

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 4. Quartal 2015 (gültig ab 01.10.2015)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt wert in Cent	Auszahlungs- punkt wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit	01950 bis 01952, 01955, 01956	1,6970	11,9688	-
2.	Ambulantes Operieren				
2.1.	Leistungen des K-Kataloges	Qualitätsstufe 1	0,5803	10,8521	-
		Qualitätsstufe 2	1,6011	11,8729	-
2.2.	Übrige Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X	-	10,2718	-
2.3.	Koloskopie	13421 bis 13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	10,2718	-
	ERCP	13430 bis 13431			
2.4.	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.5.	§ 115b-Leistungen, die nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind (s. z. B. Nr. 2.1) (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	01851, 01854, 01855, 01857, 01904, 02300, 02301, 02302, 02321, 06332, 06351, 06352, 08311, 09351, 09361, 09362, 13410, 13411, 13412, 15321, 15322, 15323, 26310, 26311, 26322, 26323, 26324, 26330, 26352, 30600, 30601, 34283, 34284, 34285, 34286, 34291, 34294, 34297, 34505	-	10,2718	-
2.6.	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	10,2718	-
3.	Mammographie-Screening				
3.1.	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758	-	10,2718	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2.	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	11,5096	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
4.	Belegärztliche Leistungen				
4.1.	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. 36272X, 36503X, 36822X	1,5250	11,7968	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
4.2.	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416 (sofern auf Belegarztschein abgerechnet)	1,5250	11,7968	-
4.3.	Postoperativer Behandlungskomplex nach belegärztlichen Operationen aus Abschnitt 36.2 EBM	99600	-	-	20,38 €
5.	Prävention gesamt				
5.1.	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01704 bis 01816 (exkl. 01750 bis 01759)	-	10,2718	-
6.	Vakuumstanzbiopsien, kurativ	34274	-	10,2718	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €
7.	Strahlentherapie	25210 bis 25342	-	10,2718	-
		40840	-	-	140,00 €
		40841	-	-	30,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
8.	Künstliche Befruchtung	08510 bis 08574 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X, 08541X, 08542X, 08550X, 08551X, 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 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	-	10,2718	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
		99730X bis 99820X (nur AOK BW)	-	-	lt. EBM (75 %)
9.	Materialkosten auf Behandlungsschein	99205 sowie diverse GOPs der Produktgruppen unter www.kvbawue.de → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merkblätter → Produktgruppenliste zur Sachkostenabrechnung	-	-	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
10.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	10,2718	-
11.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13622	-	10,2718	-
12.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	10,2718	-
13.	Laborpauschalen für Untersuchungen im Zusammenhang mit der GOP 01732 (Gesundheitsuntersuchung)	32880 (Teststreifen)			0,50 €
		32881 (Bestimmung von Glukose)	-	-	0,25 €
		32882 (Bestimmung von Cholesterin gesamt)			0,25 €
14.	Balneophototherapie	10350	-	10,2718	-
15.	Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis	01833	-	10,2718	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
16.	Weegebühren				
16.1.	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Tage zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40190	-	-	12,16 €
16.2.	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Nacht zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40192	-	-	16,71 €
16.3.	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	3,55 €
16.4.	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40222	-	-	7,09 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
16.5.	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	10,13 €
16.6.	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	7,09 €
16.7.	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40228	-	-	11,14 €
16.8.	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	15,20 €
17.	Telefonkosten				
17.1.	Pauschale für Telefonate im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	80230	-	-	0,26 €
18.	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)	30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956	-	10,2718	-
19.	Neuropsychologische Therapie	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935	-	10,2718	-
20.	HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus	32821, 32822	-	-	260,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
21.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen	Kapitel 35.2 EBM	-	10,2718	-
22.	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	10,2718	-
23.	Onkologie*				
23.1.	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	38,75 €*
23.2.	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,16 €*
23.3.	Zuschlag zu 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	25,56 €*
23.4.	Zuschlag zu 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	145,04 €*
23.5.	Zuschlag zu 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie-Vereinbarung	86518	-	-	145,04 €*
23.6.	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
24.	Sozialpädiatrie/ -psychiatrie				
24.1.	Kostenerstattung für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über besondere Maßnahmen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Anlage II BMV-Ä)	88895	-	-	163,00 €/ab 351. Behandlungsfall 122,25 €
24.2.	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	10,2718	-
25.	Sachkosten Intraokularlinsen				
25.1.	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	127,80 €
25.2.	Faltbare Linsen	99001	-	-	173,80 €
26.	Einmalset bei perkutaner Nukleotomie	99005	-	-	894,80 €
27.	Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen				
27.1.	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	20,76 €
27.2.	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	71,81 €
27.3.	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	82,03 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
27.4.	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	60,00 €
28.	Herzschrittmacher				
28.1.	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
28.2.	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €
28.3.	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
28.4.	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
29.	Nephrologische Leistungen	04000 bis 04005 04010 bis 04015 04040, 04230 (Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM) Abschnitt 4.5.4 EBM Abschnitt 13.3.6 EBM	-	10,2718	-
30.	Hausärztlich-geriatrisches Basisassessment für Hausärzte in Baden-Württemberg Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €/ 1 x im Behandlungsfall

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
31.	Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
32.	Subkutane Immuntherapie (SCIT) Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €/1 x am Behandlungstag, höchstens 12 x im Behandlungsfall
33.	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.	-	-	12,50 €/1 x im Behandlungsfall
34.	Erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchungen				
34.1.	Zuschlag zur GOP 01770 für die US-Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	10,2718	-
35.	Osteodensitometrie	34601	-	10,2718	-
36.	Kapselendoskopie				

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
36.1.	Untersuchung bei Kindern	04528	-	10,2718	-
36.2.	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	10,2718	-
36.3.	Auswertung bei Kindern	04529	-	10,2718	-
36.4.	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	10,2718	-
37.	Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	99620	-	-	8,50 €
38.	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)				
38.1.	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334	-	10,2718	-
38.2.	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335	-	10,2718	-
39.	Zuschlag zur PFG für Fachärzte <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	-	10,2718	-
40.	Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten				
40.1.	Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03040	03060	-	10,2718	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2015/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
40.2.	Hausbesuch der NäPa inkl. Wegegeld	03062	-	10,2718	-
40.3.	Besuch eines weiteren Patienten durch die NäPa inkl. Wegegeld	03063	-	10,2718	-
41.	Psychiatrisches Gespräch Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM (<i>wird von der KV automatisch zugesetzt</i>)	99996	-	-	0,70 €
42.	Radionuklide Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 4. Quartal 2015 quotiert vergütet werden müssten.

Übersicht über die Einzelleistungen im 4. Quartal 2015 (gültig ab 01.10.2015)

- je Kasse

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

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

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

² Vertrag gilt für IKK classic

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
3.	Hautkrebs-Screening	99841	25,00 €	24,00 € ³	-	25,00 €	25,00€* ₂ (TK)	-
				25,00 €* ₁ / ₂			25,00€* ₂ (Barmer GEK)	
		99842	6,00 € (i. V. m. 99841)	-	-	6,00 € (i. V. m. 01745 oder 99841)	8,00 € Auflichtmikro- skopie für HEK (i. V. m. 99841)	
4.	LDL-Elimination Sachkosten							
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.	Dialyse-Sachkosten							
5.1.	Heimdialyse (J = Dialyse bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr)	98530 98530J	150,00 € 627,00 €	EBM	EBM	150,00 € 627,00 €	EBM	EBM

³ Gilt für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter www.kvbawue.de → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merkblätter → Hautkrebs-Screening Abrechnungsinformationen

*₁ Für Bosch BKK

*₂ Mit Teilnahmeerklärung Versicherte

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft	
5.2.	Standarddialyse	98532 98532J	166,00 € 627,00 €		EBM	EBM	166,00 € 627,00 €	EBM	EBM
5.3.	Intensivdialyse	98531 98531J	184,00 € 627,00 €		EBM	EBM	184,00 € 627,00 €	EBM	EBM
5.4.	Trainingsdialyse für Heimdialyse	98540 98540J	230,00 € 627,00 €		EBM	EBM	230,00 € 627,00 €	EBM	EBM
5.5.	Akutdialyse-Zuschlag	98571 98571J	45,00 €		EBM	EBM	45,00 €	EBM	EBM
5.6.	Infektionsdialyse-Zuschlag für Hepatitis B, Hepatitis C & MRSA	98572 98572J	10,00 €		EBM	EBM	10,00 €	EBM	EBM
5.7.	„Stationäre Dialysen“-Zuschlag	98599 98599J	30,00 €	25,60 €	25,60 €	30,00 €	25,60 €	25,60 €	
5.8.	Nacht-Dialysen-Zuschlag	98573 98573J	30,00 €	-	-	30,00 €	-	-	
5.9.	Zeitabschlag	98574 98574J	20,00 €	-	-	20,00 €	-	-	
5.10.	Peritonealdialysen ohne Geräteunterstützung	98533 98533J	70,00 € 120,00 €		EBM	EBM	70,00 € 120,00 €	EBM	EBM
5.11.	Peritonealdialysen mit Geräteunterstützung	98539 98539J	90,00 € 120,00 €		EBM	EBM	90,00 € 120,00 €	EBM	EBM
5.12.	Trainingsdialysen für alle PD-Verfahren	98590 98590J	90,00 € 130,00 €		EBM	EBM	90,00 € 130,00 €	EBM	EBM
5.13.	Trainingsauffrischung (nur für Kinder)	98591J	130,00 €		EBM	EBM	130,00 €	EBM	EBM

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
5.14.	Dialyse-Sachkosten	40815 bis 40819 40823 bis 40838	-	EBM	EBM	-	EBM	EBM
6.	Schutzimpfungen							
6.1.	Einfachimpfung	div.	7,20 €	7,20 € ⁴	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €
6.2.	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112 89112N	8,10 €	8,10 € ⁴	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
6.3.	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	8,10 €	8,10 € ⁵	8,10 € ⁶	8,10 €	8,10 €	8,10 €
6.4.	Zweifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € ⁴	7,50 €	7,50 €	8,00 €	8,25 €
6.5.	Dreifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € ⁴	7,50 €	7,50 €	9,00 €	8,25 €
6.6.	Vierfachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € ⁴	9,00 €	7,50 €	10,00 €	15,00 €
6.7.	Fünffachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € ⁴	9,00 €	7,50 €	12,00 €	15,00 €

⁴ Gilt nicht für BKK Basell und BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

⁵ Gilt nicht für BKK Basell, BKK Karl Mayer, BKK evm (vormals Kevag Koblenz), BKK VBU, BKK Mobil Oil

⁶ Gilt nicht für IKK gesundplus

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.8.	Sechsfachimpfung	div.	12,80 €	15,00 € ⁴	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
6.9.	HPV, 1. + 2. Dosis	89110A	8,20 €	9,00 € ⁴	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €
6.10.	HPV, 3. Dosis	89110B	16,60 €	13,00 € ⁴	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €
7.	DMP	div.* ₄	-	-	-	-	-	-
8.	AD(H)S-Vertrag⁷							
8.1.	Grundpauschale Diagnostik für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93020A	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
8.2.	Grundpauschale Diagnostik in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psycho- therapeuten	93020B	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-

⁴ Gilt nicht für BKK Basell und BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

⁷ Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen und die DAK-Gesundheit; 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.

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
8.3.	Grundpauschale Diagnostik in Delegation durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93020C	-	15,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	15,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
8.4.	Zusatzpauschale Therapie für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021A	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
8.5.	Zusatzpauschale Therapie in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021B	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
8.6.	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.	-	-	15,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-

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
8.7.	Zusatzpauschale Gruppentherapie für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021D	-	12,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	12,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
8.8.	Zusatzpauschale Gruppentherapie in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021E	-	12,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	12,50 € ⁸ je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
8.9.	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.	-	-	7,50 € 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
9.	K.I.S.S.-Vertrag⁹				BIG direkt gesund			
9.1.	Beratung, Durchführung Infektionsscreening (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
10.	Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen						TK	
10.1.	U10	81102	-	-	-	-	53,00 € ¹⁰	50,00 €
10.2.	U11	81120	-	-	-	-	53,00 € ¹⁰	50,00 €
10.3.	J2	81121	-	-	-	-	53,00 € ¹⁰	50,00 €
11.	Patientenbegleitung							
11.1.	Einschreibepauschale	98675	-	25,00 € ¹¹	-	-	-	-
11.2.	Steuerungspauschale	98676	-	12,50 € ¹¹	-	-	-	-

⁹ 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

¹⁰ Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

¹¹ Vertrag gilt für BKK MAHLE, BKK Scheufelen, WMF BKK und BKK Rieker.Ricosta.Weisser

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
12.	Tonsillotomie						BARMER GEK	
12.1	Tonsillotomie	99550	320,00 € ¹²	320,00 € ¹³	-	-	320,00 € ¹⁴	-
12.2.	Adenotomie	99551	-	-	-	-	105,00 € ¹⁴	-
12.3.	Präanästhesiologische Untersuchung	99552	-	-	-	-	20,00 € ¹⁴	-
12.4.	Anästhesie bei Tonsillotomie	99550A	-	-	-	-	160,00 € ¹⁴	-
12.5.	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie	99551A	-	-	-	-	190,00 € ¹⁴	-
12.6.	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie und Blutstillung oder Parazentese	99551B	-	-	-	-	220,00 € ¹⁴	-
12.7.	Postoperative Überwachung	99553	-	-	-	-	110,00 € ¹⁴	-
13.	Venentherapie¹²							
13.1.	Behandlung an einem Bein	99625	1.160,00 €	-	-	-	-	-
13.2.	Behandlung an beiden Beinen	99626	2.000,00 €	-	-	-	-	-

¹² Gilt nur für die AOK BW

¹³ Gilt nur für die BKK VAG ab 1. November 2013

¹⁴ Gilt nur für die BARMER GEK ab 1. April 2015

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
13.3.	Lokalanästhesie	31800V	lt. EBM	-	-	-	-	-
13.4.	Narkose	31823V	lt. EBM	-	-	-	-	-
13.5.	Zuschlag	31828V	lt. EBM	-	-	-	-	-
13.6.	Post-OP	31505V	lt. EBM	-	-	-	-	-
14.	Kinder kranker Eltern						TK	
14.1.	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € ¹⁰ 2 x im Krankheitsfall	-
14.2.	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € ¹⁰ 6 x im Krankheitsfall	-
15.	Amblyopiescreening							
15.1.	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung	99855	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient ab dem vollendeten 25. Lebens- monat bis zum vollendeten 42. Lebens- monat

¹⁰ Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
15.2.	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
16.	Polypharmaziecheck*						DAK-Gesundheit	
16.1.	Durchführung Polypharmaziecheck	98960	-	-	-	-	30,00 € 1 x jährlich	-
17.	Trittsicher							
17.1.	Beratung zum Vorsorgekonzept und ggf. Überweisung zur DXA-Untersuchung	99870	-	-	-	15,00 € 1 x je ausgewähltem Patient	-	-
17.2.	DXA-Untersuchung sowie Erstellung und Übersendung eines ärztlichen Berichts über die Ergebnisse der Untersuchung	99871	-	-	-	45,00 € 1 x je ausgewähltem Patient	-	-

* Gilt nur für die DAK-Gesundheit ab 1. August 2015

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
18.	Diabetes-Vertrag		DAK-Gesundheit
18.1.	Modul 1 – Diabetische Neuropathie		Der Diabetes-Vertrag inkl. Vergütungsübersicht kann bei der Abrechnungsberatung angefordert werden.
18.1.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910	
18.1.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98911	
18.1.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98912	
18.1.4.	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913	
18.2.	Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)		
18.2.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920	
18.2.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98921	
18.2.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98922	
18.3.	Modul 3 – Angiopathie		
18.3.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
18.3.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	Der Diabetes-Vertrag inkl. Vergütungsübersicht kann bei der Abrechnungsberatung angefordert werden.
18.3.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98932	
18.4	Modul 4 – Diabetesleber		
18.4.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	
18.4.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	
18.4.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98942	
18.5.	Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung		
18.5.1.	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	
18.5.2.	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	
18.5.3.	Weiterbetreuungsprogramm	98952	
18.5.4.	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.	Diabetes-Schulungen für nicht-DMP-Patienten¹⁵		Postbeamtenkrankenkasse
19.1.	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
19.2.	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
19.3.	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
19.4.	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
19.5.	Medias 2	99231	12,50 €
19.6.	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
19.7.	HBSP	99234	12,50 €
19.8	Nachschulungen	99227N bis 99231N 99233N 99234N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
19.9	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
19.10	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
19.11	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €

¹⁵ Siehe auch Übersicht „[Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)“