

# Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 3. Quartal 2020 (gültig ab 01.07.2020)

- für alle GKV Kassen

Vorbehaltlich des möglichen Wegfalls von bestimmten regional besonders geförderten Leistungen und Strukturen vor dem Hintergrund der Beanstandung der vom Landesschiedsamt für das Jahr 2020 festgesetzten Vergütungsvereinbarung durch das Bundesamt für Soziale Sicherung (BAS) | siehe [Information zur BAS-Beanstandung](#)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>1.</b>	<b>Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit</b>	Abschnitt I.8 EBM	1,6970	12,6841	-
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 €
<b>2.</b>	<b>Ambulantes Operieren</b>				
2.1	Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 31802A	-	10,9871	-
2.2	Koloskopie	13421 bis 13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	10,9871	-
2.3	ERCP	13430 bis 13431	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
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 €
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	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.9	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS- Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	10,9871	-
<b>3.</b>	<b>Mammographie-Screening</b>				
3.1	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758 inkl. 01752A, 01752B	-	10,9871	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	12,2249	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
<b>4.</b>	<b>Mukoviszidose Screening</b>	01709, 01724, 01725, 01726, 01727	-	10,9871	-
<b>5.</b>	<b>Belegärztliche Leistungen</b>				
5.1	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. 36272X, 36503X, 36822X	1,5250	12,5121	-
5.2	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416	1,525	12,5121	-
<b>6.</b>	<b>Prävention gesamt</b>				
6.1	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01702 bis 01816 exkl. 01750 bis 01759	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
7.	Vakuumstanzbiopsien, kurativ	34274	-	10,9871	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €
8.	Strahlentherapie	25210 bis 25342	-	10,9871	-
		40840	-	-	EBM
		40841	-	-	EBM
9.	Künstliche Befruchtung	Abschnitt 8.5 (ohne GOP 08520 und 08521) 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08535X, 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	-	10,9871	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
10.	Materialkosten auf Behandlungsschein	99205 sowie diverse GOPs der Produktgruppen unter <a href="http://www.kvbawue.de">www.kvbawue.de</a> → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merkblätter → Produktgruppenliste zur Sachkostenabrechnung	-	-	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
11.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	10,9871	-
12.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13620 bis 13622	-	10,9871	-
13.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	10,9871	-
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)			1,00 €
15.	Balneophototherapie	10350	-	10,9871	-
16.	Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis	01833	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>17.</b>	<b>Weegebühren</b>				
17.1	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im org. NFD bei Tage zwischen 7.00 Uhr und 19.00 Uhr. Bei Überschreitung eines Radius von 20 km kann ein zweites Mal die GOP angesetzt werden, wird ein Radius von 30 km überschritten, so kann die GOP ein drittes Mal angesetzt werden.	40190	-	-	14,06 €
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	-	-	19,32 €
17.3	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	4,10 €
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	-	-	8,20 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
17.5	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	11,71 €
17.6	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	8,20 €
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	-	-	12,88 €
17.8	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	17,57 €
18.	<b>Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)</b>	30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956	-	10,9871	-
19.	<b>Neuropsychologische Therapie</b>	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935	-	10,9871	-
20.	<b>HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus</b>	32821	-	-	260,00 €
21.	<b>Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen</b>	Abschnitt 35.2 EBM	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>22.</b>	<b>Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapie</b>				
22.1	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	10,9871	-
22.2	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	-	10,9871	-
22.3	Psychotherapeutische Akuttherapie	35152	-	10,9871	-
22.4	Zuschlag zu den GOP 35151 und 35152 gem. Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 (wird von der KV automatisch zugesetzt)	35573	-	10,9871	-
<b>23.</b>	<b>Onkologie</b>				
23.1	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	43,40 €
23.2	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,16 €
23.3	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie	86514	-	-	26,25 €
23.4	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumorthherapie	86516	-	-	196,15 €
23.5	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie- Vereinbarung	86518	-	-	196,15 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
23.6	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Orale zytostatische Tumortherapie	86520	-	-	98,08 €
23.7	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €
<b>24.</b>	<b>Sozialpädiatrie/ -psychiatrie</b>				
24.1	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	-	-	186,00 €/ ab 351. Behand- lungsfall 139,50 €
24.2	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	10,9871	-
<b>25.</b>	<b>Sachkosten Intraokularlinsen</b>				
25.1	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	127,80 €
25.2	Faltbare Linsen	99001	-	-	147,50 €
<b>26.</b>	<b>Einmalset bei perkutaner Nukleotomie</b>	99005	-	-	894,80 €
<b>27.</b>	<b>Viskoelastika bei amb. Kataraktoperationen</b>				
27.1	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	14,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
27.2	Hochvisköse Vischoelastika	99331	-	-	71,81 €
27.3	Extrem visköse Vischoelastika	99332	-	-	82,03 €
27.4	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	50,00 €
<b>28.</b>	<b>Herzschrittmacher</b>				
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 €
<b>29.</b>	<b>Nephrologische Leistungen</b>	04000 bis 04005 04040, 04230, 04231 <b>(Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben  Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM)</b>  Abschnitt 4.5.4 EBM (inkl. der neuen GOP 04567)  Abschnitt 13.3.6 EBM (inkl. der neuen GOP 13603, exkl. GOP 13594, 13596 (s. PFG), 13597 (s. Medikations-plan), 13620 bis 13622 (s. LDL-Apherese))	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
30.	<b>Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg</b> Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
31.	<b>Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung*</b> Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
32.	<b>Subkutane Immuntherapie (SCIT)</b>				
32.1	Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €
32.2	Zuschlag zur GOP 30131 EBM	99991* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
33.	<b>Besuch in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal**</b> Zuschlag bei Besuch mit Pflegepersonal nach den GOP 01410 <b>P</b> bzw. 01410 <b>H</b> und/oder 01413 <b>P</b>	99980 (Zusetzung durch KVBW)  Die Kennzeichnung mit <b>P</b> bzw. <b>H</b> muss aktiv durch den Arzt erfolgen.	-	-	14,80 €
34.	<b>Erweiterte Basis- Ultraschalluntersuchungen</b>				
34.1	Zuschlag zur GOP 01770 für die US- Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	10,9871	-

\* 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 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>35.</b>	<b>Osteodensitometrie</b>	34601	-	10,9871	-
35.1	Zuschlag zur GOP 34600	99911 (Zuschlag durch KVBW)	-	-	20,00 €
35.2	Zuschlag zur GOP 34601	99912 (Zuschlag durch KVBW)	-	-	20,00 €
<b>36.</b>	<b>Kapselendoskopie</b>				
36.1	Untersuchung bei Kindern	04528	-	10,9871	-
36.2	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	10,9871	-
36.3	Auswertung bei Kindern	04529	-	10,9871	-
36.4	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	10,9871	-
<b>37.</b>	<b>Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder</b>	99620	-	-	8,50 €
<b>38.</b>	<b>Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)</b>				
38.1	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334	-	10,9871	-
38.2	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
39.	<b>Zuschlag zur PFG für Fachärzte</b> (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	-	10,9871	-
40.	<b>HLA-Antikörperdiagnostik</b>	32915 bis 32918 32939 bis 32943 32948 bis 32949	-	-	lt. EBM
41.	<b>Psychiatrisches Gespräch*</b> Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM (wird von der KV auto- matisch zugesetzt)	99996* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,40 €
42.	<b>Radionuklide</b>				
42.1	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €
42.2	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34703 bei Verwendung von <sup>18</sup> F-Fluordesoxyglukose	40584	-	-	255,00 €
43.	<b>PET, PET/CT</b>				
43.1	Diagnostische Positronenemissionstomo- graphie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700 bis 34703	-	10,9871	-
		40584	-	-	255,00 €

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
<b>44.</b>	<b>Soziotherapie</b>				
44.1	Erstverordnung Soziotherapie	30810	-	10,9871	-
44.2	Folgeverordnung Soziotherapie	30811	-	10,9871	-
<b>45.</b>	<b>Humangenetik</b>				
45.1	Umfangreiche humangenetische Analysen	11449 11449V 11449Z 11514 11514V 11514Z (seit 1/2019)	-	10,9871	-
45.2	Wissenschaftliches Gutachten	11304 19406	-	10,9871	
45.3	Allgemeine Tumorgenetik	Abschnitt 19.4.2 EBM	-	10,9871	
45.4	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM	-	10,9871	-
45.5	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus	32865	-	-	308,50 €
45.6	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
45.7	Humangenetische Beurteilung	01841, 11230, 11233 bis 11236	-	10,9871	-
45.8	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9-Metabolisierungsstatus	32866	-	-	82,00 €
46.	<b>Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung</b>	Abschnitt 30.13 EBM	-	10,9871	-
47.	<b>Kooperations- und Koordinationsleistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)</b>	37100 bis 37120	-	10,9871	-
48.	<b>Delegationsfähige Leistungen</b>	Abschnitt 38.3 EBM	-	10,9871	-
49.	<b>Medikationsplan gem. § 31a SGB V</b>	01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701	-	10,9871	-
50.	<b>eArztbrief</b>				
50.1	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	86900	-	-	0,28 €
50.2	Empfangen eines elektronischen Briefes	86901	-	-	0,27 €
50.3	Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale	01660	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
51.	<b>Behandlung des diabetischen Fußes</b> Zuschlag zur GOP 02311 EBM	99984	-	-	5,26 €
52.	<b>Radiologie bei onkologischen Patienten*</b>				
52.1	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.2 EBM	99565* bis 99596* 99160* bis 99182*	1,5	-	-
52.2	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.3 EBM	99183* bis 99198*	1,5	-	-
52.3	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.4 EBM	99260* bis 99282* (jeweils Zusetzung durch KVBW)	1,5	-	-
53.	<b>Telekonsile</b>				
53.1	Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT- Aufnahmen	34800	-	10,9871	-
53.2	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	34810	-	10,9871	-
53.3	Telekonsiliarärztliche Beurteilung von CT-Aufnahmen	34820, 34821	-	10,9871	-
54.	<b>Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde</b>	01450	-	10,9871	-
55.	<b>Vorsorgepauschale Kinderneurologie</b>	04563	-	10,9871	-

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
56.	<b>Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)</b>	03355 04590 13360	-	10,9871	-
57.	<b>Epilation mittels Lasertechnik</b>	02325 bis 02328	-	10,9871	-
58.	<b>Palliativmedizinische Versorgung gem. Anlage 30 zum BMV-Ä</b>	Abschnitt 37.3	-	10,9871	-
59.	<b>Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Cannabis</b>				
59.1	Aufklärung über Begleiterhebung	01460	-	10,9871	-
59.2	Datenerfassung und -übermittlung i. R. d. Begleiterhebung	01461	-	10,9871	-
59.3	Ärztliche Stellungnahme zur Antragsstellung	01626	-	10,9871	-
60.	<b>Ultraschallscreening auf Bauchortenaneurysma</b>				
60.1	Beratung	01747	-	10,9871	-
60.2	Ultraschall	01748	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
61.	<b>Pricktest</b> Zuschlag zur GOP 30111	99992 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	8,00 €
62.	<b>Notfalldatenmanagement</b>	01640, 01641, 01642	-	10,9871	-
63.	<b>Botulinumtoxin-Therapie</b>	08311T, 08312, 08313, 26310T, 26311T, 26316, 26317	-	10,9871	-
		40161	-	-	45,00 €
64.	<b>Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten*</b> Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03060	99981* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
65.	<b>Verordnung von Rehabilitation</b>	01611	-	10,9871	-
66.	<b>Biomarker Procalcitonin</b>	32459	-	-	EBM
67.	<b>Phänotypische Belastungsteste</b>	32774, 32775	-	-	EBM
68.	<b>Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom</b>	30210, 30212, 30216, 30218	-	10,9871	-
69.	<b>Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei KHK</b>	34298	-	10,9871	-
		40301	-	-	EBM

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
70.	<b>Zuschlag für die Einrichtungsbefragung gem. Qesü-Richtlinie/Verfahren 2***</b>	01650	-	10,9871	-
71.	<b>Ärztliche Zweitmeinung</b>				
71.1	Indikationsstellung	01645 A/B/C/D	-	10,9871	-
71.2	Ärztliche Leistungen des Zweitmeiners ( <i>Kennzeichnung mit der GOP 88200 A/B/C/D</i> )	Leistungen gem. Allgemeine Bestimmungen Abschnitt 4.3.9 EBM, sofern sie nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind	-	10,9871	-
72.	<b>Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase</b>	Abschnitt 37.4 EBM	-	10,9871	-
73.	<b>Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris</b>	30440	-	10,9871	-
74.	<b>Nachweis von Anti-Drug-Antikörpern</b>	32480	-	-	18,65 €
75.	<b>Zuschlag zu den GOP 32545 oder 32556 für eine Vorbehandlung mit Dithiothreitol (DTT)</b>	32557	-	-	19,20 €
76.	<b>Hornhauttomographie</b>	06362	-	10,9871	-

\*\*\* rückwirkend ab dem 01.01.2018

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
77.	Kostenpauschale für Riboflavin i. Z. mit der Erbringung einer Leistung nach GOP 31364	40681	-	-	86,00 €
78.	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Fingolimod	01516	-	10,9871	-
79.	HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	Abschnitt 1.7.8 EBM	-	10,9871	-
80.	Alle Zusatzpauschalen für die Behandlung auf Grund einer TSS-Vermittlung (TSS-Terminfall und TSS-Akutfall)	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	-	10,9871	-
81.	<u>Alle Leistungen mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM einer TSVG-Konstellation (TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, Hausarztvermittlungsfall, offene Sprechstunde und Neupatient) (ab 01.09.2019)</u> <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	-	10,9871	-
82.	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	32850	-	-	EBM

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
83.	<b>PIGF und sFlt-1/PIGF-Quotienten</b>	32362 32363	-	-	EBM
84.	<b>Anschubförderung für Videosprechstunden gem. Anlage 31b zum BMV-Ä i. R. der Betreuung von Patienten in der haus-/fachärztlichen Versorgung</b>	01451	-	10,9871	-
85.	<b>Optische Kohärenztomographie</b>	06336, 06337, 06338, 06339	-	10,9871	-
86.	<b>Videofallkonferenz</b>				
86.1	Videofallkonferenz mit der/den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft/Pflege(fach)kräften	01442	-	10,9871	-
86.2	Zuschlag zu den Versicherten-/Grund-Konsiliarpauschalen für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01444	-	10,9871	-
87.	<b>Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken bei der Gabe von Velmanase alfa</b>	01514	-	10,9871	-
88.	<b>Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion</b> entsprechend den GOP 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	40165	-	-	72,00 €
89.	<b>Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn gem. Fachinformation</b>	11601	-	10,9871	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
90.	<b>Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom</b>	08347, 13507, 19501	-	10,9871	-
		19502	-	-	3.296,50 €
91.	<b>Nukleinsäurenachweis des neuartigen Coronavirus (2019-nCoV, ab 01.02.2020)</b>	32816	-	-	lt. EBM
92.	<b>Chronikerpauschale</b>				
92.1	Zuschlag zur GOP 03220	99957* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
92.2	Zuschlag zur GOP 04220	99958* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
93.	<b>Früherkennungsuntersuchung bei Kindern (U3)</b> Zuschlag zur GOP 01713	99959* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	44,17 €
94.	<b>Konfirmationsdiagnostik</b> Zuschlag zur GOP 20327	99910 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	6,00 €
95.	<b>Geburtshilfe</b> (Zuschlag zur GOP 08411)	99956 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	114,00 €
96.	<b>Erprobungsverfahren</b> gem. § 137e SGB V	Kapitel 60 EBM Kapitel 61 EBM	-	10,9871	-
97.	<b>Corona-Testungen bei asymptomatischen Personen</b>				
97.1	Besuch	99532	-	-	25,00 €
97.2	Abstrichnahme	99533	-	-	12,00 €
97.3	Wegegebühr zum Besuch	99534	-	-	10,00 €
97.4	RT-PCR Nachweisverfahren Coronavirus	99535	-	-	50,50 €
97.5	Mitbesuch	99538	-	-	5,00 €
97.6	Aufwandspauschale	99539	-	-	4,20 €

\* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

<b>Nr.</b>	<b>Vertrag (Schlagwort)</b>	<b>GOP nach EBM 2020/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen</b>	<b>Zuschlags- punkt- wert in Cent</b>	<b>Auszahlungs- punkt- wert in Cent</b>	<b>Pauschale/ Förderbetrag</b>
<b>98.</b>	<b>Abstrichentnahme Corona-Testung Reiserückkehrer ab 01.08.2020</b>	99531	-	-	15,00 €

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 2. Quartal 2020 quotiert vergütet werden müssten.

# Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 3. Quartal 2020 (gültig ab 01.07.2020)

- je Kasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>1.</b>	<b>Homöopathie</b>							
1.1	Erstanamnese	99201	-	80,00 €	-	-	-	-
1.2	Erstanamnese Kind	99202	-	32,00 €	-	-	-	-
1.3	Folgeanamnese	99203	-	31,00 €	-	-	-	-
1.4	Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	81200	-	61,50 € <sup>1</sup>	65,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.5	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	92,25 € <sup>1</sup>	97,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.6	Repertorisation	81202	-	20,50 € <sup>1</sup>	22,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.7	Analyse	81203	-	20,50 € <sup>1</sup>	22,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.8	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	46,13 € <sup>1</sup>	48,50 € <sup>2</sup>	-	-	-

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
1.9	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	23,06 € <sup>1</sup>	24,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
1.10	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,25 € <sup>1</sup>	11,00 € <sup>2</sup>	-	-	-
2.	Hautkrebs-Screening	99841	25,00 €* <sub>2</sub>	27,00 € <sup>3</sup> / <sub>2</sub>	-	25,00 €	25,00€* <sub>2</sub> (TK)	-
				25,00 €* <sub>1</sub> / <sub>2</sub>			25,00€* <sub>2</sub> (Barmer GEK)	
		99842	6,00 €* <sub>2</sub> (i. V. m. 99841)	6,00 € <sup>3</sup> / <sub>2</sub>	-	6,00 € (i. V. m. 01745 oder 99841)	8,00 € Auflichtmikro- skopie für HEK (i. V. m. 99841)	-
3.	<b>LDL-Elimination Sachkosten</b>							
3.1	Diverse Verfahren	98600	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €
3.2	Diverse Filtrationen (Zuschlag für Neugeräte)	98603	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,30 €	15,34 €

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

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

<sup>3</sup> Gilt für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Abrechnung & Honorar → Abrechnung: wie, was, wann, wohin? → Merkblätter → Hautkrebs-Screening Abrechnungsinformationen

\*<sub>1</sub> Für Bosch BKK

\*<sub>2</sub> Mit Teilnahmeerklärung Versicherte

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>4.</b>	<b>Schutzimpfungen</b>							
4.1	Standard- u. Indikationsimpfungen							
4.1.1	Einfachimpfung	div.	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.1.2	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112	8,10 €	8,10 € <sup>4</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.1.3	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	8,10 €	8,10 € <sup>5</sup>	8,10 € <sup>6</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.1.4	Zweifachimpfung	div.	8,40 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,40 €	8,00 €	8,25 €
4.1.5	Dreifachimpfung	div.	8,40 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,40 €	9,00 €	8,25 €
4.1.6	Vierfachimpfung	div.	8,40 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	8,40 €	10,00 €	15,00 €
4.1.7	Fünffachimpfung	div.	8,40 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	8,40 €	12,00 €	15,00 €
4.1.8	Sechsfachimpfung	div.	14,20 €	15,00 € <sup>4</sup>	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz) und BKK Karl Mayer

<sup>5</sup> Gilt nicht für BKK Karl Mayer, BKK evm (vormals Kevag Koblenz), BKK Mobil Oil und Heimat BKK

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.9	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	8,20 €	9,00 € <sup>4</sup>	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €
4.1.10	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	16,60 €	13,00 € <sup>4</sup>	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €
4.1.11	Einfachimpfung gegen Meningokokken B	89131A/B/R	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.1.12	Standardimpfung gegen Herpes zoster, 1. Dosis	89128A*	7,60 €	7,20 €	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.1.13	Standardimpfung gegen Herpes zoster, letzte Dosis	89128B*	7,60 €	7,20 €	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.1.14	Indikationsimpfung gegen Herpes zoster, 1. Dosis	89129A*	7,60 €	7,20 €	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.1.15	Indikationsimpfung Herpes zoster, letzte Dosis	89129B*	7,60 €	7,20 €	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2	Berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL							
4.2.1	Hepatitis A	89105 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.2	Hepatitis B	89107 V/W/X	8,10 €	8,10 € <sup>4</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.2.3	Influenza	89112Y	8,10 €	8,10 € <sup>4</sup>	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.2.4	Masern	89113V/W	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €

\* gültig ab dem 01.05.2019

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz) und BKK Karl Mayer

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.2.5	Tollwut	89132 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.6	Cholera	89130 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.7	FSME	89102 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.8	Gelbfieber	89131Y	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.9	Pneumokokken	89120V/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.10	Poliomyelitis	89122 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.11	Typhus							
4.2.11.1	Injektion bis 14.08.2020	89133X/Y	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.11.2	Injektion ab 15.08.2020	89133Y	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.11.3	Orale Impfung ab 15.08.2020	89133V/W	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.12	Varizellen	89126V/W	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.13	Hepatitis A und B	89202 V/W/X	8,40 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,40 €	8,00 €	8,25 €
4.2.14	MMR (Masern, Mumps, Röteln)	89301V/W	8,40 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,40 €	8,00 €	8,25 €

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz) und BKK Karl Mayer

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.2.15	Tdap (Diphtherie, Pertussis, Tetanus)	89303Y	8,40 €	8,00 € <sup>4</sup>	7,50 €	8,40 €	9,00 €	8,25 €
4.2.16	Meningokokken	89115 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
4.2.17	MMRV (Masern, Mumps, Röteln, Varizellen)	89401V/W	8,40 €	12,00 € <sup>4</sup>	9,00 €	8,40 €	10,00 €	15,00 €
4.2.18	Japanische Enzephalitis ab 15.08.2020	89134 V/W/X	7,60 €	7,20 € <sup>4</sup>	7,10 €	7,60 €	7,20 €	7,00 €
5.	<b>DMP</b>	div.* <sub>4</sub>	-	-	-	-	-	-
6.	<b>AD(H)S-Vertrag<sup>7</sup></b>							
6.1	<b>Grundpauschale Diagnostik für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten</b>	93020A	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8,9</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK- Gesundheit)	-

<sup>4</sup> Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz) und BKK Karl Mayer

<sup>7</sup> Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen; Aktuelle Übersicht unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → ADHS/ADS → Kassenliste

<sup>8</sup> Je eingeschriebenem Versicherten kann das den Versicherten betreuende ADHS-Team Leistungen nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von max. 1200 € innerhalb von vier Quartalen abrechnen. Im Quartal stehen für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten 300 € zur Verfügung. In Ausnahmefällen kann von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf nicht überschritten werden (Ausnahme siehe Vertrag). Die Budget-Zuteilung innerhalb des ADHS-Teams erfolgt durch den koordinierenden Arzt.

<sup>9</sup> Abrechnung ohne Neueinschreibung bis 31.03.2023

\*<sub>4</sub> Liste unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → DMP

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.2	<b>Grundpauschale Diagnostik in Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93020B	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8,9</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
6.3	<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.	-	-	15,00 € <sup>8,9</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
6.4	<b>Zusatzpauschale Therapie</b> für den koordinierenden Arzt/Psychotherapeuten	93021A	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8,9</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
6.5	<b>Zusatzpauschale Therapie in Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021B	-	25,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	25,00 € <sup>8,9</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-

<sup>8</sup> Je eingeschriebenem Versicherten kann das den Versicherten betreuende ADHS-Team Leistungen nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von max. 1200 € innerhalb von vier Quartalen abrechnen. Im Quartal stehen für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten 300 € zur Verfügung. In Ausnahmefällen kann von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf nicht überschritten werden (Ausnahme siehe Vertrag). Die Budget-Zuteilung innerhalb des ADHS-Teams erfolgt durch den koordinierenden Arzt.

<sup>9</sup> Abrechnung ohne Neueinschreibung bis 31.03.2023

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.6	<b>Zusatzpauschale Therapie in Delegation</b> durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93021C	-	15,00 € <sup>8</sup> je Patient und vollendete 15 Min.	-	-	15,00 € <sup>8,9</sup> je Patient und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
6.7	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> für den koordinierenden Arzt/ Psychotherapeuten	93021D	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	12,50 € <sup>8,9</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-
6.8	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie in Delegation</b> durch einen approbierten Arzt/Psychotherapeuten	93021E	-	12,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	12,50 € <sup>8,9</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min. (DAK-Gesundheit)	-

<sup>8</sup> Je eingeschriebenem Versicherten kann das den Versicherten betreuende ADHS-Team Leistungen nach diesem Vertrag in der Vergütungshöhe von max. 1200 € innerhalb von vier Quartalen abrechnen. Im Quartal stehen für die Behandlung eines eingeschriebenen Versicherten 300 € zur Verfügung. In Ausnahmefällen kann von der im Quartal zur Verfügung stehenden Vergütungssumme von 300 € abgewichen werden. Die Gesamtsumme von 1200 € pro Jahr darf nicht überschritten werden (Ausnahme siehe Vertrag). Die Budget-Zuteilung innerhalb des ADHS-Teams erfolgt durch den koordinierenden Arzt.

<sup>9</sup> Abrechnung ohne Neueinschreibung bis 31.03.2023

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.9	<b>Zusatzpauschale Gruppentherapie</b> in <b>Delegation</b> durch einen nichtärztlichen AD(H)S-Teammitarbeiter eines AD(H)S-Team-Vertragsarztes/Psychotherapeuten	93021F	-	7,50 € <sup>8</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-	-	7,50 € <sup>8,9</sup> je Patient in der Gruppentherapie und vollendete 15 Min.	-
7.	<b>K.I.S.S.-Vertrag<sup>11</sup></b>				<b>BIG direkt gesund</b>			
7.1	<b>Beratung, Durchführung Infektionsscreening</b> (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
8.	<b>Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen</b>						<b>TK</b>	
8.1	U10	81102	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	53,00 €
8.2	U11	81120	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	53,00 €

<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.

<sup>9</sup> Abrechnung ohne Neueinschreibung bis 31.03.2023

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

<sup>11</sup> Der Vertrag zur „Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft – K.I.S.S.“ gilt nur für schwangere Versicherte der BIG direkt gesund-Krankenkasse sowie für an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmende niedergelassene Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe.

Diesen Vertrag finden Sie unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → K.I.S.S. → KBV KISS-Vertrag

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
8.3	J2	81121	-	-	-	-	53,00 € <sup>10</sup>	53,00 €
<b>9.</b>	<b>Venentherapie<sup>12</sup></b>							
9.1	<u>Behandlung an einem Bein</u>	99625						
	bis zum 50. Behandlungsfall		1.160,00 €	-	-	-	-	-
	vom 51. - 150. Behandlungsfall		1.044,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 151. Behandlungsfall		928,00 €	-	-	-	-	-
9.2	<u>Behandlung an beiden Beinen</u>	99626						
	bis zum 50. Behandlungsfall		2.000,00 €	-	-	-	-	-
	vom 51. - 150. Behandlungsfall		1.800,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 151. Behandlungsfall		1.600,00 €	-	-	-	-	-
9.3	Regionalanästhesie durch den Operateur	99627	41,53 €	-	-	-	-	-
9.4	Anästhesie und/oder Narkose	99627A	169,42 €	-	-	-	-	-
9.5	Zuschlag	99628	31,42 €	-	-	-	-	-

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
9.6	Postoperative Überwachung	99629	113,28 €	-	-	-	-	-
9.7	Präanästhesiologische Untersuchung	99630	19,67 €	-	-	-	-	-
<b>10.</b>	<b>Kinder kranker Eltern</b>						<b>TK</b>	
10.1	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € <sup>10</sup> 2 x im Krankheitsfall	-
10.2	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € <sup>10</sup> 6 x im Krankheitsfall	-
<b>11.</b>	<b>Amblyopiescreening</b>							
11.1	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung	99855	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient ab dem vollendeten 25. Lebens- monat bis zum vollendeten 42. Lebens- monat

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
11.2	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung beim Vorliegen von Risikofaktoren	99856	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient mit Risikofaktoren ab dem vollendeten 6. Lebensmonat bis zum vollendeten 12. Lebensmonat
<b>12.</b>	<b>Gesund schwanger</b>			<b>BKK<sup>18</sup></b>				
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 €	-	-	-	-

<sup>18</sup> Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen.

Aktuelle Übersichten unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Gesund schwanger → Teilnehmende Krankenkassen (Gesund schwanger, Anlage 13)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
<b>13.</b>	<b>Willkommen Baby</b>						<b>DAK-Gesundheit</b>	
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 €	-
13.6	Geburtsvorbereitung (Akkupunktur), je Sitzung	99865	-	-	-	-	15,00 €	-
<b>14.</b>	<b>Hallo Baby</b>							
<b>14.1</b>	<b>Leistungen der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe</b>							
14.1.1	Einschreibung mittels Teilnahmeerklärung	81310	-	10,00 €**	-	-	-	-
14.1.2	Technische/administrative Leistung Toxoplasmosesuchtest	81311	-	10,00 €**				

\*\* Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen.

Aktuelle Übersichten unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Hallo Baby

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
14.1.3	Risikoaufklärung/ärztliches Gespräch Toxoplasmose-suchtest	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 €**				
<b>14.2</b>	<b>Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/ Gynäkologie und Geburtshilfe</b>							
14.2.1	Durchführung Toxoplasmosesuchtest	81315	-	12,00 €**				
14.2.2	Durchführung Streptokokken B-Test	81316	-	10,00 €**				
<b>15.</b>	<b>Hypertonie</b>						<b>DAK- Gesundheit KKH TK</b>	
<b>15.1</b>	<b>Modul 1 - PAVK bei Hypertonie</b>							
15.1.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99310	-	-	-	-	20,00 €	-

\*\* Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen.

Aktuelle Übersichten unter [www.kvbawue.de](http://www.kvbawue.de) → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → Hallo Baby

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP						
15.1.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99311	-	-	-	-	20,00 €	-
15.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	99312	-	-	-	-	20,00 €	-
<b>15.2</b>	<b>Modul 2 - Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie</b>							
15.2.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99320	-	-	-	-	20,00 €	-
15.2.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99321	-	-	-	-	20,00 €	-
15.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	99322	-	-	-	-	20,00 €	-
15.2.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	99323	-	-	-	-	2,00 € je Modul 2	-
<b>16.</b>	<b>Diabetes-Vertrag</b>		<b>DAK-Gesundheit KKH TK</b>			<b>mhplus<sup>16</sup> Schwenninger BKK<sup>17</sup></b>		
<b>16.1</b>	<b>Modul 1 – Diabetische Neuropathie</b>							
16.1.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910					20,00 €	20,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
16.1.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98911	20,00 €	20,00 €
16.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	98912	20,00 €	20,00 €
16.1.4	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913	17,00 €	17,00 €
<b>16.2</b>	<b>Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)</b>			
16.2.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920	20,00 €	20,00 €
16.2.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98921	20,00 €	20,00 €
16.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98922	20,00 €	20,00 €
<b>16.3</b>	<b>Modul 3 – Angiopathie</b>			
16.3.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €
16.3.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
16.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
<b>16.4</b>	<b>Modul 4 – Diabetesleber</b>			
16.4.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
16.4.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €
16.4.3	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €
<b>16.5</b>	<b>Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung</b>			
16.5.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
16.5.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
16.5.3	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
16.5.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5

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

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.6	<p>Einzelberatung Diabetes-assistentin gem. Anlage 1a/1b zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 1 bzw. Anlage 2 zur Vereinbarung "DMP" DM Typ 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 B</li> </ul>	99217 B	22,50 €
17.7	<p>Bei Patienten mit Wagner Stadium 1 und 2 bis zur Wundheilung</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x/Quartal</li> <li>• einschließlich Fotodokumentation und standardisierter Befunderhebung</li> </ul>	99222	35,00 €
17.8	<p>Bei Patienten mit Wagner Stadium 3 bis zur Rückführung in Stadium 1 oder 2</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 1x/Quartal</li> <li>• einschließlich Fotodokumentation und standardisierter Befunderhebung</li> </ul>	99223	50,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.9	Konventionelle Insulintherapie <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände</li> <li>• ggf. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung</li> <li>• einmalig</li> <li>• inkl. Beraterin</li> </ul>	99224	50,00 €
17.10	Intensivierte Insulintherapie und Pumpe <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung unter Berücksichtigung der Lebensumstände</li> <li>• ggf. Einweisung in die Injektionstechnik, Handhabung eines Blutzuckermessgerätes außerhalb einer programmierten Schulung</li> <li>• einmalig</li> <li>• inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin, auch Ersteinstellung Pumpe bei Diabetes mellitus Typ 2</li> </ul>	99225	100,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.11	Pauschale für Mitbehandlung durch sonstige in der RSAV genannte Fachärzte  • Mitbehandlung i.S. von DMP	99226	5,00 €
17.12	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
17.13	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
17.14	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
17.15	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
17.16	Medias 2	99231	12,50 €
17.17	LINDA	99232	25,00 €
17.18	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
17.19	HBSP	99234	12,50 €
17.20	IPM	99235	25,00 €
17.21	Nachschulungen	99227N bis 99235N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
17.22	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.23	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
17.24	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €
17.25	Schulungsmaterial (IPM)	99239	2,00 €
17.26	Schulungsmaterial (LINDA)	99240	9,00 €
17.27	<p>Ersteinstellung Pumpe bei Typ 1-Diabetikern</p> <p>Nur für DMP-Ärzte i.R.v. Diabetes mellitus Typ 1 abrechenbar!</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• intensive ärztliche Beratung</li> <li>• Einweisung in die Pumpentechnik außerhalb einer programmierten Schulung</li> <li>• ggf. inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin</li> <li>• einmalig</li> </ul>	99247	100,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
17.31	Schulungsmaterial DiSko (je Schulungsteilnehmer)	99252	2,00 €
18.	<b>KHK-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten<sup>19</sup></b>		<b>Postbeamtenkrankenkasse</b>
18.1	Betreuungspauschale  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung u. Beratung eines Patienten mit KHK</li> <li>• Motivation des Patienten</li> <li>• Erhebung der relevanten medizinischen Parameter u. Besprechung mit dem Patienten</li> <li>• Festlegung u. ggf. Anpassung des Therapieverlaufs</li> </ul>	99965	14,00 €
18.2	Betreuungspauschale  <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung u. Beratung eines Patienten, der in mehreren "DMPs" betreut wird</li> <li>• Motivation des Patienten</li> </ul>	99966	8,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
18.3	Pauschale für Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt</li> <li>• 1x im Behandlungsfall</li> </ul>	99967	32,00 €
18.4	Pauschale für die Mitbehandlung bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> <li>• durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt</li> <li>• 1x im Behandlungsfall</li> </ul>	99968	32,00 €
18.5	Schulung - SPOG <ul style="list-style-type: none"> <li>• pauschal</li> <li>• inkl. Schulungsmaterial</li> <li>• max. 4 Personen</li> </ul>	99970	150,00 €
18.6	Schulung - IPM <ul style="list-style-type: none"> <li>• je Unterrichtseinheit (Modul) und Patient</li> <li>• 5 Module</li> <li>• 6 - 12 Personen</li> </ul>	99971	25,00 €
18.7	Schulungsmaterial - IPM	99975	2,00 €