

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 4. Quartal 2017 (gültig ab 01.10.2017)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt wert in Cent	Auszahlungs- punkt wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit	Abschnitt I.8 EBM	1,6970	12,227	-
1.1	Fallwertzuschlag ab dem 50. Ansatz einer Leistung aus Abschnitt I.8 EBM auf einem Fall <i>(wird von der KV automatisch zugesetzt)</i>	99830	-	-	50,00 €
2.	Ambulantes Operieren				
2.1	Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X	-	10,53	-
2.2	Koloskopie	13421 bis 13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	10,53	-
	ERCp	13430 bis 13431			
2.3	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.4	§ 115b-Leistungen, die nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind (s. z. B. Nr. 2.1) (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	01851, 01854, 01855, 01857, 01904, 02300, 02301, 02302, 02321, 06332, 06351, 06352, 08311, 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	-	10,53	-
2.5	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	10,53	-
3.	Mammographie-Screening				
3.1	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758	-	10,53	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	11,7678	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
4.	Mukoviszidose Screening	01709, 01724, 01725, 01726, 01727	-	10,53	-
5	Belegärztliche Leistungen				
5.1	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. 36272X, 36503X, 36822X	1,5250	12,055	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
5.2	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416 (sofern auf Belegarztschein abgerechnet)	1,5250	12,055	-
5.3	Postoperativer Behandlungskomplex nach belegärztlichen Operationen aus Abschnitt 36.2 EBM	99600	-	-	20,38 €
6.	Prävention gesamt				
6.1	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01702 bis 01816 (exkl. 01750 bis 01759)	-	10,53	-
7.	Vakuumstanzbiopsien, kurativ	34274	-	10,53	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €
8.	Strahlentherapie	25210 bis 25342	-	10,53	-
		40840	-	-	140,00 €
		40841	-	-	30,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
9.	Künstliche Befruchtung	08510 bis 08574 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08540X, 08541X, 08542X, 08550X, 08551X, 08552X, 08560X, 08561X, 08570X bis 08574X, 11301X, 11302X, 11351X, 11352X, 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 33043X, 33044X, 33090X	-	10,53	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32576X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
10.	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	-	-	-
11.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	10,53	-
12.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13622	-	10,53	-
13.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
14.	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 €
15.	Balneophototherapie	10350	-	10,53	-
16.	Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis	01833	-	10,53	-
17.	Weegebühren				
17.1	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Tage zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40190	-	-	12,16 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
17.2	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Nacht zwischen 19.00 Uhr und 7.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40192	-	-	16,71 €
17.3	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	3,55 €
17.4	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40222	-	-	7,09 €
17.5	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	10,13 €
17.6	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	7,09 €
17.7	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40228	-	-	11,14 €
17.8	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	15,20 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
18.	Telefonkosten				
18.1	Telefonkosten gem. I Allgemeine Bestimmungen 7.3 EBM, Pauschale je Telefonat des Arztes, nur im Zusammenhang mit stationärer Behandlung	80230	-	-	0,26 €
19.	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)	30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956	-	10,53	-
20.	Neuropsychologische Therapie	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935	-	10,53	-
21.	HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus	32821, 32822	-	-	260,00 €
22.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM	-	10,53	-
23.	Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapie				
23.1	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	10,53	-
23.2	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
23.3	Psychotherapeutische Akuttherapie	35152	-	10,53	-
24.	Onkologie¹				
24.1	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	43,40 €
24.2	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,16 €
24.3	Zuschlag zu 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	26,25 €
24.4	Zuschlag zu 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	162,50 €
24.5	Zuschlag zu 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie- Vereinbarung	86518	-	-	162,50 €
24.6	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €
25.	Sozialpädiatrie/ -psychiatrie				
25.1	Kostenerstattung für den besonderen Aufwand gemäß § 6 Abs. 2 der Vereinbarung über besondere Maßnahmen der sozialpsych- iatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Anlage II BMV-Ä)	88895	-	-	163,00 €/ ab 351. Behand- lungsfall 122,25 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
25.2	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	10,53	-
26.	Sachkosten Intraokularlinsen				
26.1	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	127,80 €
26.2	Faltbare Linsen	99001	-	-	173,80 €
27.	Einmalset bei perkutaner Nukleotomie	99005	-	-	894,80 €
28.	Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen				
28.1	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	20,76 €
28.2	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	71,81 €
28.3	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	82,03 €
28.4	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	60,00 €
29.	Herzschrittmacher				
29.1	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
29.2	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
29.3	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
29.4	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
30.	Nephrologische Leistungen	04000 bis 04005 04040, 04230 (Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM) Abschnitt 4.5.4 EBM Abschnitt 13.3.6 EBM	-	10,53	-
31.	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 € 1 x im Behandlungsfall
32.	Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
33.	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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
34.	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
35.	Erweiterte Basis- Ultraschalluntersuchungen				
35.1	Zuschlag zur GOP 01770 für die US- Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	10,53	-
36.	Osteodensitometrie	34601	-	10,53	-
37.	Kapselendoskopie				
37.1	Untersuchung bei Kindern	04528	-	10,53	-
37.2	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	10,53	-
37.3	Auswertung bei Kindern	04529	-	10,53	-
37.4	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	10,53	-
38.	Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	99620	-	-	8,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
39.	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)				
39.1	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334	-	10,53	-
39.2	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335	-	10,53	-
40.	Zuschlag zur PFG für Fachärzte <i>(wird von der KV automatisch zugewiesen)</i>	05222, 06222, 07222, 08222, 09222, 10222, 13222, 13296, 13346, 13396, 13496, 13544,	-	10,53	-
41.	Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten				
41.1	Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03040	03060	-	10,53	-
41.2	Zuschlag zur GOP 03060	03061	-	10,53	-
41.3	Hausbesuch der NÄPa inkl. Wegegeld	03062	-	10,53	-
41.4	Besuch eines weiteren Patienten durch die NÄPa inkl. Wegegeld	03063	-	10,53	-
41.5	Zuschlag zur GOP 03062	03064	-	10,53	-
41.6	Zuschlag zur GOP 03063	03065	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
42.	Psychiatrisches Gespräch Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM (wird von der KV auto- matisch zugesetzt)	99996	-	-	1,15 €
43.	Radionuklide				
43.1	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €
43.2	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34703 bei Verwendung von ¹⁸ F-Fluordesoxyglukose	40584	-	-	255,00 €
44.	PET, PET/CT				
44.1	Diagnostische Positronenemissionstomo- graphie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700 bis 34703	-	10,53	-
		40584	-	-	255,00 €
45.	Soziotherapie				
45.1	Hinzuziehung eines soziotherapeutischen Leistungserbringers	30800	-	10,53	-
45.2	Erstverordnung Soziotherapie	30810	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
45.3	Folgeverordnung Soziotherapie	30811	-	10,53	-
46.	Humangenetik				
46.1	Umfangreiche humangenetische Analysen	11449 11514 11514V	-	10,53	-
46.2	Wissenschaftliches Gutachten	11304 19406	-	10,53	
46.3	Allgemeine Tumorgenetik	Abschnitt 19.4.2 EBM	-	10,53	
46.4	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM (neue GOP 19450 enthalten)	-	10,53	-
46.5	Genotypisierung	32865	-	-	308,50 €
46.6	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €
47.	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	Abschnitt 30.13 EBM	-	10,53	-
48.	Kooperations- u. Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)	37100 bis 37120	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
49.	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3 EBM	-	10,53	-
50.	Medikationsplan gem. § 31a SGB V	01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701	-	10,53	-
51.	eArztbrief				
51.1	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	86900	-	-	0,28 €
51.2	Empfangen eines elektronischen Briefes	86901	-	-	0,27 €
52.	Behandlung des diabetischen Fußes Zuschlag zur GOP 02311 EBM	99984	-	-	5,26 €
53.	Orthopädische Vorsorgeuntersuchung beim Kind und Heranwachsenden im 11. und 12. Lebensjahr (Toleranzgrenze +/- 1 Jahr)	99986	-	-	37,38 €
54.	Erweiterte Beratung über die Behandlung einer Schwangeren (Gestationsdiabetes) GOP 01777 EBM und gesicherte Diagnose O24.4 Voraussetzung	99988	-	-	18,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
54.	Patientenschulungen bei Gestationsdiabetes				
54.1	Erstschulung und Beratung	99989	-	-	50,00 €
54.2	Schulungsmaterial	99997	-	-	10,00 €
54.3	Folgeschulung mit Verlaufskontrolle	99998	-	-	25,00 €
55.	Radiologie bei onkologischen Patienten				
55.1	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.2 EBM	99565 bis 99596 99160 bis 99182	-	-	1,5 Cent
55.2	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.3 EBM	99183 bis 99198	-	-	1,5 Cent
55.3	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.4 EBM	99260 bis 99281	-	-	1,5 Cent
56.	Telekonsile				
56.1	Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT-Aufnahmen	34800	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
56.2	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	34810	-	10,53	-
56.3	Telekonsiliarärztliche Beurteilung von CT-Aufnahmen	34820, 34821	-	10,53	-
57.	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01450	-	10,53	-
58.	Vorsorgepauschale Kindernephrologie	04563	-	10,53	-
59.	Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)	03355 04590 13360	-	10,53	-
60.	Psychotherapeutisches Gespräch	22220 23220	-	10,53	-
62.	Epilation mittels Lasertechnik	02325 bis 02328	-	10,53	-
63.	Palliativmedizinische Versorgung gem. Anlage 30 zum BMV-Ä	Abschnitt 37.3 sowie Abschnitte 3.2.5 und 4.2.5 EBM	-	10,53	-
64.	Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Cannabis				
64.1	Aufklärung über Begleiterhebung	01460	-	10,53	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2017/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
64.2	Datenerfassung und -übermittlung im Rahmen der Begleiterhebung	01461	-	10,53	-
64.3	Ärztliche Stellungnahme zur Antragsstellung	01626	-	10,53	-

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 4. Quartal 2017 quotiert vergütet werden müssten.

Übersicht über die Einzelleistungen im 4. Quartal 2017 (gültig ab 01.10.2017)

- 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	-	60,00 € ¹	60,00 € ²	-	-	-
1.5	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	90,00 € ¹	90,00 € ²	-	-	-
1.6	Repertorisation	81202	-	20,00 € ¹	20,00 € ²	-	-	-
1.7	Analyse	81203	-	20,00 € ¹	20,00 € ²	-	-	-
1.8	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	45,00 € ¹	45,00 € ²	-	-	-

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

² Vertrag gilt für IKK classic

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
1.9	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	22,50 € ¹	22,50 € ²	-	-	-
1.10	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,00 € ¹	10,00 € ²	-	-	-
2.	Hautkrebs-Screening	99841	25,00 €* ₂	27,00 € ³ / ₂ 25,00 €* ₁ / ₂	-	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	-	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 €

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

² Vertrag gilt für IKK classic

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
4.	Schutzimpfungen							
4.1	Einfachimpfung	div.	7,20 €	7,20 € ⁴	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €
4.2	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112	8,10 €	8,10 € ⁴	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.3	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	8,10 €	8,10 € ⁵	8,10 € ⁶	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.4	Zweifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € ⁴	7,50 €	7,50 €	8,00 €	8,25 €
4.5	Dreifachimpfung	div.	7,55 €	8,00 € ⁴	7,50 €	7,50 €	9,00 €	8,25 €
4.6	Vierfachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € ⁴	9,00 €	7,50 €	10,00 €	15,00 €
4.7	Fünffachimpfung	div.	7,60 €	12,00 € ⁴	9,00 €	7,50 €	12,00 €	15,00 €
4.8	Sechsfachimpfung	div.	12,80 €	15,00 € ⁴	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
4.9	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	8,20 €	9,00 € ⁴	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

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

⁶ Gilt nicht für IKK gesundplus

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.10	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	16,60 €	13,00 € ⁴	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €
4.11	Einfachimpfung gegen Meningokokken B	89131A/B/R	7,20 €	7,20 € ⁴	7,10 €	7,30 €	7,20 €	7,00 €
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.	-	-	25,00 € ⁸ je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
6.2	Grundpauschale Diagnostik in Delegation durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	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 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
6.3	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)	-
6.4	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)	-
6.5	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)	-
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.	-	-	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
6.7	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)	-
6.8	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)	-
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.	-	-	7,50 € 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
7.	K.I.S.S.-Vertrag⁹				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	-	-	-	-	53,00 € ¹⁰	53,00 €
8.2	U11	81120	-	-	-	-	53,00 € ¹⁰	53,00 €
8.3	J2	81121	-	-	-	-	53,00 € ¹⁰	53,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
9.	Tonsillotomie						BARMER GEK	
9.1	Tonsillotomie	99550	320,00 € ¹²	320,00 € ^{13/15}	-	-	320,00 € ¹⁴	-
9.2	Adenotomie	99551	-	105,00 € ¹⁵	-	-	105,00 € ¹⁴	-
9.3	Präanästhesiologische Untersuchung	99552	20,00 € ¹²	20,00 € ¹⁵	-	-	20,00 € ¹⁴	-
9.4	Anästhesie bei Tonsillotomie	99550A	150,00 € ¹²	160,00 € ¹⁵	-	-	160,00 € ¹⁴	-
9.5	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie	99551A	180,00 € ¹²	190,00 € ¹⁵	-	-	190,00 € ¹⁴	-
9.6	Anästhesie bei Tonsillotomie inkl. Adenotomie und Blutstillung oder Parazentese	99551B	210,00 € ¹²	220,00 € ¹⁵	-	-	220,00 € ¹⁴	-
9.7	Postoperative Überwachung	99553	95,00 € ¹²	110,00 € ¹⁵	-	-	110,00 € ¹⁴	-
10.	Venentherapie¹²							
10.1	Behandlung an einem Bein	99625	1.160,00 €	-	-	-	-	-
10.2	Behandlung an beiden Beinen	99626	2.000,00 €	-	-	-	-	-

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

¹³ Gilt nur für die BKK VAG ab 01.11.2013 sowie Novitas BKK. Aktuelle Übersicht unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Tonsillotomie → BKK VAG Tonsillotomie Liste teilnehmende BKK

¹⁴ Gilt nur für die BARMER GEK ab 01.04.2015

¹⁵ Der BARMER-Tonsillotomie-Vertrag gilt ab dem 01.07.2017 auch für die SBK

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
10.3	Regionalanästhesie durch den Operateur	31800V	37,84 €	-	-	-	-	-
10.4	Anästhesie und/oder Narkose	31823V	154,18 €	-	-	-	-	-
10.5	Zuschlag	31828V	28,64 €	-	-	-	-	-
10.6	Postoperative Überwachung	31505V	103,08 €	-	-	-	-	-
11.	Kinder kranker Eltern						TK	
11.1	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € ¹⁰ 2 x im Krankheitsfall	-
11.2	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € ¹⁰ 6 x im Krankheitsfall	-
12.	Amblyopiescreening							
12.1	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
12.2	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Vorliegen von Risikofaktoren	99856	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient mit Risikofaktoren ab dem vollendeten 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
13.	Polypharmaziecheck*						DAK-Gesundheit	
13.1	Durchführung Polypharmaziecheck	98960	-	-	-	-	30,00 € 1 x jährlich	-
14.	Trittsicher							
14.1	Beratung zum Vorsorgekonzept und ggf. Überweisung zur DXA-Untersuchung	99870	-	-	-	15,00 € 1 x je ausgewähltem Patient	-	-
14.2	DXA-Untersuchung sowie Erstellung und Übersendung eines ärztlichen Berichts über die Ergebnisse der Untersuchung	99871	-	-	-	45,00 € 1 x je ausgewähltem Patient	-	-

* Gilt nur für die DAK-Gesundheit ab 01.08.2015

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
15.	Diabetes-Vertrag		DAK-Gesundheit	mhplus* Schwenninger BKK**
15.1	Modul 1 – Diabetische Neuropathie			
15.1.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910	20,00 €	20,00 €
15.1.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98911	20,00 €	20,00 €
15.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	98912	20,00 €	20,00 €
15.1.4	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913	17,00 €	17,00 €
15.2	Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)			
15.2.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920	20,00 €	20,00 €
15.2.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98921	20,00 €	20,00 €
15.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98922	20,00 €	20,00 €
15.3	Modul 3 – Angiopathie			
15.3.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €

* gültig ab dem 01.01.2016

** gültig ab dem 01.07.2016

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
			DAK-Gesundheit	mhplus* Schwenninger BKK**
15.3.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
15.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €
15.4	Modul 4 – Diabetesleber			
15.4.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
15.4.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €
15.4.3	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €
15.5	Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung			
15.5.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
15.5.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
15.5.3	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
15.5.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5

* gültig ab dem 01.01.2016

** gültig ab dem 01.07.2016

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
16.	Gesund schwanger		BKK***
16.1	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	81300	60,00 €
16.2	Frühultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW	81301	50,00 €
16.3	Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW	81302	26,00 €
16.4	Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls	81303	15,00 €
17.	Willkommen Baby		DAK-Gesundheit
17.1	Beratung und Bedeutung Risikoscreening	99860	30,00 €
17.2	Förderung der natürlichen Geburt	99861	25,00 €
17.3	Infektionsscreening	99862	20,00 €
17.4	Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft (5. bis 8. SSW)	99863	30,00 €
17.5	Ultraschalluntersuchung nach dem 3. Basis-Ultraschall (33. bis 37. SSW)	99864	30,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.6	Geburtsvorbereitung (Akkupunktur), je Sitzung	99865	15,00 €
18.	Diabetes-Schulungen für nicht-DMP-Patienten¹⁵		Postbeamtenkrankenkasse
18.1	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
18.2	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
18.3	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
18.4	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
18.5	Medias 2	99231	12,50 €
18.6	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
18.7	HBSP	99234	12,50 €
18.8	Nachschulungen	99227N bis 99231N 99233N 99234N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
18.9	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
18.10	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
18.11	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €

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