinnen)	97218 G	-	-	-	-	-	11,25 €
1.5.	Schulung mit Insulinpumpe	97219	-	-	-	-	-	12,50 €
1.6.	Schulungsmaterial	98015	-	-	-	-	-	9,00 €
<b>2.</b>	<b>Homöopathie</b>							
2.1.	Erstanamnese	99201	-	80,00 €	-	-	-	-
2.2.	Erstanamnese Kind	99202	-	32,00 €	-	-	-	-
2.3.	Folgeanamnese	99203	-	31,00 €	-	-	-	-
2.4.	Erstanamnese	99206	-	-	-	-	90,00 € (Barmer GEK u. PBeaKK)	-
2.5.	Folgeanamnese	99207	-	-	-	-	40,00 € (Barmer GEK u. PBeaKK)	-
2.6.	Fallanalyse/Repertorisation, 2x im Jahr	99208	-	-	-	-	30,00 € (Barmer GEK u. PBeaKK)	-
2.7.	Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	81200	-	60,00 € <sup>1</sup>	60,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.8.	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	90,00 € <sup>1</sup>	90,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.9.	Repertorisation	81202	-	20,00 € <sup>1</sup>	20,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.10.	Analyse	81203	-	20,00 € <sup>1</sup>	20,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.11.	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	45,00 € <sup>1</sup>	45,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.12.	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	22,50 € <sup>1</sup>	22,50 € <sup>2</sup>	-	-	-

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
2.13.	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,00 € <sup>1</sup>	10,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
3.	<b>Hautkrebs-Screening</b>	99841	25,00 €	24,00 € <sup>3</sup>	-	25,00 €	24,00 € (TK)	-
							22,00 € (Barmer GEK)	
							26,00 € (HEK)	
		99842	6,00 € (i.V.m. 99841)	-	-	6,00 € (i.V.m. 01745 oder 99841)	7,00 € Auflichtmikroskopie für HEK (i.V.m. 01745 oder 99841)	
4.	<b>LDL-Elimination Sachkosten</b>							
4.1.	Diverse Verfahren	98600	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €
4.2.	Diverse Filtrationen (Zuschlag für Neugeräte)	98603	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,30 €	15,34 €
5.	<b>Dialyse-Sachkosten</b>							
5.1.	Heimdialyse (J = Dialyse bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)	98530	142,54 €	EBM	EBM	142,54 €	EBM	EBM
		98530J	147,80 €			147,80 €		
5.2.	Standarddialyse	98532	179,50 €	EBM	EBM	179,50 €	EBM	EBM
		98532J	275,00 €			275,00 €		
5.3.	Intensivdialyse	98531	200,00 €	EBM	EBM	200,00 €	EBM	EBM
		98531J	275,00 €			275,00 €		
5.4.	Trainingsdialyse für Heimdialyse	98540	221,84 €	EBM	EBM	221,84 €	EBM	EBM
		98540J	300,00 €			300,00 €		
5.5.	Akutdialyse-Zuschlag	98571	42,90 €	EBM	EBM	42,90 €	EBM	EBM
		98571J						
5.6.	Infektionsdialyse-Zuschlag für Hepatitis B, Hepatitis C & MRSA	98572	8,60 €	EBM	EBM	8,60 €	EBM	EBM
		98572J	8,40 €			8,40 €		
5.7.	„Stationäre Dialysen“-Zuschlag	98599 98599J	25,60 €	25,60 €	25,60 €	25,60 €	25,60 €	25,60 €

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

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

<sup>3</sup> Gilt für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) -> Praxisalltag -> Abrechnung -> Zusatzinfos zur Abrechnung -> Abrechnungsinformationen zum Hautkrebs-Screening

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
5.8.	Nacht-Dialysen-Zuschlag	98573 98573j	25,60 €	-	-	25,60 €	-	-
5.9.	Zeitabschlag	98574 98574j	20,00 €	-	-	20,00 €	-	-
5.10.	Peritonealdialysen ohne Geräteunterstützung	98533 98533j	65,95 € 118,50 €	EBM	EBM	65,95 € 118,50 €	EBM	EBM
5.11.	Peritonealdialysen mit Geräteunterstützung	98539 98539j	87,50 € 118,50 €	EBM	EBM	87,50 € 118,50 €	EBM	EBM
5.12.	Trainingsdialysen für alle PD-Verfahren	98590 98590j	87,50 € 130,00 €	EBM	EBM	87,50 € 130,00 €	EBM	EBM
5.13.	Trainingsauffrischung (nur für Kinder)	98591j	130,00 €	EBM	EBM	130,00 €	EBM	EBM
5.14.	Dialyse-Sachkosten	40800 40801 40802 40803 40804 40805 40806 40807 40808 40810 40811 40812 40813 40820 40821 40822						
<b>6.</b>	<b>Schutzimpfungen</b>							
6.1.	Einfachimpfung	div.	7,20 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK Basell, BKK Karl Mayer, BKK Kevag Koblenz, BKK Heimbach

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.2.	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 €
6.3.	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 €
6.4.	Zweifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	7,50 €	8,00 €	8,25 €
6.5.	Dreifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	7,50 €	9,00 €	8,25 €
6.6.	Vierfachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	7,50 €	10,00 €	15,00 €
6.7.	Fünffachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	7,50 €	12,00 €	15,00 €
6.8.	Sechsfachimpfung	div.	12,80 €	15,00 € <sup>4</sup>	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
6.9.	HPV, 1. + 2. Dosis	89110A	8,20 €	9,00 € <sup>4</sup>	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €
6.10.	HPV, 3. Dosis	89110 B	16,60 €	13,00 € <sup>4</sup>	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €
6.11.	Rotaviren	89134 A	7,20 €	7,20 € (BKKen lt. Übersicht*)	-	-	6,00 € (Barmer GEK)	-
6.12.	Rotaviren	89134 B	7,20 €	7,20 € (BKKen lt. Übersicht*)	-	-	6,00 € (Barmer GEK)	-
<b>7.</b>	<b>DMP</b>	div.**						
<b>8.</b>	<b>AD(H)S-Vertrag<sup>7</sup></b>			In Verhandlung				
8.1.	<b>Grundpauschale Diagnostik</b> für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93020A	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK Basell, BKK Karl Mayer, BKK Kevag Koblenz, BKK Heimbach

<sup>5</sup> BKK VBU, BKK Heimbach

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

<sup>7</sup> Aktuelle Übersicht unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxisalltag → Neue Versorgungsformen → 73c-Verträge → ADHS/ADS

<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.

\* Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Verträge & Recht → Schutzimpfungsvereinbarung, Rotavirus zwischen [der KVBW und der BKK VAG Baden-Württemberg](#) bzw. [der KVBW und der Deutschen BKK](#)

\*\* Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Verträge & Recht → DMP

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
8.2.	<b>Grundpauschale Diagnostik in Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/ Psychotherapeuten	93020B	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
8.3.	<b>Grundpauschale Diagnostik in 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.	-	-	-	-
8.4.	<b>Zusatzpauschale Therapie</b> für den koordinierenden Arzt / Psychotherapeuten	93021A	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
8.5.	<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.	-	-	-	-
8.6.	<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.	-	-	-	-
8.7.	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021D	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	-	-
8.8.	<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.	-	-	-	-
8.9.	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> in <b>Delegation</b> durch einen nichtärztlichen AD(H)S- Team-mitarbeiter eines AD(H)S-Team- Vertragsarztes / Psychotherapeuten	93021F	-	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
9.	<b>K.I.S.S.-Vertrag<sup>9</sup></b>				BIG direkt gesund			
9.1.	<b>Beratung, Durchführung Infektions- screening</b> (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
10.	<b>Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen</b>						<b>TK</b>	
10.1.	U10	81102	-	-	-	-	50,00 € <sup>10</sup>	50,00 €
10.2.	U11	81120	-	-	-	-	50,00 € <sup>10</sup>	50,00 €
10.3.	J2	81121	-	-	-	-	50,00 € <sup>10</sup>	50,00 €
11.	<b>Patientenbegleitung</b>							
11.1.	Einschreibepauschale	98675	-	25,00 € <sup>11</sup>	-	-	-	-
11.2.	Steuerungspauschale	98676	-	12,50 € <sup>11</sup>	-	-	-	-
12.	<b>Tonsillotomie</b>	99550	320,00 €	-	-	-	-	-
13.	<b>Venentherapie</b>	99625	1.200,00 €	-	-	-	-	-

<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 vertrags-ärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Diesen Vertrag finden Sie unter: [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxisalltag → Neue Versorgungsformen → 73c-Verträge → K.I.S.S. → KBV KISS-Vertrag.

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

<sup>11</sup> Vertrag gilt für BKK MAHLE, BKK Scheufelen und WMF BKK

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	Barmer/GEK
14.	<b>Pflegeheim</b>		
14.1.	Teilnahme-GOP Hausarzt	99660	-
14.2.	Teilnahme-GOP Versicherter	99661	-
14.3.	Koordinations-, Behandlungs- und Betreuungspauschale für erhöhten Aufwand der Betreuung Versicherter in Pflegeheimen durch den Hausarzt	99662	25 € / Einmal im Quartal je teilnehmenden Versicherten berechnungsfähig

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	Barmer/GEK
14.4.	Legen, Wechseln und Entfernen eines supra-pubischen Katheters durch den Facharzt für Urologie	99663	20,00 € / Zuschlag zu den EBM GOP 02321/02322
14.5.	Legen, Wechseln und Entfernen eines supra-pubischen Katheters durch den Hausarzt	99664	20,00 € / Zuschlag zur GOP 99662
14.6.	Aufwandspauschale zusätzlich zu dermatologische Leistungen (z. B. Dekubitus, Pruritus Senilis, Beratung des Wundmanagers) durch den Facharzt für Dermatologie berechnungsfähig	99665	10,00 € / Einmal im Quartal je teilnehmenden Versicherten

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	Postbeamtenkrankenkasse
<b>15.</b>	<b>Diabetes-Schulungen für nicht-DMP-Patienten</b>		
15.1.	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
15.2.	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
15.3.	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
15.4.	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
15.5.	Medias 2	99231	12,50 €
15.6.	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
15.7.	HBSP	99234	12,50 €
15.8.	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
15.9.	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
15.10.	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €

**Hinweis:**

Vom Abdruck der Gebührenpositionen der Verträge „Gesund und Fit“ sowie TK-Modellvorhaben „Ambulante Psychotherapie“ wurde abgesehen.