

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 3. Quartal 2022 (gültig ab 01.07.2022)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit	Abschnitt I.8 EBM	1,6970	12,9632	-
1.1	Fallwertzuschlag ab dem 50. Ansatz einer Leistung aus Abschnitt I.8 EBM auf einem Fall (wird von der KV automatisch zugewetzt)	99830	-	-	100,00 €
2.	Ambulantes Operieren				
2.1	Leistungen aus Kapitel 31 EBM	Abschnitte 31.1 bis 31.6 inkl. 31272X, 31503X, 31600X, 31608X, 31609X, 31822X, 31802A	-	11,2662	-
2.2	Koloskopie	13421 bis 13424, 04514, 04515, 04518, 04520	-	11,2662	-
2.3	ERCP	13430 bis 13431	-	-	-
2.4	Kostenpauschale Einmal-Hochfrequenz- diathermieschlinge bei Abrechnung i.Z. mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01742, 04515, 04520, 13423 EBM jeweils einschl. Suffices	40460	-	-	12,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.5	Kostenpauschale Einmal-Probenentnahme-zange bei Abrechnung i.Z. mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01741, 04514, 08311T, 13421, 13422, 13430, 26310T und 26311T EBM, jeweils einschl. Suffices	40461	-	-	8,00 €
2.6	Kostenpauschale Clips inkl. Einmal-Endo-/ Hämo-Clipapplikator bei Abrechnung i.Z. mit der Durchführung der Leistungen nach den GOP 01742 und 13423 EBM, jeweils einschl. Suffices	40462	-	-	20,80 €
2.7	Kostenpauschale Phototherapeutische Keratektomie	40680	-	-	513,00 €
2.8	§ 115b-Leistungen, die nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind (s. z.B. Nr. 2.1) (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	01851, 01854, 01855, 01857, 01904, 02300, 02301, 02302, 02321, 06332, 06351, 06352, 08311, 08311T, 09351, 09361, 09362, 13410, 13411, 13412, 15321, 15322, 15323, 26310, 26310T, 26311, 26311T, 26322, 26323, 26324, 26330, 26352, 30600, 30601, 34283, 34284, 34285, 34286, 34291, 34294, 34297, 34505	-	11,2662	-
2.9	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
3.	Mammographie-Screening				
3.1	Mammographie-Screening ohne Vakuumstanzbiopsie	01750 bis 01758 inkl. 01752A, 01752B	-	11,2662	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2	Vakuumstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	12,5040	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
4.	Mukoviszidose Screening	01709, 01724, 01725, 01726, 01727	-	11,2662	-
5.	Belegärztliche Leistungen				
5.1	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. 36272X, 36272K, 36503X, 36503K, 36822X, 36822K	1,525	12,7912	-
5.2	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416	1,525	12,7912	-
6.	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie-Screening	01702 bis 01816, 01865, 01866, 01867, 01869 (exkl. 01750 bis 01759) (NEU: inkl. 01789/V, 01790/V, 01870)	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
7.	Vakuumstanzbiopsien, kurativ	34274	-	11,2662	-
		40454 40455	-	-	320,00 € 100,00 €
8.	Künstliche Befruchtung	Abschnitt 8.5 (ohne GOP 08520 und 08521) Abschnitt 8.6 inkl. 08619V, 08621V und 08623V 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	-	11,2662	-
		32354X, 32356X, 32357X, 32575X, 32614X, 32618X, 32660X, 32781X	-	-	lt. EBM
		01510K bis 01512K, 02100K, 02341K, 05310K, 05330K, 05340K, 05341K, 05350K, 08575K, 31272K, 31503K, 31600K, 31608K, 31609K, 31822K, 33043K, 33044K, 33064K, 33090K	-	11,2662	-
		32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K	-	-	lt. EBM

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
	Fortsetzung Künstliche Befruchtung	40700 40701	-	-	68,00 € 10,00 €
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	-	-	-
10.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	11,2662	-
11.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13620 bis 13622	-	11,2662	-
12.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	11,2662	-
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)			1,00 €
14.	Balneophototherapie	10350	-	11,2662	-
15.	Varicella-Zoster-Antikörper-Nachweis	01833	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ 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	-	-	14,42 €
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	-	-	19,81 €
16.3	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	4,20 €
16.4	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40222	-	-	8,41 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert 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	-	-	12,01 €
16.6	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	8,41 €
16.7	Pauschale für Besuche im Randbereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40228	-	-	13,21 €
16.8	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	18,02 €
17.	Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern des Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA)	30940, 30942, 30944, 30946, 30948, 30950, 30952, 30954, 30956 inkl. Höchstwerte 30960 und 30961	-	11,2662	-
18.	Neuropsychologische Therapie	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 inkl. Höchstwerte 30936 und 30937	-	11,2662	-
19.	HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus	32821	-	-	260,00 €
20.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
21.	Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapie				
21.1	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	11,2662	-
21.2	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	-	11,2662	-
21.3	Psychotherapeutische Akuttherapie inkl. Suffices	35152	-	11,2662	-
21.4	Zuschlag zu den GOP 35151 und 35152 gem. Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 (wird von der KV automatisch zugewendet)	35573	-	11,2662	-
21.5	Förderung der Gruppentherapie				
21.5.1	Besuch i.Z.m. der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus	01410K 01413K	-	11,2662	-
21.5.2	Komplex der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35163 bis 35169 inkl Suffices	-	11,2662	-
21.5.3	Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)	35173 bis 35179 inkl. Suffices	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
22.	Onkologie				
22.1	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	43,94 € ab 1/2021
22.2	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	29,52 € ab 1/2021
22.3	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	26,58 € ab 1/2021
22.4	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	198,60 € ab 1/2021
22.5	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie- Vereinbarung	86518	-	-	198,60 € ab 1/2021
22.6	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Orale zytostatische Tumortherapie	86520	-	-	99,31 € ab 1/2021
22.7	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €
23.	Sozialpädiatrie/ -psychiatrie				
23.1	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 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
23.2	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	11,2662	-
24.	Sachkosten Intraokularlinsen				
24.1	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	100,00 €
24.2	Faltbare Linsen	99001	-	-	137,00 €
25.	Einmalset bei perkutaner Nukleotomie	99005	-	-	894,80 €
26.	Viskoelastika bei amb. Katarakt- operationen				
26.1	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	14,00 €
26.2	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	70,00 €
26.3	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	80,00 €
26.4	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	48,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
27.	Herzschrittmacher				
27.1	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
27.2	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €
27.3	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
27.4	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
28.	Nephrologische Leistungen	04000 bis 04005 04040, 04230, 04231 (Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM) Abschnitt 4.5.4 EBM (inkl. der neuen GOP 04567) Abschnitt 13.3.6 EBM (inkl. der neuen GOP 13603, exkl. GOP 13594, 13596 (s. PFG), 13597 (s. Medikationsplan), 13598 (s. TSS), 13620 bis 13622 (s. LDL-Apherese))	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
29.	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
30.	Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung* Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
31.	Subkutane Immuntherapie (SCIT)				
31.1	Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €
31.2	Zuschlag zur GOP 30131 EBM	99991* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
32.	Besuch in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal** Zuschlag bei Besuch mit Pflegepersonal nach den GOP 01410 P bzw. 01410 H und/oder 01413 P	99980 (Zusetzung durch KVBW) Die Kennzeichnung mit P bzw. H muss aktiv durch den Arzt erfolgen.	-	-	14,80 €

* 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 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
33.	Erweiterte Basis- Ultraschalluntersuchungen Zuschlag zur GOP 01770 für die US- Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung	01771	-	11,2662	-
34.	Osteodensitometrie	34601	-	11,2662	-
34.1	Zuschlag zur GOP 34600	99911 (Zuschlag durch KVBW)	-	-	20,00 €
34.2	Zuschlag zur GOP 34601	99912 (Zuschlag durch KVBW)	-	-	20,00 €
35.	Kapselendoskopie				
35.1	Untersuchung bei Kindern	04528	-	11,2662	-
35.2	Untersuchung bei Erwachsenen	13425	-	11,2662	-
35.3	Auswertung bei Kindern	04529	-	11,2662	-
35.4	Auswertung bei Erwachsenen	13426	-	11,2662	-
36.	Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	99620	-	-	8,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
37.	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)				
37.1	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334	-	11,2662	-
37.2	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335	-	11,2662	-
38.	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	-	11,2662	-
39.	HLA-Antikörperdiagnostik	32915 bis 32918 32939 bis 32943 32948 bis 32949	-	-	lt. EBM
40.	Psychiatrisches Gespräch* Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM inkl. Suffices	99996* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,40 €
41.	Radionuklide				
41.1	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistung nach GOP 17372 je Injektion	40582	-	-	65,00 €

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
41.2	Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34707 bei Verwendung von ¹⁸ F-Fluordesoxyglukose	40584	-	-	255,00 €
42.	PET, PET/CT				
42.1	Diagnostische Positronenemissionstomographie (PET), diagnostische Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	34700 bis 34707	-	11,2662	-
		40584	-	-	255,00 €
43.	Soziotherapie				
43.1	Erstverordnung Soziotherapie	30810	-	11,2662	-
43.2	Folgeverordnung Soziotherapie	30811	-	11,2662	-
44.	Humangenetik				
44.1	Allgemeine Tumorgenetik	Abschnitt 19.4.2 EBM	-	11,2662	
44.2	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM	-	11,2662	-
44.3	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2D6-Metabolisierungsstatus	32865	-	-	308,50 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
44.4	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €
44.5	Humangenetische Beurteilung	01841, 11230, 11233 bis 11236	-	11,2662	-
44.6	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C9- Metabolisierungsstatus	32866	-	-	82,00 €
44.7	Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)- Metabolisierungsstatus	32867	-	-	120,00 €
44.8	Zuschlag zu GOP des Abschnitts 11.4.2 und den GOP 11502 bis 11518 für Gemeinkosten und die wissenschaftliche ärztliche Beurteilung und Befundung	11302	-	11,2662	-
45.	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	Abschnitt 30.13 EBM	-	11,2662	-
46.	Kooperations- und Koordinations- leistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)	37100 bis 37120	-	11,2662	-
47.	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3 EBM	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
48.	Medikationsplan gem. § 31a SGB V	01630, 03222, 04222, 05227, 06227, 07227, 08227, 09227, 10227, 13227, 13297, 13347, 13397, 13497, 13547, 13597, 13647, 13697, 14217, 16218, 18227, 20227, 21227, 21228, 22219, 26227, 27227 und 30701	-	11,2662	-
49.	eArztbrief				
49.1	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	86900	-	-	0,28 €
49.2	Empfangen eines elektronischen Briefes	86901	-	-	0,27 €
49.3	Zuschlag zur eArztbrief-Versandpauschale	01660	-	11,2662	-
50.	Behandlung des diabetischen Fußes Zuschlag zur GOP 02311 EBM	99984	-	-	5,26 €
51.	Radiologie bei onkologischen Patienten*				
51.1	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.2 EBM	99565* bis 99596* 99160* bis 99182*	1,5	-	-
51.2	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.3 EBM	99183* bis 99198*	1,5	-	-
51.3	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.4 EBM	99260* bis 99282* (jeweils Zusetzung durch KVBW)	1,5	-	-

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
52.	Telekonsile				
52.1	Einholung einer telekonsiliarischen Befundbeurteilung von Röntgen und/oder CT-Aufnahmen	34800	-	11,2662	-
52.2	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von Röntgenaufnahmen	34810	-	11,2662	-
52.3	Telekonsiliarärztliche Befundbeurteilung von CT-Aufnahmen	34820, 34821	-	11,2662	-
52.4	Einholung eines Telekonsils	01670	-	11,2662	-
52.5	Telekonsiliarische Beurteilung, bis zu 10 Minuten	01671	-	11,2662	-
	Zuschlag zur GOP 01671, je weitere vollendete 5 Minuten	01672	-	11,2662	-
53.	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01450	-	11,2662	-
54.	Vorsorgepauschale Kindernephrologie	04563	-	11,2662	-
55.	Anleitung zur Selbstanwendung eines Real-Time-Messgeräts zur kontinuierlichen interstitiellen Glukosemessung (rtCGM)	03355 04590 13360	-	11,2662	-
56.	Epilation mittels Lasertechnik	02325 bis 02328	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
57.	Palliativmedizinische Versorgung gem. Anlage 30 zum BMV-Ä	Abschnitt 37.3	-	11,2662	-
58.	Leistungen im Zusammenhang mit der Versorgung von Cannabis				
58.1	Ärztliche Stellungnahme zur Antragsstellung	01626	-	11,2662	-
59.	Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysma				
59.1	Beratung	01747	-	11,2662	-
59.2	Ultraschall	01748	-	11,2662	-
60.	Pricktest Zuschlag zur GOP 30111	99992 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	8,00 €
61.	Notfalldatenmanagement	01640, 01640A, 01640B, 01641, 01642	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
62.	Botulinumtoxin-Therapie	08311T, 08312, 08313, 26317 26310T, 26311T, 26316: s. auch § 115b	-	11,2662	-
		40161	-	-	45,00 €
63.	Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten* Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03060	99981* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
64.	Verordnung von Rehabilitation	01611	-	11,2662	-
65.	Schlafstörungsdiagnostik				
65.1	Kardiorespiratorische Polygraphie bei Patienten mit Unterkiefer- protrusionsschiene	30900U 30901U	-	11,2662	-
65.2	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	30902	-	11,2662	-
65.3	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	30905	-	11,2662	-
66.	Hyperbare Sauerstofftherapie bei diabetischem Fußsyndrom	30210, 30212, 30216, 30218	-	11,2662	-

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
67.	Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei KHK	34298	-	11,2662	-
		40301	-	-	EBM
68.	Zuschlag für die Einrichtungsbefragung gem. Qesü-Richtlinie/Verfahren 2***	01650	-	11,2662	-
69.	Ärztliche Zweitmeinung				
69.1	Indikationsstellung	01645C/D/E/F/G/H	-	11,2662	-
69.2	Ärztliche Leistungen des Zweitmeiners (Kennzeichnung mit der GOP 88200C/D/E/F/G/H)	Leistungen gem. Allgemeine Bestimmungen Abschnitt 4.3.9 EBM, sofern sie nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind	-	11,2662	-
70.	Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Abschnitt 37.4 EBM	-	11,2662	-
71.	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	30440	-	11,2662	-
72.	Hornhauttomographie	06362	-	11,2662	-
73.	Kostenpauschale für Riboflavin i. Z. mit der Erbringung einer Leistung nach GOP 31364	40681	-	-	92,53 €

*** rückwirkend ab dem 01.01.2018

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
74.	Ambulante Betreuung und Nachsorge				
74.1	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen	01540, 01541, 01542	-	11,2662	-
74.2	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels	01543, 01544, 01545	-	11,2662	-
75.	HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	Abschnitt 1.7.8 EBM	-	11,2662	-
76.	Alle Zusatzpauschalen für die Behandlung auf Grund einer TSS-Vermittlung (TSS-Terminfall und TSS-Akutfall), inkl. der zutreffenden Suffices	01322, 01323, 01710, 03010, 04010, 05228, 06228, 07228, 08228, 09228, 10228, 11228, 13228, 13298, 13348, 13398, 13498, 13548, 13598, 13648, 13698, 14218, 15228, 16228, 17228, 18228, 20228, 21236, 21237, 22228, 23228, 23229, 24228, 25228, 25229, 25230, 26228, 27228, 30705	-	11,2662	-
77.	Zuschlag zu der VP nach GOP 03000 bzw. 04000 für den Hausarztvermittlungsfall	03008 04008	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
78.	Alle Leistungen mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM einer TSVG-Konstellation (TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, Hausarztvermittlungsfall, offene Sprechstunde und Neupatient) (ab 01.09.2019) <i>(ambulante Leistungen derselben Arztgruppe desselben Quartals an demselben Patienten zu Lasten derselben Krankenkasse)</i>	GOP nach EBM bzw. regionale Vereinbarung sowie Kostenpauschalen gem. BMV-Ä, sofern sie nicht unter eine in dieser Übersicht genannten anderen Leistungen fallen	-	11,2662	-
79.	Nukleinsäurenachweis von HIV-RNA	32850	-	-	EBM
80.	Beratung Organ- und Gewebespende	01480	-	11,2662	-
81.	Optische Kohärenztomographie	06336, 06337, 06338, 06339	-	11,2662	-
82.	Videofallkonferenz				
82.1	Videofallkonferenz mit der/den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflege(fach)kraft/Pflege(fach)kräften	01442	-	11,2662	-
82.2	Zuschlag zu den Versicherten-/Grund-Konsiliarpauschalen für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01444	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
83.	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion entsprechend den GOP 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	40165	-	-	72,00 €
84.	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn gem. Fachinformation	11601	-	11,2662	-
85.	Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom	08347, 13507, 19503 bis 19506	-	11,2662	-
86.	Nukleinsäurenachweis des beta-Coronavirus SARS-CoV-2	32816	-	-	lt. EBM
87.	Chronikerpauschale				
87.1	Zuschlag zur GOP 03220	99957* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €
88.	Früherkennungsuntersuchung bei Kindern (U3) Zuschlag zur GOP 01713	99959* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	45,29 €
89.	Konfirmationsdiagnostik Zuschlag zur GOP 20327	99910 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	6,00 €
90.	Geburtshilfe (Zuschlag zur GOP 08411)	99956 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	114,00 €
91.	Erprobungsverfahren gem. § 137e SGB V	Kapitel 60 EBM Kapitel 61 EBM	-	11,2662	EBM

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
92.	Corona		-	-	EBM
92.1	Antigentest SARS-CoV-2	32779	-	-	EBM
92.2	Corona-Testungen etc.	Bitte aktuelle Hinweise beachten unter: www.kvbawue.de → Praxis → Aktuelles → Coronavirus SARS-CoV-2 → Diagnostik & Testungen → Dokumente (rechte Seite) → Übersicht Corona-Tests: Behalten Sie den Durchblick!			
92.3	COVID-19-Impfung: Impfstofflogistik, Abrechnung und Dokumentation etc.	Bitte aktuelle Hinweise beachten unter: www.kvbawue.de → Aktuelles → Coronavirus SARS-CoV-2 → Impfung gegen COVID-19 → Dokumente (rechte Seite) → COVID-19-Impfung – Impfstofflogistik, Abrechnung und Dokumentation			
93.	Monoklonale Antikörpertherapie				
93.1	Therapie mit monoklonalen Antikörpern bei einem mit dem Coronavirus SARS-CoV-2 infizierten Patienten	88400	-	-	360,00 €
93.2	Prophylaktische Gabe von monoklonalen Antikörpern bei einem nicht am Coronavirus infizierten Patienten	88401	-	-	150,00 €
93.3	Besuch in Verbindung mit der prophylaktischen Gabe von monoklonalen Antikörpern bei einem nicht an Coronavirus infizierten Patienten	88402	-	-	60,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
93.4	Lagerung der monoklonalen Antikörpern	88403	-	-	40,00 €
94.	Vakuumversiegelungstherapie (Zuschlagsleistungen außerhalb Kapitel 31 und 36)				
94.1	Sekundärer Wundverschluss	02314	-	11,2662	-
94.2	Kostenpauschalen	40900 bis 40903	-	-	EBM
95.	TTF				
95.1	Indikationsstellung	30310	-	11,2662	-
95.2	Zusatzpauschale Behandlung	30311	-	11,2662	-
95.3	Zusatzpauschale Ausrichtung	30312	-	11,2662	-
96.	Kostenpauschale für Versand einer AU bei Patientenkontakt i.R. einer Videosprechstunde	40128	-	-	0,86 €
97.	Kostenpauschale für Versand einer Bescheinigung gem. Muster 21 bei Patientenkontakt i.R. einer Videosprechstunde	40129	-	-	0,86 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
98.	Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte				
98.1	Zusatzpauschale zu den GOP 01430, 01435 und 01820	01431	-	11,2662	-
98.2	Zusatzpauschale zu den VP der Kap. 3 u. 4, GP der Kap. 5 bis 11, 13 bis 16, 18, 20 bis 23, 26 u. 27, zu den KP der Kap. 12, 17, 19, 24 u. 25, den GOP 01320, 01321 u. 30700 sowie den Leistungen des Abschnitts 1.7 (exkl. invitrodiagnostische Leistungen)	01647	-	11,2662	-
98.3	Erstbefüllung einer elektronischen Krankenakte	01648	-	11,2662	-
99.	Leistungen im Zusammenhang mit DiGA				
99.1	Zusatzpauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) aus dem Verzeichnis gem. § 139e SGB V	01470	-	11,2662	-
	Im Rahmen der Videosprechstunde	01470 + Suffix	-	11,2662	-
99.2	Zusatzpauschale für die Verkaufskontrolle u. die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio	01471	-	11,2662	-
	Im Rahmen der Videosprechstunde	01471 + Suffix	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
99.3	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01472	-	11,2662	-
99.4	Pauschale für Leistungen im Zusammenhang mit der Anwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) gem. Anhang I Absatz 1 Anlage 34 BMV-Ä	86700	-	-	7,12 €
99.5	Pauschale für das Ausstellen einer Erstverordnung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) für Kinder und Jugendliche, die in die Altersgruppe 12 - 17 Jahre des Verzeichnisses nach § 139e Absatz I SGB V aufgenommen wurden, einmal im Behandlungsfall	86701	-	-	2,00 €
	Im Rahmen der Videosprechstunde	86701 + Suffix	-	-	2,00 €
100.	Infusionstherapie mit Sebelipase alfa	02102	-	11,2662	-
101.	LDR-Brachytherapie	25335 25336	-	11,2662	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2022/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
102.	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	03325, 03326, 04325, 04326, 13578/I, 13579/I, 13583/I bis 13587/I	-	11,2662	-
		40910	-	-	EBM
103.	Hyposensibilierungsbehandlung		-	11,2662	-
103.1	Orale Hyposensibilisierung bei Therapieeinleitung	30133	-	11,2662	-
103.2	Orale Hyposensibilisierung	30134	-	11,2662	-

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 3. Quartal 2022 quotiert vergütet werden müssten.

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 3. Quartal 2022 (gültig ab 01.07.2022)

- je Kasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
1.	Homöopathie							
1.1	Erstanamnese	99201	-	80,00 €	-	-	-	-
1.2	Erstanamnese Kind	99202	-	32,00 €	-	-	-	-
1.3	Folgeanamnese	99203	-	31,00 €	-	-	-	-
1.4	Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	81200	-	61,50 € ¹	65,00 € ²	-	-	-
1.5	Erstanamnese ab dem 13. Lebensjahr	81201	-	92,25 € ¹	97,00 € ²	-	-	-
1.6	Repertorisation	81202	-	20,50 € ¹	22,00 € ²	-	-	-
1.7	Analyse	81203	-	20,50 € ¹	22,00 € ²	-	-	-
1.8	Folgeanamnese (mind. 30 Min.)	81204	-	46,13 € ¹	48,50 € ²	-	-	-
1.9	Folgeanamnese (mind. 15 Min.)	81205	-	23,06 € ¹	24,00 € ²	-	-	-
1.10	Beratung (mind. 7 Min.)	81206	-	10,25 € ¹	11,00 € ²	-	-	-

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

² Vertrag gilt für IKK classic

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
2.	Hautkrebs-Screening	99841	25,00 €* ₂	27,00 € ³ / ₂ 26,00 €* ₂ / ₃	-	25,00 €	25,00€* ₂ (TK)	-
							25,00€* ₂ (Barmer GEK)	
		99842	6,00 €* ₂ (i. V. m. 99841)	6,00 € ³ / ₂ / ₃	-	6,00 € (i. V. m. 01745 oder 99841)	26,00€* ₂ (HEK) 8,00 € Auflichtmikroskopie für HEK (i. V. m. 99841)	-
3.	LDL-Elimination Sachkosten							
3.1	Diverse Verfahren	98600	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €	869,20 €
3.2	Diverse Filtrationen (Zuschlag für Neugeräte)	98603	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,34 €	15,30 €	15,34 €
4.	Schutzimpfungen							
4.1	Standard- u. Indikationsimpfungen							
4.1.1	Einfachimpfung	div.	7,70 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,70 €	7,60 €	7,60 €

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

² Vertrag gilt für IKK classic

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

*₁ Für Bosch BKK

*₂ Mit Teilnahmeerklärung Versicherte

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.2	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza	89106A/B 89107A/B/R 89108A/B/R 89111 89112	8,10 €	8,10 € ⁴	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.1.3	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	8,10 €	8,10 € ⁵	8,10 € ⁶	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.1.4	Zweifachimpfung	div.	8,60 €	8,40 € ⁴	8,40 €	8,60 €	8,40 €	8,40 €
4.1.5	Dreifachimpfung	div.	8,60 €	8,40 € ⁴	8,40 €	8,60 €	9,00 €	8,40 €
4.1.6	Vierfachimpfung	div.	8,60 €	12,00 € ⁴	9,00 €	8,60 €	10,00 €	15,00 €
4.1.7	Fünffachimpfung	div.	8,60 €	12,00 € ⁴	9,00 €	8,60 €	12,00 €	15,00 €
4.1.8	Sechsfachimpfung	89600A/B	14,50 €	15,00 € ⁴	14,00 €	14,50 €	15,00 €	15,00 €
	Zuschlag auf die erste Dosis der Sechsfachimpfung eines Impfzyklus (wird von der KV automatisch zugesezt)	89600F	-	10,00 € ⁴	10,00 €	-	10,00 €	10,00 €
4.1.9	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	8,20 €	9,00 € ⁴	8,20 €	8,20 €	8,20 €	8,20 €
4.1.10	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	16,60 €	13,00 € ⁴	16,60 €	16,60 €	16,60 €	16,60 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

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

⁶ Gilt nicht für IKK gesundplus

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.11	Einfachimpfung gegen Meningokokken B	89131 A/B/R	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.1.12	Standardimpfung gegen Herpes zoster, 1. Dosis	89128A*	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.1.13	Standardimpfung gegen Herpes zoster, letzte Dosis	89128B*	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.1.14	Indikationsimpfung gegen Herpes zoster, 1. Dosis	89129A*	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.1.15	Indikationsimpfung Herpes zoster, letzte Dosis	89129B*	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2	Berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL							
4.2.1	Hepatitis A	89105 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.2	Hepatitis B	89107 V/W/X	8,10 €	8,10 € ⁴	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.2.3	Influenza	89112Y	8,10 €	8,10 € ⁴	8,10 €	8,10 €	8,10 €	8,10 €
4.2.4	Masern	89113V/W	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.5	Tollwut	89132 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.6	Cholera	89130 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.7	FSME	89102 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.8	Gelbfieber	89131Y	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.9	Pneumokokken	89120V/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €

* gültig ab dem 01.05.2019

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.2.10	Poliomyelitis	89122 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.11	Typhus							
4.2.11.1	Injektion	89133Y	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.11.2	Orale Impfung	89133V/W	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.12	Varizellen	89126V/W	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.13	Hepatitis A und B	89202 V/W/X	8,40 €	8,40 € ⁴	8,40 €	8,40 €	8,40 €	8,40 €
4.2.14	MMR (Masern, Mumps, Röteln)	89301V/W	8,40 €	8,40 € ⁴	8,40 €	8,40 €	9,00 €	8,40 €
4.2.15	Tdap (Diphtherie, Pertussis, Tetanus)	89303Y	8,40 €	8,40 € ⁴	8,40 €	8,40 €	9,00 €	8,40 €
4.2.16	Meningokokken	89115 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €
4.2.17	MMRV (Masern, Mumps, Röteln, Varizellen)	89401V/W	8,40 €	12,00 € ⁴	9,00 €	8,40 €	10,00 €	15,00 €
4.2.18	Japanische Enzephalitis ab 15.08.2020	89134 V/W/X	7,60 €	7,60 € ⁴	7,60 €	7,60 €	7,60 €	7,60 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

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

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

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

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

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

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.-Vertrag¹¹				BIG direkt gesund			
7.1	Beratung, Durchführung Infektionsscreening (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)	81103	-	-	26,00 €	-	-	-
8.	Kinder- und Jugend- vorsorgeuntersuchungen						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.	Venentherapie¹²							
9.1	<u>Behandlung an einem Bein</u>	99625						
	bis zum 25. Behandlungsfall		1.050,00 €	-	-	-	-	-
	vom 26. - 40. Behandlungsfall		950,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 41. Behandlungsfall		850,00 €	-	-	-	-	-

¹⁰ Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

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

Diesen Vertrag finden Sie unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A – Z → K.I.S.S. → KBV KISS-Vertrag

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.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
9.2	<u>Behandlung an beiden Beinen</u>	99626						
	bis zum 25. Behandlungsfall		1.800,00 €	-	-	-	-	-
	vom 26. - 40. Behandlungsfall		1.600,00 €	-	-	-	-	-
	ab dem 41. Behandlungsfall		1.400,00 €	-	-	-	-	-
9.3	Regionalanästhesie durch den Operateur	99627	43,37 €	-	-	-	-	-
9.4	Anästhesie und/oder Narkose	99627A	190,96 €	-	-	-	-	-
9.5	Zuschlag	99628	39,32 €	-	-	-	-	-
9.6	Postoperative Überwachung	99629	110,07 €	-	-	-	-	-
9.7	Präanästhesiologische Untersuchung	99630	14,87 €	-	-	-	-	-
10.	Kinder kranker Eltern						TK	
10.1	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € ¹⁰ 2 x im Krankheitsfall	-
10.2	Weitere Sitzung	99611	-	-	-	-	100,00 € ¹⁰ 6 x im Krankheitsfall	-

¹⁰ Gilt nur für die Techniker Krankenkasse

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
11.	Amblyopiescreening							
11.1	Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung	99855	-	-	-	-	-	40,00 € 1 x pro Patient ab dem vollendeten 25. Lebensmonat bis zum vollendeten 42. Lebensmonat
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
12.	Gesund schwanger			BKK¹⁸				
12.1	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	81300	-	60,00 €	-	-	-	-

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

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

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
14.1.8	Ärztliches Beratungsgespräch zum Geburtsmodus (persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt)	81319	-	25,00 €* -	-	-	-	-
14.2	Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/ Gynäkologie und Geburtshilfe							
14.2.1	Durchführung Toxoplasmosesuchtest	81315	-	12,00 €* -	-	-	-	-
14.2.2	Durchführung Streptokokken B-Test	81316	-	10,00 €* -	-	-	-	-
15.	COPD							
15.1	Modul 1 - Screening				IKK classic		HEK	
15.1.1	Ohne gesicherte Erkrankung	99801	-	-	10,00 €	-	10,00 €	-
15.1.2	Mit gesicherter Erkrankung	99802	-	-	17,50 €	-	17,50 €	-
15.2	Modul 2 - Weiterbetreuung							
15.2.1	Hausärztliche Weiterbetreuung	99803	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.2.2	Erhöhtes Exazerbationsrisiko und Förderung der Adhärenz	99804H (Hausarzt)	-	-	5,00 €	-	5,00 €	-
		99804F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
15.2.3	Akute Exazerbation/ Exazerbation nach stationärem Aufenthalt							
15.2.3.1	Versorgungsinhalt 1	99805H (Hausarzt)	-	-	10,00 €	-	10,00 €	-
		99805F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.2.3.2	Versorgungsinhalt 2	99806F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
15.2.4	LOT	99807H (Hausarzt)	-	-	5,00 €	-	5,00 €	-
		99807F (Facharzt)	-	-	30,00 €	-	30,00 €	-
16.	Hypertonie			BKK VAG**	BIG direkt gesund (DAK G- Vertrag)		DAK- Gesundheit KKH TK	
16.1	Modul 1 - PAVK bei Hypertonie							
16.1.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99310	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.1.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungsbefund	99311	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	99312	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
16.2	Modul 2 - Chronische Nieren-krankheit bei Hypertonie							
16.2.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungs-befund	99320	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungs-befund	99321	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	99322	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
16.2.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	99323	-	2,00 € je Modul 2	2,00 € je Modul 2	-	2,00 € je Modul 2	-
17.	OrthoHero			BKK VAG***				
17.1	Aufklärung des Patienten, Einschreibung und Erstellung	99370	-	45,00 €	-	-	-	-
17.2	Zwischenuntersuchung	99371	-	25,00 €	-	-	-	-
17.3	Abschlussuntersuchung bei Therapieabschluss	99372	-	25,00 €	-	-	-	-
17.4	Zwischenuntersuchung bei Therapieverlängerung	99373	-	25,00 €	-	-	-	-
17.5	Patienteninitiiertes, bedarfsweises Monitoring	99374	-	15,00 €	-	-	-	-
17.6	Abschlussuntersuchung nach Therapieverlängerung	99375	-	25,00 €	-	-	-	-

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
18.	OrthoKids							
18.1	Projektpauschale OrthoKids	99340	10,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €	10,50 €
18.2	Orthopädische Vorsorgeuntersuchung (O1a)	99341	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €
18.3	Orthopädische Kontrolluntersuchung (O1b)	99342	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €	42,50 €
19.	Diabetes-Vertrag		DAK-Gesundheit KKH TK HEK			BKK VAG****		
19.1	Modul 1 – Diabetische Neuropathie							
19.1.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910			20,00 €			20,00 €
19.1.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98911			20,00 €			20,00 €
19.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	98912			20,00 €			20,00 €
19.1.4	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913			17,00 €			17,00 €
19.2	Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)							
19.2.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920			20,00 €			20,00 €
19.2.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98921			20,00 €			20,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
19.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98922	20,00 €	20,00 €
19.3	Modul 3 – Angiopathie			
19.3.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €
19.3.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
19.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €
19.4	Modul 4 – Diabetesleber			
19.4.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
19.4.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €
19.4.3	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €
19.5	Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung			
19.5.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
19.5.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
19.5.3	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
19.5.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5

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

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

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

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
20.17	LINDA	99232	25,00 €
20.18	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
20.19	HBSP	99234	12,50 €
20.20	IPM	99235	25,00 €
20.21	Nachschulungen	99227N bis 99235N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
20.22	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
20.23	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €
20.24	Schulungsmaterial (HBSP)	99238	9,00 €
20.25	Schulungsmaterial (IPM)	99239	2,00 €
20.26	Schulungsmaterial (LINDA)	99240	9,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
20.27	<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"> • intensive ärztliche Beratung • Einweisung in die Pumpentechnik außerhalb einer programmierten Schulung • ggf. inkl. Einzelberatung Diabetesberaterin • einmalig 	99247	100,00 €
20.28	<p>HyPOS</p> <ul style="list-style-type: none"> • für insulinpflichtige Diabetiker mit einem erhöhten Hypoglykämierisiko und besonderen Schwierigkeiten im Umgang mit Unterzucker • nur für Typ 1-Diabetiker 	99249	25,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
20.29	Schulungsmaterial HyPOS (je Schulungsteilnehmer)	99250	
	Ab Erscheinen des Patienten- handbuchs		16,50 €
	Bis Erscheinen des Patienten- handbuchs		7,00 €
20.30	DiSko • neben allen vorhandenen Schulungsprogrammen zusätzlich durchführbare Unterrichtseinheit mit 30 Min. Bewegungs- programm, Puls- und Blutzuckermessung	99251	20,00 €
20.31	Schulungsmaterial DiSko (je Schulungsteilnehmer)	99252	2,00 €
21.	KHK-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten¹⁹		Postbeamtenkrankenkasse
21.1	Betreuungspauschale • Betreuung u. Beratung eines Patienten mit KHK • Motivation des Patienten • Erhebung der relevanten medizinischen Parameter u. Besprechung mit dem Patienten • Festlegung u. ggf. Anpassung des Therapieverlaufs	99965	14,00 €

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.2	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung eines Patienten, der in mehreren "DMPs" betreut wird • Motivation des Patienten 	99966	8,00 €
21.3	Pauschale für Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt • 1x im Behandlungsfall 	99967	32,00 €
21.4	Pauschale für die Mitbehandlung bei nicht-invasiven kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt • 1x im Behandlungsfall 	99968	32,00 €
21.5	Schulung - SPOG <ul style="list-style-type: none"> • pauschal • inkl. Schulungsmaterial • max. 4 Personen 	99970	150,00 €
21.6	Schulung - IPM <ul style="list-style-type: none"> • je Unterrichtseinheit (Modul) und Patient • 5 Module • 6 - 12 Personen 	99971	25,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.7	Schulungsmaterial - IPM	99975	2,00 €