

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 1. Quartal 2026 (gültig ab 01.01.2026)

- für alle GKV Kassen

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
1.	Substitution				
1.1	Substitutionsbehandlung der Drogenabhängigkeit	Abschnitt I.8 EBM	1,6970	14,4374	-
1.2	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. Suffices	-	12,7404	-
2.2	Koloskopie	13421 bis 13424 (inkl. Suffices), 04514, 04515, 04518, 04520	-	12,7404	-
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 2026/ 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	-	12,7404	-
2.9	§ 115b-Begleitleistungen (Kennzeichnung mit der GOP 88115 und OPS-Code)	Leistungen, die i. Z. mit amb. OP nach § 115b abgerechnet werden	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.10	Kostenpauschale i. Z. mit der Durchführung der Leistung nach GOP 34291	40306	-	-	2,50 €
2.11	Kostenpauschale i. Z. mit der Durchführung der Leistung nach GOP 31319	40685	-	-	lt. EBM
2.12	Externe elektrische Kardioversion	04421, 13552	-	12,7404	-
2.12.1	i.Z.m. GOP 04421 bzw. 13552 erbrachte Analgesie/Sedierung	05310E, 05341E	-	12,7404	-
2.12.2	i.Z.m. GOP 04421 bzw. 13552 erbrachter Doppler-Echokardiographie	33022E, 33023E	-	12,7404	-
2.13	Zuschläge für die operative Versorgung von Frakturen				
2.13.1		85501	-	-	26,97 €
2.13.2		85502	-	-	43,97 €
2.13.3		85503	-	-	65,41 €
2.13.4		85504	-	-	86,78 €
2.13.5		85505	-	-	130,85 €
2.13.6		85514	-	-	102,30 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
2.13.7		85520	-	-	1,41 €
2.13.8		85521	-	-	2,78 €
2.13.9		85522	-	-	6,94 €
3.	Mammographie-Screening				
3.1	Mammographie-Screening ohne Vakuumanstanzbiopsie	01750 bis 01758	-	12,7404	-
		40850 40852	-	-	5,85 € 0,51 €
3.2	Vakuumanstanzbiopsie i. R. Mammographiescreening	01759	1,2378	13,9782	-
		40854 40855	-	-	320,00 € 100,00 €
4.	Mukoviszidose Screening	01709, 01724, 01725, 01726, 01727	-	12,7404	-
5.	Belegärztliche Leistungen				
5.1	Leistungen des Kapitels 36 EBM	Kapitel 36 EBM inkl. Suffices	1,5250	14,2654	-
5.2	Leistungen außerhalb des Kapitels 36 EBM	13311, 17370 und 08410 bis 08416 (GOP 08411 bis 08416 auch ambulant)	1,5250	14,2654	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
6.	Prävention gesamt				
6.1	Prävention gesamt inkl. Gestationsdiabetes ohne Mammographie- Screening	01702 bis 01816, 01865, 01866, 01867, 01869 (exkl. 01750 bis 01759) (inkl. 01728, 01789/V, 01790/V, 01870)	-	12,7404	-
6.2	Kostenpauschale als Zuschlag zur GOP 40110 für den Versand an das Screening-Labor i. R. des Neugeborenen-Screening	40102	-	-	lt. EBM
7.	Vakuumstanzbiopsien, kurativ	34274	-	12,7404	-
		40454	-	-	320,00 €
		40455	-	-	100,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
8.	Künstliche Befruchtung	Abschnitt 8.5 (ohne GOP 08520 und 08521) Abschnitt 8.6 inkl. 08619V, 08621V, 08622V, 08623V und 08635S 01510X, 01511X, 01512X, 02100X, 02341X, 05310X, 05330X, 05340X, 05341X, 05350X, 08510X, 08530X, 08531X, 08535X, 08536X, 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	-	12,7404	-
		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	-	12,7404	-
		32575K, 32614K, 32618K, 32660K, 32781K	-	-	lt. EBM
		40700 40701	-	-	68,00 € 10,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
9.	Materialkosten auf Behandlungsschein	99205 sowie diverse GOPs der Produktgruppen unter www.kvbawue.de → <i>Praxis</i> → <i>Abrechnung & Honorar</i> → <i>Abrechnung: wie, was, wann, wohin?</i> → <i>Merkblätter</i> → <i>Produktgruppenliste zur Sachkostenabrechnung</i>	-	-	-
10.	Spezialisierte ambulante Palliativversorgung	01425, 01426	-	12,7404	-
11.	Ärztliche Betreuung bei LDL Apherese bei isolierter Lp(a)-Erhöhung	13620 bis 13622	-	12,7404	-
12.	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 €
13.	Leistungen im Rahmen der Versorgung von HIV-Infizierten	30920, 30922, 30924	-	12,7404	-
14.	Zuschlag zur HNO-Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr	99621 incl. Suffixe (Zusetzung durch KVBW)	-	1,0000	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
15.	Wegepauschalen				
15.1	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im ÄBD 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 und bei Überschreitung von 50 km ein viertes Mal angesetzt werden.	40190	-	-	16,31 €
15.2	Wegepauschale für Besuche in einem Bereich jenseits des Radius von 10 km als erster Besuch nach amb. Durchführung von operativen Leistungen oder im ÄBD 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 und bei Überschreitung von 50 km ein viertes Mal angesetzt werden.	40192	-	-	22,41 €
15.3	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40220	-	-	4,74 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
15.4	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	-	-	9,51 €
15.5	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Tage zwischen 7.00 und 19.00 Uhr	40224	-	-	13,58 €
15.6	Pauschale für Besuche im Kernbereich bis zu 2 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40226	-	-	9,51 €
15.7	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	-	-	14,94 €
15.8	Pauschale für Besuche im Fernbereich bei mehr als 5 km Radius bei Nacht zwischen 19.00 und 7.00 Uhr	40230	-	-	20,37 €
16.	Neuropsychologische Therapie	30930, 30931, 30932, 30933, 30934, 30935 inkl. Höchstwerte 30936 und 30937 sowie Suffices	-	12,7404	-
17.	HIV-Resistenzprüfung – Genotypische Untersuchung auf pharmakologisch relevante genetische Eigenschaften des HI-Virus	32821	-	-	260,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
18.	Antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Richtlinien-psychotherapie des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen	Abschnitt 35.2 EBM	-	12,7404	-
19.	Nicht antragspflichtige Leistungen Psychotherapie				
19.1	Probatorische Sitzungen der in § 87b Abs. 2 Satz 3 SGB V genannten Arztgruppen	35150	-	12,7404	-
19.2	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151	-	12,7404	-
19.3	Psychotherapeutische Akuttherapie inkl. Suffices	35152	-	12,7404	-
19.4	Zuschlag zu den GOP 35151, 35152, 37500 und 37600 gem. Nr. 2 der Präambel zu Abschnitt 35.2 (<i>wird von der KV automatisch zugesetzt</i>)	35573	-	12,7404	-
19.5	Förderung der Gruppentherapie				
19.5.1	Komplex der probatorischen Sitzungen im Gruppensetting der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen	35163 bis 35169 inkl Suffices	-	12,7404	-
19.5.2	Komplex für die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung (Gruppenbehandlung)	35173 bis 35179 inkl. Suffices	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
20.	Onkologie				
20.1	Behandlung florider Hämoblastosen	86510	-	-	49,69 €
20.2	Behandlung solider Tumore	86512	-	-	33,38 €
20.3	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie	86514	-	-	30,05 €
20.4	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Intravasale zytostatische Tumortherapie	86516	-	-	224,59 €
20.5	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Palliativversorgung gem. Onkologie- Vereinbarung	86518	-	-	224,59 €
20.6	Zuschlag zu den GOP 86510 und 86512 Orale zytostatische Tumortherapie	86520	-	-	112,31 €
20.7	Onkologische Basisversorgung	99150	-	-	6,63 €
21.	Sozialpädiatrie/ -psychiatrie				
21.1	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	-	-	218,96 €/ ab 351. Behand- lungsfall 164,22 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
21.2	Zuschlag zur GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrische Versorgung	04356	-	12,7404	-
22.	Sachkosten Intraokularlinsen				
22.1	Nicht faltbare Linsen	99000	-	-	100,00 €
22.2	Faltbare Linsen	99001	-	-	137,00 €
23.	Einmalset bei perkutaner Nukleotomie	99005	-	-	894,80 €
24.	Viskoelastika bei amb. Katarakt- operationen				
24.1	Methylzellulose-Präparate	99330	-	-	14,00 €
24.2	Hochvisköse Viskoelastika	99331	-	-	70,00 €
24.3	Extrem visköse Viskoelastika	99332	-	-	80,00 €
24.4	Standard-Hyaluronsäure-Präparate	99333	-	-	48,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
25.	Herzschrittmacher				
25.1	Implantation/Reimplantation Einkammersystem	99655	-	-	3.000,00 €
25.2	Implantation/Reimplantation Zweikammersystem	99656	-	-	3.800,00 €
25.3	Aggregatswechsel Einkammersystem	99657	-	-	2.100,00 €
25.4	Aggregatswechsel Zweikammersystem	99658	-	-	2.900,00 €
26.	Nephrologische Leistungen	04000 bis 04005 04040, 04230, 04231 (Voraussetzung: Im Behandlungsfall neben Leistungen aus Abschnitt 4.5.4 EBM) Abschnitt 4.5.4 EBM Abschnitt 13.3.6 EBM (exkl. GOP 13594, 13596 (s. PFG), 13597 (s. Medikationsplan), 13598 (s. TSS), 13620 bis 13622 (s. LDL-Apherese) und 13595)	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
27.	Hausärztlich-geriatrischer Betreuungskomplex für Hausärzte in Baden-Württemberg Zuschlag zur GOP 03362 EBM	99985*** (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
28.	Förderung der onkologischen und/oder immunologischen Betreuung* Zuschlag zu den GOP 01510, 01511 oder 01512 EBM	99983* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	20,00 €
29.	Subkutane Immuntherapie (SCIT)				
29.1	Zuschlag zur GOP 30130 EBM für die ärztliche Betreuung	99995* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	3,00 €
29.2	Zuschlag zur GOP 30131 EBM	99991* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	2,50 €

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

*** Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Regelung im HVM)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
30.	<p>Besuch in beschützenden Wohnheimen bzw. Einrichtungen bzw. Pflege- oder Altenheimen mit Pflegepersonal**</p> <p><u>Hausärzte:</u> Zuschlag bei Besuch mit Pflegepersonal nach den GOP 01410P bzw. 01410H und/oder 01413P</p> <p><u>Kinder- bzw. Fachärzte:</u> Zuschlag bei Besuch mit Pflegepersonal nach den GOP 01410U bzw. 01410R und/oder 01413U</p>	<p>99980 (Zusetzung durch KVBW)</p> <p>Die Kennzeichnung mit P, R, U bzw. H muss aktiv durch den Arzt erfolgen.</p>	-	-	14,80 €
31.	<p>Erweiterte Basis-Ultraschalluntersuchungen</p> <p>Zuschlag zur GOP 01770 für die US-Untersuchung mit Biometrie und systematischer Untersuchung</p>	01771	-	12,7404	-
32.	Osteodensitometrie	34601	-	12,7404	-
33.	Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder	99620	-	-	8,50 €
34.	Intravitreale Medikamenteneingabe (IVOM)				
34.1	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am rechten Auge	06334/B	-	12,7404	-

** Bei gleichzeitiger Abrechnung von Pflegeheimbesuchen nach Abschnitt 37.2 EBM entfällt der Zuschlag nach der GOP 99980

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
34.2	Beratung und Betreuung eines Patienten nach IVOM am linken Auge	06335/B	-	12,7404	-
35.	Zuschlag zur PFG für Fachärzte (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	-	12,7404	-
36.	HLA-Antikörperdiagnostik	32915 bis 32918 32939 bis 32943 32948 bis 32949 inkl. Höchstwert 32950	-	-	lt. EBM
37.	Psychiatrisches Gespräch* Zuschlag zu den GOP 14220, 14221, 14222, 21220 und 21221 EBM inkl. Suffices	99996* (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,40 €
38.	Radionuklide Kostenpauschale i. Z. mit der Erbringung der Leistungen nach GOP 34700 - 34707 bei Verwendung von ¹⁸ F-Fluor-desoxyglukose	40584	-	-	255,00 €
39.	PET, PET/CT				
	Diagnostische Positronenemissionstomo-graphie (PET), diagnostische	34700 bis 34707	-	12,7404	-
	Positronenemissionstomographie mit Computertomographie (PET/CT)	40584	-	-	255,00 €
		40585	-	-	1.100,00 €

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
40.	Humangenetik				
40.1	Companion Diagnostic	Abschnitt 19.4.4 EBM inkl. der neuen GOP 19466 und 19467	-	12,7404	-
40.2	Erweitertes Transplantations-Cross-Match	32911	-	-	78,30 €
40.3	Genotypisierung zur Bestimmung des UDP Glucuronosyltransferase 1A1 (UGT1A1) Metabolisierungsstatus	32868	-	-	50,00 €
40.4	Genotypisierung zur Bestimmung des Dihydropyrimidin-Dehydrogenase (DPD)- Metabolisierungsstatus	32867	-	-	110,40 €
40.5	Genotypisierung zur Bestimmung des CYP2C19- Metabolisierungsstatus	32869	-	-	82,00 €
41.	Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung	Abschnitt 30.13 EBM	-	12,7404	-
42.	Kooperations- und Koordinations- leistungen in Pflegeheimen (Anlage 27 zum BMV-Ä)	37100 bis 37120	-	12,7404	-
43.	Delegationsfähige Leistungen	Abschnitt 38.3 EBM	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
44.	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	-	12,7404	-
45.	eArztbrief				
45.1	Versenden eines elektronischen Briefes je Empfänger-Praxis	86900	-	-	0,28 €
45.2	Empfangen eines elektronischen Briefes	86901	-	-	0,27 €
46.	Behandlung des diabetischen Fußes Zuschlag zur GOP 02311 EBM	99984	-	-	5,26 €
	Radiologie bei onkologischen Patienten*				
47.	Zuschlag zu den GOP der Abschnitte 34.2, 34.3.1 bis 34.3.6 und 34.4 EBM	99565* bis 99596* 99160* bis 99182* 99183* bis 99198* 99260* bis 99282* (jeweils Zusetzung durch KVBW)	1,5	-	-
48.	Telekonsile				
48.1	Einholung eines Telekonsils	01670	-	12,7404	-

* Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
48.2	Telekonsiliarische Beurteilung, bis zu 10 Minuten	01671	-	12,7404	-
	Zuschlag zur GOP 01671, je weitere vollendete 5 Minuten	01672	-	12,7404	-
49.	Betreuung eines Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01450	-	12,7404	-
50.	Vorsorgepauschale Kinderneurologie	04563	-	12,7404	-
51.	Epilation mittels Lasertechnik	02325 bis 02328	-	12,7404	-
52.	Palliativmedizinische Versorgung gem. Anlage 30 zum BMV-Ä	Abschnitt 37.3	-	12,7404	-
53.	Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysma				
53.1	Beratung	01747	-	12,7404	-
53.2	Ultraschall	01748	-	12,7404	-
54.	Pricktest Zuschlag zur GOP 30111	99992 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	8,00 €
55.	Notfalldatenmanagement	01640, 01640A, 01640B, 01642, 01643	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
56.	Botulinumtoxin-Therapie	08311T, 08312, 08313, 26317 26310T, 26311T, 26316: s. auch § 115b	-	12,7404	-
		40161	-	-	45,00 €
57.	Vergütung von Leistungen der Nicht- ärztlichen Praxisassistenten* Strukturelle Förderung als Zuschlag zur GOP 03060	99981*** (Zusetzung durch KVBW)	-	-	4,00 €
58.	Verordnung von Rehabilitation				
58.1	Zuschlag geriatrische Rehabilitation	01613	-	12,7404	-
59.	Schlafstörungsdiagnostik				
59.1	Kardiorespiratorische Polygraphie bei Patienten mit Unterkiefer-protrusionsschiene	30900U 30901U	-	12,7404	-
59.2	Einleitung einer Zweitlinientherapie mittels Unterkieferprotrusionsschiene	30902	-	12,7404	-
59.3	Zusatzpauschale für die Koordination mit dem Vertragszahnarzt	30905	-	12,7404	-

*** Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Regelung im HVM)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
60.	Messung der myokardialen fraktionellen Flussreserve bei KHK	34298	-	12,7404	-
		40301	-	-	lt. EBM
61.	Ärztliche Zweitmeinung				
61.1	Indikationsstellung	01645J/K/L/M	-	12,7404	-
61.2	Ärztliche Leistungen des Zweitmeiners (Kennzeichnung mit der GOP 88200J/K/L/M)	Leistungen gem. Allgemeine Bestimmungen Abschnitt 4.3.9 EBM, sofern sie nicht bereits in einem anderen Vertrag enthalten sind	-	12,7404	-
62.	Mitbetreuung eines Patienten bei Versorgungsplanung für die letzte Lebensphase	Abschnitt 37.4 EBM	-	12,7404	-
63.	Extrakorporale Stoßwellentherapie bei Fasciitis plantaris	30440	-	12,7404	-
64.	Hornhauttomographie	06362	-	12,7404	-
65.	Kostenpauschale für Riboflavin i. Z. mit der Erbringung einer Leistung nach GOP 31364	40681	-	-	117,81 €
66.	Ambulante Betreuung und Nachsorge				
66.1	Beobachtung und Betreuung eines Patienten	01500 bis 01503, 01521, 01522	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
66.2	Koronarangiographie	34291, 34292	-	12,7404	-
66.3	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unter Behandlung mit Arzneimitteln, einschließlich Infusionen	01540, 01541, 01542	-	12,7404	-
66.4	Zusatzpauschale für die Beobachtung und Betreuung eines Kranken unmittelbar nach der Gabe eines Arzneimittels	01543, 01544, 01545, 01546, 01549	-	12,7404	-
67.	HIV-Präexpositionsprophylaxe (PrEP)	Abschnitt 1.7.8 EBM	-	12,7404	-
68.	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	-	12,7404	-
69.	Zuschlag zu der VP nach GOP 03000 bzw. 04000 für den Hausarztvermittlungsfall	03008/V 04008/V	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
70.	Alle Leistungen mit Ausnahme des Kapitels 32 EBM einer TSVG-Konstellation (TSS-Terminfall, TSS-Akutfall, Hausarztvermittlungsfall und offene Sprechstunde) <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	-	12,7404	-
71.	Nukleinsäurennachweis von HIV-RNA	32850	-	-	EBM
72.	Beratung Organ- und Gewebespende	01480	-	12,7404	-
73.	Optische Kohärenztomographie	06336, 06337, 06338, 06339	-	12,7404	-
74.	Videofallkonferenz				
74.	Zuschlag zu den Versicherten-/Grund-/Konsiliarpauschalen für die Authentifizierung eines unbekanntem Patienten im Rahmen einer Videosprechstunde	01444	-	12,7404	-
74.2	Videofallkonferenz mit den an der Versorgung des Patienten beteiligten Pflegefachkräften bzw. Pflegekräften - Demenz	01443	-	12,7404	-
75.	Kostenpauschale bei Durchführung der Liposuktion entsprechend den GOP 31096 und 31097 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Absaugkanüle(n)	40165	-	-	72,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
76.	Nachweis oder Ausschluss von Mutationen in den Genen BRCA1 und BRCA2 in der Keimbahn gem. Fachinformation	11601	-	12,7404	-
77.	Biomarkerbasierte Tests beim primären Mammakarzinom	08347, 13507, 19503 bis 19506	-	12,7404	-
78.	Chronikerpauschale				
78.1	Zuschlag zur GOP 03220	99957*** (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,50 €
78.2	Zuschlag zur GOP 04220	99958*** (Zusetzung durch KVBW)	-	-	1,50 €
79.	Früherkennungsuntersuchung bei Kindern (U3) Zuschlag zur GOP 01713	99959*** (Zusetzung durch KVBW)	-	-	49,82 €
80.	Konfirmationsdiagnostik Zuschlag zur GOP 20327	99910 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	6,00 €
81.	Geburtshilfe (Zuschlag zur GOP 08411)	99956 (Zusetzung durch KVBW)	-	-	114,00 €
82.	Erprobungsverfahren gem. § 137e SGB V	Kapitel 61 EBM	-	12,7404	EBM

*** Besonders förderungswürdige Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (Regelung im HVM)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
83.	Kostenpauschale zur FeNo-Messung	40167	-	-	EBM
84.	Vakuumversiegelungstherapie (Zuschlagsleistungen außerhalb Kapitel 31 und 36)				
84.1	Sekundärer Wundverschluss	02314	-	12,7404	-
84.2	Kostenpauschalen	40900 bis 40903	-	-	EBM
85.	TTF				
85.1	Indikationsstellung	30310	-	12,7404	-
85.2	Zusatzpauschale Behandlung	30311	-	12,7404	-
85.3	Zusatzpauschale Ausrichtung	30312	-	12,7404	-
86.	Kostenpauschale für Versand einer AU bei Patientenkontakt i.R. einer Videosprechstunde	40128	-	-	0,96 €
87.	Kostenpauschale für Versand einer Bescheinigung gem. Muster 21 bei Patientenkontakt i.R. einer Videosprechstunde	40129	-	-	0,96 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
88.	Leistungen im Zusammenhang mit der elektronischen Patientenakte				
88.1	Zusatzpauschale zu den GOP 01430, 01435 und 01820	01431	-	12,7404	-
88.2	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	-	12,7404	-
88.3	Erstbefüllung einer elektronischen Patientenakte	01648	-	12,7404	-
89.	Leistungen im Zusammenhang mit DiGA				
89.1	Zusatzpauschale für die Verkaufskontrolle u. die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) somnio	01471	-	12,7404	-
	Im Rahmen der Videosprechstunde	01471 + Suffix	-	12,7404	-
	für Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Schmerztherapie	30780 30780V	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
89.2	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Vivira gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01472	-	12,7404	-
	für Ärztinnen und Ärzte mit Genehmigung zur Schmerztherapie	30781	-	12,7404	-
89.3	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) zanadio gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01473	-	12,7404	-
89.4	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Invirto gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01474	-	12,7404	-
89.5	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Oviva Direkt für Adipositas gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	01475	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
89.6	Zusatzpauschale für die Auswahl und/oder Individualisierung von Inhalten der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Mawendo gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	01476	-	12,7404	-
89.7	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) companion patella gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01477	-	12,7404	-
89.8	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) Kranus Lutera gem. dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gem. § 139e SGB V	01478	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
89.9	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) elona therapy Depression gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	01479	-	12,7404	-
	i. R. der Videosprechstunde	01479V	-	12,7404	-
89.10	Zusatzpauschale für die Verlaufskontrolle und die Auswertung der digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) ProHerz gemäß dem Verzeichnis für digitale Gesundheitsanwendungen gemäß § 139e SGB V	01481	-	12,7404	-
89.11	Pauschale für Leistungen im Zusammenhang mit der Anwendung einer digitalen Gesundheitsanwendung (DiGA) gem. Anhang I Absatz 1 Anlage 34 BMV-Ä	86700	-	-	7,93 €
90.	Infusionstherapie mit Sebelipase alfa	02102	-	12,7404	-
91.	LDR-Brachytherapie	25335 25336	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
92.	Telemonitoring bei Herzinsuffizienz	03325, 03326, 04325, 04326, 13578/I, 13579/I, 13583/I bis 13587/I	-	12,7404	-
		40910	-	-	EBM
	Kostenpauschale für einen erforderlichen Transmitter im Zusammenhang mit der Durchführung der Leistung(en) nach der/den Gebührenordnungsposition(en) 04414, 04416, 13574, 13576 oder 13584	40909	-	-	EBM
93.	Psychiatrische und psychotherapeutische Komplexversorgung für Erwachsene				
93.1	für Erwachsene	Abschnitt 37.5 EBM	-	12,7404	-
93.2	für Kinder/Jugendliche	Abschnitt 37.6 EBM inkl. Suffices	-	12,7404	-
94.	Psychotherapeutische Gespräche				
94.1	i. Z. m. Abschn. 37.5, auch als Videosprechstunde	22220M/Y und 23220M/Y	-	12,7404	-
94.2	i. Z. m. Abschn. 37.6, auch als Videosprechstunde	22220N/Z und 23220N/Z	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
95.	Außerklinische Intensivpflege gemäß AKI-RL				
95.1	Leistungen des Abschnitts 37.7 EBM	Abschnitt 37.7 EBM	-	12,7404	-
95.2	Bronchoskopie	09315A und 13662A/K	-	12,7404	-
95.3	Zuschlag zur GOP 01410/E und 01413/E EBM i. Z. m. einer Leistung des Abschnitts 37.7 EBM	99989	-	-	14,80 €
96.	Anwendung von Arzneimitteln für neuartige Therapien				
96.1	Infusionstherapie mit Valoctocogen Roxaparvovec oder mit Etranacogen dezaparvovec	Abschnitt 30.3.3. EBM	-	12,7404	-
96.2	Beurteilung der Leber zur Indikationsstellung einer Therapie mit Etranacogen dezaparvovec	33105	-	12,7404	-
97.	Kinder- und jugendpsychiatrische Leistungen (ab 01.04.2023)	Abschnitt 14.2 EBM sowie GOP 14220, 14222, 14240, 14313 und 14314 EBM	-	12,7404	-
98.	Krankenhausbegleitungs-Richtlinie (Mitaufnahme einer Begleitperson)	01615	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
99.	Leistungen, die gemäß Fachinformation des Arzneimittels zu seiner Anwendung zwingend erforderlich sind				
99.1	Genotypische CMV-Resistenztestung	32820	-	-	EBM
99.2	Zusatzpauschale für die Gabe von Tofersen (Qalsody)	02345	-	12,7404	-
100.	Kinder- und Jugendschutz (ab 1.1.24)				
100.1	Meldung von Anhaltspunkten einer möglichen Kindeswohlgefährdung	01681	-	12,7404	-
100.2	Fallbesprechung	01682/V	-	12,7404	-
101.	Erfassung, Speicherung und Übermittlung von Daten bezüglich einer implantatbezogenen Maßnahme an die Register- und Vertrauensstelle sowie die Erfüllung weiterer gesetzlicher Pflichten	01965, 01966	-	12,7404	-
	Meldegebühr	40162	-	-	EBM

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punkt- wert in Cent	Auszahlungs- punkt- wert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
102.	Definierte ambulant durchführbare Operationen, sonstige stationersetzende Eingriffe und stationersetzende Behandlungen				
102.1	bei Erbringung innerhalb des AOP-Vertrags	02344, 34290 33040C, 33042C, 33042D, 33043C, 33043D, 33043E, 33050C, 33091C, 33092C, 34430C, 34441C, 34442C i. Z. m. der Durchführung der Leistung nach 02344 als Leistungen gemäß des Vertrages nach § 115b SGB V	-	12,7404	-
102.2	bei Erbringung außerhalb des AOP-Vertrags				
102.2.1	Perkutane (Nadel-)Biopsie	02344A	-	12,7404	-
102.2.2	Angiokardiographie	34290A	-	12,7404	-
103.	Zuschläge für zusätzlichen Hygieneaufwand <i>Anmerkung: Die GOP 31020 bis 31082 (Abschnitt 31.2.19) sind subsumiert unter Pkt. 2.1</i>	01858, 01859, 01907	-	12,7404	-
104.	RSV-Prophylaxe	01941/A, 01942, 01943	-	12,7404	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP nach EBM 2026/ regionale GOP/ Leistungsdefinitionen	Zuschlags- punktwert in Cent	Auszahlungs- punktwert in Cent	Pauschale/ Förderbetrag
105.	Präanästhesiologische Untersuchung vor einer geplanten Leistung entsprechend der Anlage 1 der Hybrid-DRG-Verordnung nach § 115f SGB V bei nicht durchgeführter Leistung und sofern diese nicht im Anhang 2 zum EBM enthalten ist	05311	-	12,7404	-
106.	Laborgrundpauschalen für bestimmte Auftragsleistungen	01700/V, 01701/V	-	12,7404	-
107.	Leistungen gem. Long COVID-Richtlinie Abschnitt 37.8 EBM	37800, 37801, 37802, 37804/V, 37806	-	12,7404	-
108.	CT-Koronarangiographie Abschnitt 34.3.7 EBM	34370, 34371, 34371V	-	12,7404	-
109.	Fraktursonographie bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr	33053	-	12,7404	-
110.	Kostenpauschale für Teststoff Indozyaninrön i. R. der Fluoreszenzangiographie	40682	-	-	EBM

Für die Förderung einzelner Leistungen steht teilweise ein begrenztes Honorarvolumen zur Verfügung. Bei einer etwaigen Mengenentwicklung bedeutet dies, dass die Leistungen im 1. Quartal 2026 quotiert vergütet werden müssten.

Übersicht über die besonders förderungswürdigen Leistungen und die Einzelleistungen im 1. Quartal 2025 (gültig ab 01.01.2026)

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

¹ Vertrag gilt für Securita BKK, BKK Linde, Mercedes-Benz 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 € * ₁ / ₂	-	26,00 €	-	-
		99842	6,00 €* ₂ (i. V. m. 99841)	6,00 € ³ / ₂ 8,00 €* ₁ (i.V.m. 99841)	-	8,00 € (i. V. m. 99841)	-	-
	inkl. Auflichtmikroskopie	99843	-	-	-	-	33,00 €* ₂ (HEK, BARMER, TK)	-
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.	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €

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

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

*₁ Für Bosch BKK

*₂ Mit Teilnahmeerklärung Versicherte

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	10,80 €	10,80 € ⁴	10,80 €	10,80 €	10,80 €	10,80 €
4.1.3	Einfachimpfung gegen Hepatitis B und Influenza (Satzungsleistung)	89132 89133	10,80 €	10,80 € ⁵	10,80 € ⁶	10,80 €	10,80 €	10,80 €
4.1.4	Affenpocken	89135A/B	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.1.5	Zweifachimpfung	div.	9,80 €	9,80 € ⁴	9,80 €	9,80 €	9,80 €	9,80 €
4.1.6	Dreifachimpfung	div.	9,80 €	9,80 € ⁴	9,80 €	9,80 €	9,80 €	9,80 €
4.1.7	Vierfachimpfung	div.	9,80 €	12,00 € ⁴	9,80 €	9,80 €	10,00 €	15,00 €
4.1.8	Fünffachimpfung	div.	9,80 €	12,00 € ⁴	9,80 €	9,80 €	12,00 €	15,00 €
	Sechsfachimpfung	89600A	16,50 €	16,50 € ⁴	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
		89600B	16,50 €	16,50 € ⁴	16,50 €	16,50 €	16,50 €	16,50 €
4.1.9	Zuschlag auf die erste Dosis der Sechsfachimpfung eines Impfzyklus (wird von der KV automatisch zugesezt)	89600F	-	8,50 € ⁴	7,50 €	-	8,50 €	8,50 €
4.1.10	HPV, erste Dosen eines Impfstoffes	89110A	9,10 €	9,10 € ⁴	9,10 €	9,10 €	9,10 €	9,10 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

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

⁶ Gilt nicht für IKK gesundplus

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.11	HPV, letzte Dosis eines Impfstoffes	89110B	18,50 €	18,50 € ⁴	18,50 €	18,50 €	18,50 €	18,50 €
4.1.12	Einfachimpfung gegen Meningokokken B bei Kindern (Standardimpfung), 1. Dosis eines Impfzyklus	89116 A	15,00 €	10,40 € ⁴	10,80 €	15,00 €	10,80 €	10,80 €
4.1.12.1	Zuschlag auf die 1. Dosis eines Impfzyklus gegen Meningokokken B bei Kindern (wird von der KV automatisch zugesetzt)	89116F	-	4,60 € ⁴	3,70 €*	-	3,70 €*	3,70 €*
4.1.12.2	Einfachimpfung gegen Meningokokken B bei Kindern (Standardimpfung) ab dem 15.10.2024, 2. Dosis einer unvollständigen Impfserie	89116A	15,00 €	10,40 € ⁴	10,80 €*	15,00 €	10,80 €*	10,80 €*
4.1.12.3	Einfachimpfung gegen Meningokokken B bei Kindern (Standardimpfung) ab dem 15.10.2024, 3. bzw. letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation oder abgeschlossener Impfung	89116B	15,00 €	15,00 € ⁴	14,50 €*	15,00 €	14,50 €*	14,50 €*
4.1.13	Einfachimpfung gegen Meningokokken B (Indikationsimpfung)	89131 A/B/R	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.1.14	Herpes zoster (Standardimpfung), 1. Dosis	89128A	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €

* gültig ab 15.02.2025

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.1.15	Herpes zoster (Standardimpfung), letzte Dosis	89128B	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.1.16	Herpes zoster (Indikationsimpfung), 1. Dosis	89129A	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.1.17	Herpes zoster (Indikationsimpfung), letzte Dosis	89129B	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.1.18	COVID-19-Impfungen	diverse	13,40 €	13,40 € ⁴	13,40 €	13,40 €	13,40 €	13,40 €
		88346A/B/R/V /W/X	10,40 €	10,40 € ⁴	10,40 €	10,40 €	10,40 €	10,40 €
4.1.19	RSV-Impfung für Erwachsene ab dem Alter von 75 Jahren (Standardimpfung) ab dem 15.10.2024	89137	10,80 €	10,80 € ⁴	10,80 €*	10,80 €	10,80 €*	10,80 €*
4.1.20	RSV-Impfung für Erwachsene ab dem Alter von 60 Jahren (Indikationsimpfung) ab dem 15.10.2024	89138	10,80 €	10,80 € ⁴	10,48 €*	10,80 €	10,80 €*	10,80 €*
4.2	Berufliche bzw. Reiseindikation nach § 11 Abs. 3 SI-RL							
4.2.1	Hepatitis A	89105 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.2	Hepatitis B	89107 V/W/X	10,80 €	10,80 € ⁴	10,80 €	10,80 €	10,80 €	10,80 €
4.2.3	Influenza	89112Y	10,80 €	10,80 € ⁴	10,80 €	10,80 €	10,80 €	10,80 €
4.2.4	Masern	89113V/W	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.5	Tollwut	89132 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

* gültig ab 15.02.2025

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.2.6	Cholera	89130 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.7	FSME	89102 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.8	Gelbfieber	89131X/Y	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.9	Pneumokokken	89120V	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.10	Poliomyelitis	89122 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.11	Typhus							
4.2.11.1	Injektion	89133Y	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.11.2	Orale Impfung	89133V/W	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.12	Varizellen	89126V/W	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.13	Hepatitis A und B	89202 V/W/X	9,80 €	9,80 € ⁴	9,80 €	9,80 €	9,80 €	9,80 €
4.2.14	MMR (Masern, Mumps, Röteln)	89301V/W	9,80 €	9,80 € ⁴	9,80 €	9,80 €	9,80 €	9,80 €
4.2.15	Tdap (Diphtherie, Pertussis, Tetanus)	89303Y	9,80 €	9,80 € ⁴	9,80 €	9,80 €	9,80 €	9,80 €
4.2.16	Meningokokken	89115 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.17	MMRV (Masern, Mumps, Röteln, Varizellen)	89401V/W	9,80 €	12,00 € ⁴	9,80 €	9,80 €	10,00 €	15,00 €

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
4.2.18	Japanische Enzephalitis ab 15.08.2020	89134 V/W/X	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.19	Affenpocken	89135V/W	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
4.2.20	Dengue-Virus	89136V/W	8,60 €	8,60 € ⁴	8,60 €	8,60 €	8,60 €	8,60 €
5.	DMP	div.* ₄	-	-	-	-	-	-
6.	AD(H)S-Vertrag⁷							
6.1	ADHS-Zusatzpauschale Diagnostik							
6.1.1	Arzt/ PT	93031A	-	36,00 €	-	-	-	-
6.1.2	Nichtärztlicher/ nichtpsychotherapeutischer MA	93031B	-	18,00 €	-	-	-	-
6.2	ADHS-Zusatzpauschale Therapie							
6.2.1	Arzt/ PT	93032A	-	36,00 €	-	-	-	-
6.2.2	Nichtärztlicher/ nichtpsychotherapeutischer MA	93032B	-	18,00 €	-	-	-	-
6.3	Erstellung interdisziplinärer Behandlungsplan durch Koordinator	93033	-	50,00 €	-	-	-	-

⁴ Gilt nicht für BKK evm (vormals Kevag Koblenz)

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

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

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
6.4	Behandlungsbericht durch mitbehandelnden Arzt/ PT	93034	-	30,00 €	-	-	-	-
6.5	Überprüfung Therapieverlauf und Anpassung Behandlungsplan durch Koordinator	93035	-	30,00 €	-	-	-	-
6.6	Interdisziplinäre Fallkonferenz	93036	-	30,00 €	-	-	-	-
6.7	Besprechung eingeschriebener Patienten in einem Qualitätszirkel	93037	-	30,00 €	-	-	-	-
7.	Kinder- und Jugendvorsorgeuntersuchungen						TK	
7.1	U10	81102	-	-	-	-	58,00 € ¹⁰	57,00 €
7.2	U11	81120	-	-	-	-	58,00 € ¹⁰	57,00 €
7.3	J2	81121	-	-	-	-	58,00 € ¹⁰	57,00 €
8.	Venentherapie¹¹							
8.1	<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 Gilt nur für die AOK BW sowie für Versicherte der AOK Hessen.

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
8.2	<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 €	-	-	-	-	-
8.3	Regionalanästhesie durch den Operateur	99627	49,05 €	-	-	-	-	-
8.4	Anästhesie und/oder Narkose	99627A	215,95 €	-	-	-	-	-
8.5	Zuschlag	99628	44,46 €	-	-	-	-	-
8.6	Postoperative Überwachung	99629	124,47 €	-	-	-	-	-
8.7	Präanästhesiologische Untersuchung	99630	16,82 €	-	-	-	-	-
9.	Kinder kranker Eltern						TK	
9.1	Erstberatung Familie	99610	-	-	-	-	120,00 € ¹⁰ 2 x im Krankheitsfall	-
9.2	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
10.	Gesund schwanger			BKK⁹				
10.1	Risikoscreening mit ausführlicher Beratung	81300	-	60,00 €	-	-	-	-
10.2	Frühultraschall in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW	81301	-	50,00 €	-	-	-	-
10.3	Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW	81302	-	26,00 €	-	-	-	-
10.4	Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls	81303	-	15,00 €	-	-	-	-
11.	Hallo Baby							
11.1	Leistungen der Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe							
11.1.1	Einschreibung mittels Teilnahmeerklärung	81310	-	10,00 € ¹³	-	-	-	-
11.1.2	Technische/administrative Leistung Toxoplasmosesuchtest	81311	-	10,00 € ¹³	-	-	-	-

⁹ 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
11.1.3	Risikoaufklärung/ärztliches Gespräch Toxoplasmose-suchtest entweder persönlich oder im Rahmen einer Videosprechstunde gem. Anlage 31b BMV-Ä	81312	-	20,00 € ¹³	-	-	-	-
11.1.4	Infektionsscreening (13. - 20. SSW)	81313	-	20,00 € ¹³	-	-	-	-
11.1.5	Risikoaufklärung/Abstrich Streptokokken B (35. - 37. SSW)	81314	-	17,00 € ¹³	-	-	-	-
11.1.6	Ärztliches Beratungsgespräch zum Geburtsmodus (persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt)	81319	-	25,00 € ¹³	-	-	-	-
11.1.7	Ärztliches Beratungsgespräch zur Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung U0 beim Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin	81320	-	10,00 € ¹³	-	-	-	-
11.2	Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/ Gynäkologie und Geburtshilfe							
11.2.1	Durchführung Toxoplasmosesuchtest	81315	-	12,00 € ¹³	-	-	-	-
11.2.2	Durchführung Streptokokken B-Test	81316	-	10,00 € ¹³	-	-	-	-

¹³ 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
12.	COPD							
12.1	COPD-Vertrag der IKK classic und HEK							
12.1.1	Modul 1 - Screening				IKK classic		HEK	
12.1.1.1	Ohne gesicherte Erkrankung	99801	-	-	10,00 €	-	10,00 €	-
12.1.1.2	Mit gesicherter Erkrankung	99802	-	-	17,50 €	-	17,50 €	-
12.1.2	Modul 2 - Weiterbetreuung							
12.1.2.1	Hausärztliche Weiterbetreuung	99803	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
12.1.2.2	Erhöhtes Exazerbationsrisiko und Förderung der Adhärenz	99804H (Hausarzt)	-	-	5,00 €	-	5,00 €	-
		99804F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
12.1.2.3	Akute Exazerbation/ Exazerbation nach stationärem Aufenthalt							
12.1.2.3.1	Versorgungsinhalt 1	99805H (Hausarzt)	-	-	10,00 €	-	10,00 €	-
		99805F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
12.1.2.3.2	Versorgungsinhalt 2	99806F (Facharzt)	-	-	20,00 €	-	20,00 €	-
12.1.2.4	LOT	99807H (Hausarzt)	-	-	5,00 €	-	5,00 €	-
		99807F (Facharzt)	-	-	30,00 €	-	30,00 €	-

¹³ 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
12.2	COPD-Vertrag der DAK-Gesundheit						DAK-Gesundheit	
12.2.1	Screeningprogramm ohne Befund	98961	-	-	-	-	20,00 €	-
12.2.2	Screeningprogramm mit Befund	98962	-	-	-	-	20,00 €	-
12.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98963	-	-	-	-	20,00 €	-
13.	Hypertonie			BKK VAG¹⁴	BIG direkt gesund (DAK G- Vertrag)		DAK- Gesundheit KKH TK	
13.1	Modul 1 - PAVK bei Hypertonie							
13.1.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungsbefund	99310	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
13.1.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungs-befund	99311	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
13.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	99312	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
13.2	Modul 2 - Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie							
13.2.1	Versorgungsprogramm ohne auffälligen Untersuchungs-befund	99320	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
13.2.2	Versorgungsprogramm mit auffälligem Untersuchungs-befund	99321	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
13.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	99322	-	20,00 €	20,00 €	-	20,00 €	-
13.2.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	99323	-	2,00 € je Modul 2	2,00 € je Modul 2	-	2,00 € je Modul 2	-
14.	OrthoHero			BKK VAG¹⁵				
14.1	Aufklärung des Patienten, Einschreibung und Erstellung	99370	-	45,00 €	-	-	-	-
14.2	Zwischenuntersuchung	99371	-	25,00 €	-	-	-	-
14.3	Abschlussuntersuchung bei Therapieabschluss	99372	-	25,00 €	-	-	-	-
14.4	Zwischenuntersuchung bei Therapieverlängerung	99373	-	25,00 €	-	-	-	-
14.5	Patienteninitiiertes, bedarfsweises Monitoring	99374	-	15,00 €	-	-	-	-
14.6	Abschlussuntersuchung nach Therapieverlängerung	99375	-	25,00 €	-	-	-	-

¹⁴ 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
15.	CED						BARMER¹⁶	
15.1	Versorgungs- und Strukturpauschale CED	99090	-	-	-	-	15,00 €	-
15.2	Strukturierte Patientenbegleitung durch Fachassistenz-CED oder Versorgungsassistenz CED ¹⁸	99091/V ¹⁸	-	-	-	-	7,50 €	-
15.3	Ampelbonus ¹⁷	99092	-	-	-	-	5,00 €	-
15.4	CED-Beratung durch Versorgungsassistenz CED ¹⁸	99093/V ¹⁸	-	-	-	-	25,00 €	-
15.5	Einweisung CED-App	99094	-	-	-	-	2,50 €	-
16.	Mädchensprechstunde¹⁹							
16.1	Versicherteneinschreibung	81330		10,00 €				
16.2	Auswertung des Fragebogens und Durchführung des Beratungsgesprächs	81331		82,00 €				
16.3	Impfmotivation	81332		10,00 €				

¹⁵ Liste der teilnehmende Betriebskrankenkassen unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → OrthoHero

¹⁶ Vertrag gilt für Versicherte der BARMER mit mind. einer Diagnose K50.-, K51.-, K52.3.-, K52.3.-

¹⁷ Zusatz erfolgt durch KV BW

¹⁸ Zusatz V für Versorgungsassistenz CED

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	AOK	BKK	IKK	LKK	vdek	Knappschaft
17.	POC Testung²¹, inkl. Materialien	99107	-	10,50 €	-	-	-	-
18.	Diabetes-Vertrag		DAK-Gesundheit				BKK VAG²⁰	
18.1	Modul 1 – Diabetische Neuropathie							
18.1.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98910			20,00 €			20,00 €
18.1.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98911			20,00 €			20,00 €
18.1.3	Weiterbetreuungsprogramm	98912			20,00 €			20,00 €
18.1.4	Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung	98913			17,00 €			17,00 €

¹⁸ Zusatz V für Versorgungsassistenz CED

¹⁹ Gilt nur für teilnehmende Betriebskrankenkassen. Aktuelle Übersichten unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → Mädchensprechstunde

²⁰ Liste der teilnehmende Betriebskrankenkassen unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → Diabetes

²¹ Leistung genehmigungspflichtig; gilt für teilnehmende Betriebskrankenkassen. Aktuelle Übersichten unter www.kvbawue.de → Praxis → Verträge & Recht → Verträge von A - Z → POC

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
18.2	Modul 2 – Lower urinary tract symptoms (LUTS)			
18.2.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98920	20,00 €	20,00 €
18.2.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98921	20,00 €	20,00 €
18.2.3	Weiterbetreuungsprogramm	98922	20,00 €	20,00 €
18.3	Modul 3 – Angiopathie			
18.3.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98930	20,00 €	20,00 €
18.3.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98931	20,00 €	20,00 €
18.3.3	Weiterbetreuungsprogramm	98932	20,00 €	20,00 €
18.4	Modul 4 – Diabetesleber			
18.4.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98940	20,00 €	20,00 €
18.4.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98941	20,00 €	20,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP		
18.4.3	Weiterbetreuungsprogramm	98942	20,00 €	20,00 €
18.5	Modul 5 – Chronische Nierenerkrankung			
18.5.1	Versorgungsprogramm ohne Befund	98950	20,00 €	20,00 €
18.5.2	Versorgungsprogramm mit Befund	98951	20,00 €	20,00 €
18.5.3	Weiterbetreuungsprogramm	98952	20,00 €	20,00 €
18.5.4	Teststreifen Mikroalbuminurie	98953	2,00 € je Modul 5	2,00 € je Modul 5
19.	Diabetes-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten²¹		Postbeamtenkrankenkasse	
19.1	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 €

²² Siehe auch Übersicht [Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.2	<p>Betreuungspauschale diabetologisch qualifizierter Arzt (DM Typ 2)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung des Patienten • Motivation des Patienten • Führen Diabetes-/Patientenpass 	99215	10,00 €
19.3	<p>Einzelberatung Diabetesberaterin DDG</p> <ul style="list-style-type: none"> • 15 Min., bis zu 3x/Quartal 	99216A	15,00 €
19.4	<p>Einzelberatung Diabetesassistentin 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"> • 15 Min., bis zu 3x/Quartal 	99216B	7,50 €
19.5	<p>Einzelberatung Diabetesberaterin DDG</p> <ul style="list-style-type: none"> • mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 A 	99217A	45,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.6	<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"> • mind. 45 Min., 1x/Quartal, mit besonderer Begründung auf dem Überweisungsschein, nicht neben 99216 B 	99217B	22,50 €
19.7	<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 €
19.8	<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 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.9	Konventionelle Insulintherapie <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 €
19.10	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 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.11	Pauschale für Mitbehandlung durch sonstige in der RSAV genannte Fachärzte • Mitbehandlung i.S. von DMP	99226	5,00 €
19.12	Typ 2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen	99227	12,50 €
19.13	Typ 2-Diabetiker, die Insulin spritzen	99228	12,50 €
19.14	Intensivierte Insulintherapie	99229	12,50 €
19.15	Typ 2-Diabetiker, die Normalinsulin spritzen	99230	12,50 €
19.16	Medias 2	99231	12,50 €
19.17	LINDA	99232	25,00 €
19.18	Hypertonie (ZI)	99233	12,50 €
19.19	IPM	99235	25,00 €
19.20	Nachschulungen	99227N bis 99235N	Vergütung entsprechend Schulungsprogramm
19.21	Schulungsmaterial (ZI-Schulungen)	99236	9,00 €
19.22	Schulungsmaterial (Medias 2)	99237	11,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
19.23	Schulungsmaterial (IPM)	99239	2,00 €
19.24	Schulungsmaterial (LINDA)	99240	9,00 €
19.25	<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 €
19.26	<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	
19.27	Schulungsmaterial HyPOS (je Schulungsteilnehmer)	99250	
	Ab Erscheinen des Patienten- handbuchs		16,50 €
	Bis Erscheinen des Patienten- handbuchs		7,00 €
19.28	DiSko • neben allen vorhandenen Schulungsprogrammen zusätzlich durchführbare Unterrichtseinheit mit 30 Min. Bewegungs- programm, Puls- und Blutzuckermessung	99251	20,00 €
19.29	Schulungsmaterial DiSko (je Schulungsteilnehmer)	99252	2,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
20.	KHK-Schulungen für Nicht-DMP-Patienten²¹		Postbeamtenkrankenkasse
20.1	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> • 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 €
20.2	Betreuungspauschale <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung u. Beratung eines Patienten, der in mehreren "DMPs" betreut wird • Motivation des Patienten 	99966	8,00 €
20.3	Pauschale für Mitbehandlung bei invasiv-kardiologischen Maßnahmen <ul style="list-style-type: none"> • durch einen kardiologisch qualifizierten Arzt • 1x im Behandlungsfall 	99967	32,00 €

²² Siehe auch Übersicht [Patienten-Schulungen Postbeamtenkrankenkasse](#)

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
20.4	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 €
20.5	Schulung - SPOG <ul style="list-style-type: none"> • pauschal • inkl. Schulungsmaterial • max. 4 Personen 	99970	150,00 €
20.6	Schulung - IPM <ul style="list-style-type: none"> • je Unterrichtseinheit (Modul) und Patient • 5 Module • 6 - 12 Personen 	99971	25,00 €
20.7	Schulungsmaterial - IPM	99975	2,00 €
21.	tAMD		KKH
21.1	Modul 1 - AMD-Screening		
21.1.1	Fehlender Hinweis auf AMD	99080	15,00 €

Nr.	Vertrag (Schlagwort)	GOP	
21.1.2	Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie • Beidseitige Abbildungsdokumentation mittels OCT und Fundusbild (Farbfoto oder SLO)	99081	85,00 €
21.1.3	Bei Verdacht auf eine feuchte AMD	99082	20,00 €
21.2	Modul 2 - Weiterbetreuung		
21.2.1	1. Verlaufskontrolle im Jahr Bei Vorliegen von früher, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie	99085	20,00 €
21.2.2	2. Verlaufskontrolle im Jahr Bei Vorliegen von früher AMD, intermediärer AMD oder Spätform der trockenen AMD im Sinne von geographischer Atrophie	99086	85,00 €
21.2.3	Bei Verdacht auf eine feuchte AMD während der 1. oder 2. Verlaufskontrolle im Jahr	99087	15,00 €