

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
Zusatznummern zur Kassengebühr		
80030	Kassengebühr (Zusatz durch die KV!!)	
80031	Kennzeichnung eines Überweisungsscheines im Zusammenhang mit der Kassengebühr (Zusatz durch die KV!!)	
80032	Keine Erhebung der Kassengebühr, da die Befreiung von allen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist (Bescheinigung nach § 62 Abs. 1 SGB V oder vollständige Befreiung von allen Zuzahlungen nach § 65a Abs. 2 SGB V)	
80033	Keine Erhebung der Kassengebühr, da eine Quittung über die bereits gezahlte Kassengebühr aufgrund einer - Erstinanspruchnahme eines Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, - Erstinanspruchnahme eines Leistungserbringers im Rahmen der ambulanten Behandlung in einem Krankenhaus oder - Inanspruchnahme eines Vertreters nach § 18 Abs. 7 BMV-Ä bzw. § 21 Abs. 7 BMV-EKV vorgelegt und entwertet wurde	
80033N	Keine Erhebung der Kassengebühr, da Wiederholungskontakt im Notfalldienst. Eine Quittung (Muster 99a) über die bereits gezahlte Kassengebühr aufgrund einer Erstinanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Notfalldienst wurde vorgelegt und entwertet.	
80034	Keine erneute Erhebung der Kassengebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt bzw. Therapeuten.	
80040	Keine Erhebung der Kassengebühr, - da Kassenwechsel des Patienten im laufenden Quartal	
	- da Widerruf der Kostenerstattung gemäß § 13 SGBV durch den Patienten im laufenden Quartal (Nachweis der Krankenkasse hat vorgelegen)	
	- da Vertretung in der Schwangerenvorsorge	
	- da die Befreiung von der Kassengebühr, jedoch nicht von allen anderen Zuzahlungen nachgewiesen worden ist	
80044	Pat. hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung Kassengebühr nicht geleistet, gesetzte Frist ist abgelaufen	
80045	Pat. hat nach schriftlicher Zahlungsaufforderung Kassengebühr nicht geleistet, gesetzte Frist ist nicht abgelaufen	
80046	Portokosten für eine schriftliche Zahlungsaufforderung	
80047	Zahlungsaufforderung für Kassengebühr nicht zustellbar	
Impfvereinbarung		
89100A/B/R	Einfachimpfung: Diphtherie (Standartimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,75 €
89101A/B/R	Einfachimpfung: Diphtherie - sonstige Indikationen	6,75 €
89102A/B/R	Einfachimpfung: Frühsommermeningoenzephalitis (FSME)	6,75 €
89103A/B	Einfachimpfung: Haemophilus influenzae Typ b (Standartimpfung) - Säuglinge und Kleinkinder	6,75 €
89104A/B	Einfachimpfung: Haemophilus influenzae Typ b - sonstige Indikationen	6,75 €
89105A/B/R	Einfachimpfung: Hepatitis A	6,75 €
89106A/B	Einfachimpfung: Hepatitis B (Standartimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,75 €
89107A/B/R	Einfachimpfung: Hepatitis B - sonstige Indikationen	6,75 €
89108A/B/R	Einfachimpfung: Hepatitis B - Dialysepatienten	6,75 €
89110A/B	Einfachimpfung: Humane Papillomaviren (HPV) - Mädchen und weibl. Jugendliche 12-17 Jahre	6,75 €
89111	Einfachimpfung: Influenza (Standartimpfung) - Personen über 60 Jahre	6,75 €
89112	Einfachimpfung: Influenza - sonstige Indikationen	6,75 €
89113	Einfachimpfung: Masern (Erwachsene)	6,75 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
89114	Einfachimpfung: Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standartimpfung) - Kinder	6,75 €
89115A/B/R	Einfachimpfung: Meningokokken - sonstige Indikationen	6,75 €
89116A/B/R	Einfachimpfung: Pertussis (Standartimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,75 €
89117A/B	Einfachimpfung: Pertussis - sonstige Indikationen	6,75 €
89118A/B	Einfachimpfung: Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standartimpfung) - Kinder bis 24 Monate	6,75 €
89119	Einfachimpfung: Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standartimpfung) - Personen über 60 Jahre	6,75 €
89120	Einfachimpfung: Pneumokokken - Kinder ab dem voll. 2. Lebensjahr, Jugendliche und Erwachsene mit erhöhter gesundh. Gefährdung	6,75 €
89120R	Einfachimpfung: Pneumokokken - Bei weiterbestehender Indikation	6,75 €
89121A/B/R	Einfachimpfung: Poliomyelitis (Standartimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,75 €
89122A/B/R	Einfachimpfung: Poliomyelitis - sonstige Indikation	6,75 €
89123	Einfachimpfung: Röteln (Erwachsene)	6,75 €
89124A/B/R	Einfachimpfung: Tetanus	6,75 €
89125A/B	Einfachimpfung: Varizellen (Standartimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,75 €
89126A/B	Einfachimpfung: Varizellen - sonstige Indikationen	6,75 €
89200A/B	Zweifachimpfung: Diphtherie, Tetanus (Dt) (Kinder)	7,75 €
89201A/B/R	Zweifachimpfung: Diphtherie, Tetanus (Td) (Erwachsene)	7,75 €
89202A/B	Zweifachimpfung: Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) - nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A- und eine Hepatitis B-Impfung	7,75 €
89203A/B	Zweifachimpfung: Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B	7,75 €
89300A/B	Dreifachimpfung: Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DtaP)	7,75 €
89301A/B	Dreifachimpfung: Masern, Mumps, Röteln (MMR)	9,74 €
89301	Dreifachimpfung: Masern, Mumps, Röteln im Erwachsenenalter bei entsprechender bestehender Indikation	9,74 €
89302	Dreifachimpfung: Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	7,75 €
89303	Dreifachimpfung: Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	7,75 €
89400	Vierfachimpfung: Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	10,50 €
89401A/B	Vierfachimpfung: Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	12,18 €
89500A/B	Fünffachimpfung: Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib)	13,00 €
89600A/B	Sechsfachimpfung: Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HB)	15,58 €
Impfung nach Ergänzungsvereinbarung für HPV bei Techniker und BKK vor Ort		
89941	1. HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis zum vollendeten 26. Lebensjahr	21,00 €
89942	2. und 3. HPV-Impfung für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis zum vollendeten 26. Lebensjahr	6,30 €
Impfung nach Ergänzungsvereinbarung für Reiseimpfung bei Techniker, BKK vor Ort und Novitas BKK		
89950	Erste Reiseschutzimpfung: Hepatitis A	12,00 €
89951	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Hepatitis A	6,00 €
89952	Erste Reiseschutzimpfung: Hepatitis B	12,00 €
89953	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Hepatitis B	6,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
89954	Erste Reiseschutzimpfung: Hepatitis A und B (Kombi)	12,00 €
89955	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Hepatitis A und B (Kombi)	6,00 €
89956	Erste Reiseschutzimpfung: FSME	12,00 €
89957	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: FSME	6,00 €
89958	Erste Reiseschutzimpfung: Meningokokken	12,00 €
89959	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Meningokokken	6,00 €
89960	Erste Reiseschutzimpfung: Tollwut	12,00 €
89961	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Tollwut	6,00 €
89962	Erste Reiseschutzimpfung: Typhus und Hepatitis A (Kombi)	12,00 €
89963	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Typhus und Hepatitis A (Kombi)	6,00 €
89964	Erste Reiseschutzimpfung: Typhus	12,00 €
89965	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Typhus	6,00 €
89966	Erste Reiseschutzimpfung: Cholera	12,00 €
89967	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Cholera	6,00 €
89968	Erste Reiseschutzimpfung: Gelbfieber	12,00 €
89969	Als weitere Reiseschutzimpfung bei dem selben Arzt-/Pat.-Kontakt: Gelbfieber	6,00 €
Impfung nach Ergänzungsvereinbarung für Beratung der Malaria-Prophylaxe bei Techniker und BKK vor Ort		
89990	Beratung für die Malaria-Prophylaxe	6,00 €
Impfung nach Ergänzungsvereinbarung für Reiseimpfungen bei der Deutschen BKK		
89920	Cholera	12,00 €
89921	FSME	12,00 €
89922	Gelbfieber	12,00 €
89923	Hepatitis A	12,00 €
89924	Hepatitis B	12,00 €
89925	Meningokokken	12,00 €
89926	Tollwut	12,00 €
89927	Typhus	12,00 €
89928	Hepatitis A und B	21,00 €
89929	Hepatitis A und Typhus	21,00 €
89930	Rotavirus	7,00 €
Impfung nach Ergänzungsvereinbarung für HPV bei der Deutschen BKK		
89931	HPV 1. Impfung (vom 18. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr)	15,00 €
89932	HPV 2. und 3. Impfung (vom 18. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr)	7,00 €
AD(H)S-Vertrag AOK Rheinland/Hamburg		
93100	AD(H)S spezifisches "Diagnostik- und Explorationsmodul" / einmalig pro Patient - ärztliche/psychiatrische Leistung	100,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
93101	AD(H)S-Zusatzpauschale "Steuerungs- und Koordinierungsmodul" / einmal pro Quartal, pro Patient - ärztliche/psychiatrische Leistung	50,00 €
93102	AD(H)S-Zusatzpauschale "Schulungsmodul" (4x4 Stunden) / viermal pro Patient - ärztliche/psychiatrische Leistung	105,00 €
93103	AD(H)S-Zusatzpauschale "Schulungsmodul" (8x2 Stunden) / achtmal pro Patient - ärztliche/psychiatrische Leistung	52,50 €
93104	AD(H)S spezifisches psychotherapeutisches Explorationsmodul / einmalig pro Patient - psychotherapeutische Leistung	50,00 €
93105	AD(H)S-Zusatzpauschale "Steuerungs- und Koordinierungsmodul" / zweimal pro Jahr, pro Patient - psychotherapeutische Leistung	30,00 €
93106	AD(H)S-Zusatzpauschale "Schulungsmodul" / viermal pro Patient - psychotherapeutische Leistung	105,00 €
93107	AD(H)S-Zusatzpauschale "Schulungsmodul" / achtmal pro Patient - psychotherapeutische Leistung	52,50 €
93108	AD(H)S spezifische Samstagssprechstunde / einmal pro Monat - psychotherapeutische Leistung	200,00 €
Infektionsscreening BIG direkt gesund		
81103	Beratung und Infektionsscreening bei Schwangeren zwischen der 16. und 24. Schwangerschaftswoche	26,00 €
Hausarztzentrierte Versorgung AOK Rheinland/Hamburg		
93300	Betreuungspauschale (je Quartal)	5,00 €
93301	Zuschlag zur Betreuungspauschale für Patienten, die gleichzeitig an Disease-Management-Programmen teilnehmen (je Quartal)	5,00 €
93302	Zuschlag zur Betreuungspauschale für Patienten zu Beginn der Teilnahme an Disease-Management-Programmen (jeweils für das I. und II. Quartal)	10,00 €
93303	Einmalzahlung bei Erreichen einer DMP-Einschreibequote von 80% pro Jahr	500,00 €
93304	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I (GOP 01100 EBM)	10,00 €
93305	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II (GOP 01101 EBM)	15,00 €
93306	Dringlichkeitsbesuch (GOP 01411 EBM)	35,00 €
93307	Dringlichkeitsbesuch (GOP 01412 EBM)	35,00 €
93308	Dringlichkeitsbesuch Pflegeheim (GOP 01415 EBM)	35,00 €
93309	Überleitungsmanagement – persönlich (inkl. Dokumentation)	81,00 €
93310	Überleitungsmanagement – telefonisch (inkl. Dokumentation)	30,00 €
93311	Betreuung bei einfacher Behandlungspflege – Erstverordnung	75,00 €
93312	Betreuung bei einfacher Behandlungspflege – Folgequartal	35,00 €
93313	Hausärztlich geriatrisches Basisassessment (GOP 03240 EBM)	17,00 €
93314	Hausbesuche (GOP 01410 EBM) – bis einschließlich 10 km Entfernung bei Erreichen eines Schwellenwertes von insgesamt 15 Hausbesuchen im Quartal	15,00 €
93315	Hausbesuche (GOP 01410 EBM) – ab 10,1 km Entfernung bei Erreichen eines Schwellenwertes von insgesamt 15 Hausbesuchen im Quartal	17,50 €
93316	Mitbesuche (GOP 01413 EBM) – unabhängig von der Entfernung - bei Erreichen eines Schwellenwertes von insgesamt 15 Hausbesuchen im Quartal	7,50 €
93317	Fundierter Arzneimittelcheck	80,00 €
93318	Fachübergreifender und/oder sektorübergreifender fundierter Arzneimittelcheck (240 Minuten)	160,00 €

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
Hausarztzentrierte Versorgung BIGPREVENT		
81110	Komplexjahrespauschale (einmal innerhalb von 4 Quartalen) bei BIGPREVENT	28,00 €
01732P	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	EBM-Wert + Zuschlag 4,15 €
01735P	Beratung gemäß Richtlinie zur Umsetzung ("Chroniker-Richtlinie") zur Frühuntersuchungen für nach dem 01.04.2008 geborene Frauen	EBM-Wert + Zuschlag 4,15 €
01740N	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (beim Mann)	EBM-Wert + Zuschlag 4,15 €
01740P	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms (bein der Frau)	EBM-Wert + Zuschlag 4,15 €
01746P	Hautkrebsscreening in Verbindung mit Gesundheitsuntersuchung	EBM-Wert + Zuschlag 4,15 €
Hausarztzentrierte Versorgung Knappschaft		
81110	Grundpauschale (einmal pro Quartal)	4,00 €
81112	Medikationscheck	80,00 €
81113	Medikationscheck mit Konsil	160,00 €
Kinder Prävention AOK Rheinland/Hamburg		
99455	U10: Grundschulcheck im Alter von 7 bis 8 Jahren	35,00 €
99455	U10: Dokumentation und Auswertung der Anlage 3 (Fragebogen)	15,00 €
99456	U11: Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahre	35,00 €
99456	U11: Dokumentation und Auswertung der Anlage 4 (Fragebogen)	15,00 €
Kinder Prävention Knappschaft		
81102	U10 - Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahren	50,00 €
81120	U11 - Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahren	50,00 €
81121	J2 - Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahren	50,00 €
Kinder Prävention Techniker		
81102	U10 - Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung im Alter von 7 bis 8 Jahren	50,00 €
81120	U11 - Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung im Alter von 9 bis 10 Jahren	50,00 €
81121	J2 - Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der Untersuchung im Alter von 16 bis 17 Jahren	50,00 €
Hautkrebsscreening		
94500	Hautkrebsscreening bei BARMER-GEK (alle zwei Jahre, Dermatologen, Alter: 14 bis 34 Jahre)	23,00 €
94501	Hautkrebsscreening bei BKK Landesverband NORDWEST - siehe Liste der teilnehmenden BKKs (einmal jährlich, Dermatologen und Hausärzte, Alter: bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres)	21,00 €
94502	Hautkrebsscreening bei Techniker (alle zwei Jahre, Dermatologen, Alter: von 15 bis 34 Jahre)	23,00 €
94503	Hautkrebsscreening bei Knappschaft (alle zwei Jahre, Dermatologen, Alter: bis zur Vollendung des 35. LJ)	25,00 €
94504	Hautkrebsscreening bei HEK (alle zwei Jahre, Dermatologen, Alter: von 18 bis 34 Jahre)	25,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
DMP KHK		
95500	Information, Beratung, Erstellung der Erstdokumentation u. Versandkosten	25,00 €
95501	Erstellung u. Versandkosten der Folgedokumentation, pro Dokumentation	15,00 €
95502	Differenzierte Therapieplanung auf Basis einer individuellen Risiko-Abschätzung (einmal im Kalenderjahr)	10,00 €
95503	Erweiterte Diagnostik und Risiko-Stratifizierung (einmal im Kalenderjahr)	25,00 €
95517K	Schulungs- u. Behandlungsprogramm "Orale Gerinnungshemmung" (SPOG) (4 Einheiten)	25,00 €
99194K	Schulung für nicht insulinpflichtige Diabetiker (4 Einheiten)	20,00 €
99195K	Schulung für insulinpflichtige Diabetiker (5 Einheiten)	25,00 €
99196K	Schulung für Diabetiker, die eine intensivierete Insulintherapie haben (12 Einheiten)	25,00 €
99197K	Schulung für insulinpflichtige Diabetiker, die Normalinsulin spritzen (5-6 Einheiten)	25,00 €
99198K	Medias 2, Selbst Management für Diab. Typ 2 nicht insulinpflichtig unter 65 Jahre (8 Einheiten)	25,00 €
99199K	Hypertonieschulung, Pat., die nicht schon Medias 2 Schulung erhalten haben (4 Einheiten)	20,00 €
99200K	Struktuiertes Hypertoniebehandlungs- und Schulungsprogramm (4 Einheiten)	20,00 €
99204K	Schulungsmaterial für Schulung	9,00 €
99205K	Schulungsmaterial für Schulung Medias 2	11,00 €
DMP Diabetes Typ 1		
97000	Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versandkosten	25,00 €
97001	Erstellung und Versandkosten der Folgedokumentationen	15,00 €
97002	Betreuungspauschale (ärztlicher Bereich) für Diabetologische Schwerpunktpraxis (einmal im BHF)	56,24 €
97003	Ersteinstellung bei erstmaliger Diagnose von Diabetes mellitus Typ 1 mit Diagnostik auf eine intensivierete Insulintherapie (einmal je Lebensfall)	50,00 €
97004	Ersteinstellung einer Pumpentherapie bei vorheriger intensivierter Insulintherapie mittels multipler Injektionen (einmal je Lebensfall)	200,00 €
97005	Betreuung einer schwangeren Diabetikerin über den Zeitraum der gesamten Schwangerschaft (pro Quartal, max. 3 Quartale)	131,00 €
97006	Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie in der jeweils aktuellsten Auflage (12 Einheiten)	25,00 €
97007	Schulungsmaterial pro Patient	9,50 €
97010	Diabetes Buch für Kinder in der jeweils aktuellsten Auflage	19,90 €
97014	Behandlungs- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie in der jeweils aktuellsten Auflage (4 Einheiten)	20,00 €
97015	Schulungsmaterial pro Patient	9,50 €
97016	Das strukturierte Hypertonie Behandlungs- und Schulungsprogramm (4 Einheiten)	20,00 €
97017	Schulungsmaterial pro Patient	9,50 €
97018	Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin) (4 Einheiten)	20,00 €
97019	Schulungsmaterial pro Patient	9,50 €
97020	LINDA Diabetes-Selbstmanagementschulung (10 Einheiten)	25,00 €
97021	Schulungsmaterial pro Patient	9,50 €
97022	Für die Dokumentation des Augenbefundes und die Information an den überweisenden Arzt erhält der Augenarzt	5,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
DMP Diabetes Typ 2		
99191	Information, Beratung, Erstellung der Erstdokumentation und Versandkosten (einmalig)	25,00 €
99192	Erstellung und Versandkosten der Folgedokumentation, pro Dokumentation	15,00 €
99193	Behandlung/Betreuung von Diabetes-Patienten, diabetolog. Spezialpraxis	56,24 €
99194	ZI-Schulung für nicht insulinpflichtiger Diabetiker (4 Einheiten)	20,00 €
99195	ZI-Schulung für Insulinpflichtiger Diabetiker (5 Einheiten)	25,00 €
99196	ZI-Schulung für Patienten mit intensivierter Insulintherapie (12 Einheiten)	25,00 €
99197	ZI-Schulung für Patienten, die Normalinsulin spritzen (5-6 Einheiten)	25,00 €
99198	Medias-2-Schulung für nicht insulinpflichtige Diabetiker mit Übergewicht unter 65 Jahren (8 Einheiten)	25,00 €
99199	Hypertonieschulung (4 Einheiten)	20,00 €
99200	Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs- und Schulungsprogramm (HBSP) (4 Einheiten)	20,00 €
99201	Kontinuierliche hausärztliche Versorgung von Diabetikern Typ2 (nur BKK-Patienten)	20,45 €
99202	Pauschale für nichtärztliche Tätigkeit in diabetologischen Spezialpraxen (nur BKK-Patienten)	15,00 €
99203	Dringendes ausführliches ärztliches Gespräch, je Gespräch a 30 Min. (nur BKK-Patienten)	12,00 €
99204	Pauschale Schulungsmaterial pro teilnehmenden Patienten	9,00 €
99205	Pauschale Schulungsmaterial Medias 2	11,00 €
99215	LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung - Module ohne Insulin ; 4 Einheiten	20,00 €
99216	Diabetes & Verhalten, Schulungsprogramm für Menschen mit Typ-2-Diabetes, die Insulin spritzen; 10 Einheiten	25,00 €
99217	LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung - ICT Module; 12 Einheiten	25,00 €
99218	DiSko-Schulung (Wie Diabetiker zum Sport kommen); Modul für Patienten mit Diabetes ohne/mit Insulintherapie. Modulare Ergänzungen zu den Schulungen Nr. 99194, 99198, 99215, 99195, 99216, 99217, 99218; 1 Einheit	20,00 €
99219	LINDA-Diabetesselbstmanagementschulung - Model Hypertonie; 4 Einheiten	20,00 €
99220	Blutglukosewahrnehmungstraining (BGAT) III - deutsche Version; Patienten mit Typ-2-Diabetes mit Insulintherapie und einer schweren Störung der Unzuckerungswahrnehmung; 5 Einheiten	25,00 €
99221	HyPOS; Patienten mit Typ-2-Diabetes mit Insulintherapie und einer schweren Störung der Unzuckerungswahrnehmung; 5 Einheiten	25,00 €
DMP Brustkrebs		
99210	Beratung, Einschreibung, Erstdokumentation und Versand	25,00 €
99211	Erstellung der Folgedokumentation sowie Versand	15,00 €
99212	Ausführliche, symptomorientierte Beratung mind. 15 Minuten	7,50 €
99213	Gespräch der weiterführenden Therapieplanung vor der stationären Behandlung (einmal im KHF)	15,00 €
99214	Gespräch zur weiterführenden Therapieplanung nach der stationären Behandlung	15,00 €
DMP Asthma/COPD		
99425	Information, Beratung, die Erstellung der Erstdokumentation und Versandkosten (Asthma)	25,00 €
99426	Erstellung und Versand der Folgedokumentation (Asthma)	15,00 €
99427	Information, Beratung, die Erstellung der Erstdokumentation und Versandkosten (COPD)	25,00 €
99428	Erstellung und Versand der Folgedokumentation (COPD)	15,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
99429	Betreuungspauschale für koordinierenden Ärzte nach § 3 (1 x pro Dokumentationszeitraum)	7,50 €
99430	Pauschale für pneumologisch qualifizierte Ärzte nach § 4 (neben der Abr.-Nr. 99429 nicht abrechenbar; max. 2 x pro Kalenderjahr)	25,00 €
99431	Asthmaschulung für Kinder (optimal 7 Kinder, 30 UE a 45 Min., davon 18 UE Kinder und 12 UE Eltern)	20,00 €
99432	Nachschulung (frühestens nach 6 Monaten; max. 5 UE pro Person und Jahr, a mind. 45 Min.)	20,00 €
99433	NASA (optimal 10 Patienten, 6 UE a 60 Min.)	22,50 €
99434	Nachschulung NASA (optimal 10 Patienten, frühestens nach 1 Jahr; mind. 45 Min., max. 1 x im Jahr abrechnungsfähig)	22,50 €
99435	COBRA (optimal 10 Patienten, 6 UE a 60 Min.)	22,50 €
99436	Nachschulung COBRA (optimal 10 Patienten, frühestens nach 1 Jahr; mind. 45 Min., max. 1 x im Jahr abrechnungsfähig)	22,50 €
99437	Pauschale Schulungsmaterial pro teilnehmenden Patienten (nicht bei Nachschulungen abrechenbar)	9,50 €
Wegepauschalen		
97160	Wegepauschale für Erstbesuch nach GOP 01410 oder 01414 nach amb. OP , jenseits des Radius von 10km	11,24 €
97161	Wegepauschale nach Erstbesuch nach GOP 01411, 01412 oder 01415 nach amb. OP , jenseits von 10 km Radius	15,54 €
97234	Wegepauschale für Besuche nach GOP 01410, 01414, 01721 oder 05230 im Kernbereich bis zu 2 km	3,36 €
97235	Wegepauschale für Besuche nach GOP 01410, 01414, 01721 oder 05230 im Randbereich bei mehr als 2 - 5 km	6,62 €
97236	Wegepauschale für Besuche nach GOP 01410, 01414, 01721 oder 05230 im Fernbereich bei mehr als 5 km	9,66 €
97237	Wegepauschale für Besuche nach GOP 01411, 01412 oder 01415 im Kernbereich bis zu 2 km	6,62 €
97238	Wegepauschale für Besuche nach GOP 01411, 01412 oder 01415 im Randbereich bei mehr als 2 - 5 km	10,29 €
97239	Wegepauschale für Besuche nach GOP 01411, 01412 oder 01415 im Fernbereich mehr als 5 km	13,86 €
Homöopathie bei Barmer-GEK		
93000	Homöopathische Erstanamnese ab Beginn des 13. Lebensjahres (mind. 60 Minuten, einmal im Krankheitsfall)	90,00 €
93001	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mind. 60 Minuten, einmal im Krankheitsfall)	60,00 €
93002	Repertorisation und Fallanalyse (zweimal im Krankheitsfall)	40,00 €
93004	Homöopathische Folgeanamnese und/oder Homöopathische Beratung (mind. 15 Minuten, einmal im BHF)	40,00 €
93005	Leistungszuschlag zur Nr. 93004 (bei Dauer der Leistung nach der Nr. 93004 über 45 Minuten, einmal im BHF)	20,00 €
Homöopathie bei Securvita BKK, BKK Linde, BKK Daimler, BKK Essanelle, BKK 24, BKK Pfaff, BKK Herkules		
81200	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mind. 40 Minuten, einmal im Krankheitsfall)	60,00 €
81201	Homöopathische Erstanamnese ab Beginn des 13. Lebensjahres (mind. 60 Minuten, einmal im Krankheitsfall)	90,00 €
81202	Repertorisation (zweimal im Kalenderjahr)	20,00 €
81203	Homöopathische Analyse (zweimal im Kalenderjahr)	20,00 €
81204	Homöopathische Folgeanamnese (mind. 30 Minuten, einmal im BHF)	45,00 €
81205	Homöopathische Folgeanamnese (mind. 15 Minuten, zweimal im BHF)	22,50 €
81206	Homöopathische Beratung (mind. 7 Minuten, fünfmal im BHF)	10,00 €
Homöopathie bei IKK classic		
81200	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (mind. 40 Minuten, einmal im Krankheitsfall)	60,00 €
81201	Homöopathische Erstanamnese ab Beginn des 13. Lebensjahres (mind. 60 Minuten, einmal im Krankheitsfall)	90,00 €
81202	Repertorisation (zweimal im Kalenderjahr)	20,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
81203	Homöopathische Analyse (zweimal im Kalenderjahr)	20,00 €
81204	Homöopathische Folgeanamnese (mind. 30 Minuten, einmal im BHF)	45,00 €
81205	Homöopathische Folgeanamnese (mind. 15 Minuten, zweimal im BHF)	22,50 €
81206	Homöopathische Beratung (mind. 7 Minuten, fünfmal im BHF)	10,00 €
Onkologie-Vereinbarung (Bundesweit)		
86510	Behandlung florider Hämoblastosen, einmal im Behandlungsfall	51,13 €
86512	Behandlung solider Tumoren, einmal im Behandlungsfall	25,56 €
86514	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie, einmal im Behandlungsfall	25,56 €
86516	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für intravasale zytostatische Tumorthherapie, einmal im Behandlungsfall	255,65 €
86518	Zuschlag zu den Kostenpauschalen 86510 und 86512 für die Palliativversorgung, einmal je Behandlungsfall	255,65 €
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung (Bundesweit)		
88895	Kostenerstattung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen	1. bis 350. Fall = 263,00 €
	Kostenerstattung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen	ab dem 351. Fall = 122,25 €
Rheumatherapie		
99012	Kostenzuschlag kontinuierliche Rheumatherapie	20,45 €
Diabetisches Fußsyndrom bei AOK Rheinland/Hamburg (ACHTUNG: KV kein Vertragspartner. Übernimmt nur die Abwicklung!!)		
99480	Wagner 0 = 1x im Jahr	30,00 €
99481	Wagner 1 - 2 = 1x im Fall	210,00 €
99482	Wagner 3 (T2) = 1x im Fall	380,00 €
99483	DNOAP (T2) = 1x im Fall	380,00 €
99484	MRSA (M1) = 2x im Fall in 2 Quartalen	380,00 €
99485	C 1	140,00 €
99486	C 2	110,00 €
99487	Fußläsionen-Pauschale (1x pro Jahr)	300,00 €
99488	OP 1 (pro OP)	200,00 €
99489	OP 2 (pro OP)	150,00 €
Vertrag zur Tonsillotomie bei Barmer-GEK		
97070A	Durchführung einer Tonsillotomie	440,00 €
97070B	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	550,00 €
97070C	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, einseitig	585,00 €
97070D	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, beidseitig	600,00 €
97070E	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, einseitig	475,00 €
97070F	Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, beidseitig	490,00 €
97071A	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie	150,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
97071B	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	150,00 €
97071C	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, einseitig	185,00 €
97071D	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, beidseitig	185,00 €
97071E	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, einseitig	185,00 €
97071F	Durchführung der Anästhesie zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ggf. mit Paukendrainage, beidseitig	185,00 €
97072A	Durchführung der zweiten postoperativen Nachbehandlung eine Woche nach erfolgter Operation	10,00 €
97072B	Durchführung der dritten postoperativen Nachbehandlung vier bis sechs Wochen nach erfolgter Operation	10,00 €
Schwangerschaftsabbruch		
99600	Gynäkologie I in Vollnarkose - ohne Anästhesie	250,00 €
99601	Gynäkologie I mit Lokalanästhesie	275,50 €
99602	Anästhesie	230,00 €
99603	Gynäkologie II	268,70 €
99604	Kontrolluntersuchung	24,50 €
Mukoviszidose-Versorgung (Knappschaft, VDEK, BKK Landesverband NORDWEST, AOK und IKK)		
94700	Strukturpauschale für die Erfüllung des Versorgungsauftrages	285,00 €
Kostenerstattung bei LDL-Apherese		
99190	Kostenpauschale für LDL-Apherese-Verfahren	869,20 €
99250	Kostenpauschale für HELP-Apherese	971,45 €
Schulung Diabetes Typ 2 bei IKK-Gruppen		
97215	Programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von Typ-II-Diabetikern in Gruppen (nur IKK Hamburg)	7,70 €
98015	Materialkostenersatz für Nr. 97215 nur die Krankenkassen IKK HH und Seekrankenkasse	6,39 €
Integrationsvertrag mit AOK "Koronare Herzkrankheit und Diabetes" (ACHTUNG: KV kein Vertragspartner. Übernimmt nur die Abwicklung!!)		
99470	Erweiterte kardiologische Erstuntersuchung	45,00 €
99471	Einschreibgebühr	25,00 €
99472	Quartalsbetreuungspauschale	15,00 €
99473	Medias 2 Schulungspauschale	200,00 €
99474	Moderatorenpauschale	50,00 €
Integrationsvertrag "Kinder und Jugendliche mit Neurodermitis" (ACHTUNG: KV kein Vertragspartner. Übernimmt nur die Abwicklung!!)		
90010	Versorgungsebene I: Einschreibung	25,00 €
90011	Versorgungsebene I: Kontrolluntersuchung	20,00 €
90012	Versorgungsebene I: Dokumentation nach Anlage 6	5,00 €
90013	Versorgungsebene I: Instruktion	22,50 €
90014	Versorgungsebene I: Telefonische Abstimmung des Therapieplanes zwischen den Ärzten	10,00 €
90015	Versorgungsebene I: Teamgespräch	30,00 €

Sonderabrechnungsnummern der KV Hamburg

Stand: 13.02.2012

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
90016	Versorgungsebene II A: Erstuntersuchung	50,00 €
90017	Versorgungsebene II A: Instruktion	22,50 €
90018	Versorgungsebene II A: Bericht an den Arzt der Ebene I	15,00 €
90019	Versorgungsebene II A: Telefonische Abstimmung des Therapieplanes zwischen den Ärzten	10,00 €
90020	Versorgungsebene II A: Dokumentation nach Anlage 6	5,00 €
90021	Versorgungsebene II A: Teamgespräch	75,00 €
90022	Versorgungsebene II A: Elternschulung	400,00 €
90023	Versorgungsebene II A: Eltern- und Kinderschulungen	600,00 €
90024	Versorgungsebene II A: Schulungen für Jugendliche	400,00 €
90025	Versorgungsebene II A: Verbrauchsmaterialien zu den Schulungen	9,00 €
90026	Versorgungsebene II A: Sprechstunde zu besonderen Zeiten	200,00 €
90027	Versorgungsebene II B: Erstkontakt	150,00 €
90028	Versorgungsebene II B: Folgeuntersuchung	75,00 €
90029	Versorgungsebene II B: Ambulante Behandlungstermine	50,00 €
90030	Versorgungsebene II B: Sprechstunde zu besonderen Zeiten	200,00 €
Sonstige Zusatznummern		
80230	Entstandene Telefonkosten, bei Rücksprache des behandelnden Arztes mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung (Punkt 7.3 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM)	je Telefoneinheit
88190	Scheinkennzeichnung für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip gewählt haben	
88192	Scheinkennzeichnung für Speziallaborfälle, die über einen Selektivvertrag ohne KV-Beteiligung abgerechnet werden	
94000	Zuschlag fahrender Notdienst: Mo.-So. 00:00 bis 08:00 Uhr, 24.12. und 31.12. von 08:00 bis 16:00 Uhr, 01.01. von 13:00 bis 24:00 Uhr	+ 30% auf EBM-Leistung
94001	Zuschlag fahrender Notdienst: 24.12. von 16:00 Uhr bis 25.12. bis 08:00 Uhr, 31.12. von 16:00 Uhr bis 01.01. bis 16:00 Uhr	+ 60% auf EBM-Leistung
97200	Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztl. Bereitschaftdienstes	3,07 €
99009	Ernährungsberatung AOK Hamburg	12,02 €
99010	wiederholte Ernährungsberatung AOK Hamburg	5,62 €
99020	Feststellung der Verbleibfähigkeit im Rahmen des org. NFD für die Zentralambulanz für Betrunkene	80,00 €
99045	Umweltmedizinische Anamnese (Vertrag nur BKK Landesverband NORDWEST)	51,13 €
99046	Umweltmedizinische Verlaufsdokumentation (Vertrag nur BKK Landesverband NORDWEST)	15,34 €
99047	Umweltmedizinisches Basis-Labor (Vertrag nur BKK Landesverband NORDWEST)	10,23 €
99506	Kennzeichnung eines Notfallscheines von den Notfallpraxen Altona oder Farmsen	
99811	Sachkostenzusätze	
99812	Sachkostenzusätze	

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
-----	-----------------	-----------

Folgende Sondernummern (Symbolnummern) werden in Ansatz gebracht, um bei Arznei- oder Heilmittelverordnungen Praxisbesonderheiten kenntlich zu machen.

Symbolnummern zur Praxisbesonderheit bei Arzneimitteln		
91000	Therapie des Morbus-Gaucher mit Alglucerase/Imiglucerase/Velaglucerase	
91001	Hormonelle Behandlung der in-vitro-Fertilisation und Stimulation bei der Sterilität nach strenger Indikationsstellung	
91002	Interferon-, Natalizumab- oder Mitoxantron-Therapie bei schubförmig verlaufender bzw. sekundär progredienter Multipler Sklerose mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten sowie die Behandlung der schubförmig verlaufenden Multiplen Sklerose mit Glatirameracetat	
91003	Interferon-Therapie bei Hepatitis B oder Hepatitis C bei strenger Indikationsstellung mit für diese Indikationen zugelassenen Präparaten, auch in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln, Monotherapie der Hepatitis B mit Nucleosiden/Nucleotiden (Adefovir, Entecavir, Jamivudine, Telbivudine, Tenofovir)	
91004	Arzneimitteltherapie der Mukoviszidose	
91005	Arzneimitteltherapie der Terminalen Niereninsuffizienz	
91006	Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger nach den BUB-Richtlinien mit für die Substitution verordnungsfähigen Arzneimitteln einschließlich entsprechender Rezepturbereitungen	
91007	Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs	
91008	Orale und parenterale Chemotherapie bei Tumorpatienten einschließlich der für diese Indikationen zugelassenen Hormonanaloga, Zytokine und Interferone, auch als Rezepturbereitung, Therapie des multiplen Myeloms mit Thalidomid, Lenalidomid)	
91009	Behandlungsbedürftige HIV-Infektionen	
91010	Insulin-Therapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus einschließlich der dafür verordneten Teststreifen	
91011	Immunsuppressive Behandlung nach Organtransplantationen	
91012	Immunsuppressive Behandlung nach Kollagenosen, entzündlichen Erkrankungen oder Autoimmunerkrankungen aus dem rheumatischen Formenkreis	
91013	Substitution von Plasmafaktoren bei Faktormangelkrankheiten	
91014	Behandlung der Schizophrenie mit atypischen Neuroleptika	
91015	Schmerztherapie mit Opioiden und mit den dazugehörigen Laxantien	
91016	Therapie des Morbus Crohn mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten	
91017	Antiepileptika zur Behandlung der Epilepsie	
91018	Therapie des Morbus Fabry mit Agalsidase	
91019	Verteporfin zur Photodynamischen Therapie bei altersabhängiger feuchter Makuladegeneration mit subfoveolärer überwiegend klassischer chorioidaler Neovaskularisation gemäß der Qualitätssicherungs-Vereinbarung nach § 135 Abs. 2 SGB V	

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
91020	Palivizumab zur Prävention der durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen schweren Erkrankungen der unteren Atemwege, die Krankenhausaufenthalte erforderlich machen, bei Kindern, die entweder in der 35. Schwangerschaftswoche oder früher geboren wurden und zu Beginn der RSV-Saison jünger als 6 Monate sind; außerdem bei Kindern unter 2 Jahren, die innerhalb der letzten 6 Monate wegen bronchopulmonaler Dysplasie behandelt wurden und bei Kindern unter 2 Jahren mit hämodynamisch signifikanten angeborenen Herzfehlern	
91021	Hyposensibilisierung mit spezifischen Allergenextrakten	
91022	Moderne Glaukomtherapeutika (Brimonidin, Dorzolamid, Brinzolamid, Latanoprost, Travoprost, Tafluprost und Brimatoprost, ggf. in Kombination mit lokalem Betablocker), soweit lokale Betablocker kontraindiziert sind oder keine oder nur unzureichende Wirkung zeigen	
91023	Antiparkinsonmittel zur Behandlung des Morbus Parkinson	
91024	Antithrombotische Mittel oral und parenteral	
91025	Antidementiva vom Typ der Cholinesterasehemmer und Memantine	
91026	Selektive Serotonin-5HT1-Agonisten (Triptane)	
91027	systemische Psoriasisstherapie	
91028	Bisphosphonate und selektive Estrogen-Rezeptor-Modulatoren bei Osteoporose oder zur Behandlung von Knochenmetastasen	
91029	Methylphenidat- und Atomoxetin-Behandlung	
91030	neuroleptische Behandlung chronischer Tic-Störungen	
91031	Bilanzierte Diäten bei angeborenen Stoffwechselerkrankungen	
91032	Arzneimittel zur Behandlung des sekundären Hyperparathyreoidismus bei dialysepflichtigen Patienten mit terminaler Niereninsuffizienz	
91033	Therapie des Morbus Pompe mit Alglucosidase alpha	
91034	Behandlung des Alpha1-Antitrypsinmangels	
91035	4-Hydroxybuttersäure zur Behandlung der Kataplexie bei erwachsenen Patienten mit Narkolepsie	
91036	Präparate, die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens nach Abschnitt Q und Anlage 13 der Arzneimittelrichtlinien verordnet werden	
91037	Ziconoxid, nur wenn eine zuvor durchgeführte Opiodtherapie nicht ausreicht, oder nicht vertragen wurde	
91038	Linezolid nur zur Fortführung einer im Krankenhaus begonnenen Linezolid-Therapie über insgesamt maximal 28 Tage	
91039	Therapie der idiopathischen Lungenfibrose mit Pirfenidon	
91040	Therapie systemischer Mykosen (voriconazol, Caspofungin)	
91041	Therapie der Colitis ulzerosa mit dafür zugelassenen TNF-Antagonisten	
Symbolnummern zur Praxisbesonderheit bei Heilmitteln		
	Allgemein	
91100	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädisch Operationen	
91101	Manuelle Lymphdrainage für die ersten 2 Monate nach chirurgisch-orthopädischen Operationen	

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
91102	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29, S12.21 bis S12.25, S22.01 bis S22.06, S32.01 bis S32.05. Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.	
91103	Maßnahmen der Manuellen Lymphdrainage für die ersten drei Monate nach konservativ behandelten Rupturen und Frakturen nach den ICD-10 Codes S83.53, S83.54, S42.21 bis S42.29 Der Unfalltag ist auf der Verordnung anzugeben. Die Erstbehandlung hat bei einem Chirurgen/Orthopäden zu erfolgen.	
	Für Kinder und Jugendliche	
91104	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie	
91105	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie	
91106	Maßnahmen der der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Hemiparese, spastischer Di- und Tetraplegie	
91107	Maßnahmen der Ergotherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen	
91108	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen	
91109	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei komplexen zerebralen Dysfunktionen bei Krankheiten der ICD-10-Codierungen: G10, G11, G12, G13, G80, zerebralen Anfallsleiden oder neurodegenerativen bzw. metabolischen bzw. muskulären Systemerkrankungen	
91110	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84	
91111	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84	
91112	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren/tiefgreifenden Entwicklungsstörungen nach ICD-10-Codierungen F80.0 bis F80.3, F82, F83, F84	
91113	Maßnahmen der Ergotherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung	
91114	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung	
91115	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei erworbener und/oder angeborener schwerer geistiger und/oder körperlicher Behinderung, Mehrfachbehinderung	
91116	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit Mukoviszidose	
91117	Maßnahmen der Ergotherapie bei palliativmedizinischer Betreuung	
91118	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei palliativmedizinischer Betreuung	
91119	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei palliativmedizinischer Betreuung	

GOP	Leistungsinhalt	Bewertung
	Für Erwachsene	
91120	Maßnahmen der Ergotherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexuspareesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)	
91121	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexuspareesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)	
91122	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei Patienten mit angeborenen oder erworbenen Plegien/Paresen, zentral oder peripher (z. B. Zerebralparese, Plexuspareesen, Muskeldystrophie, kongenitale Kontrakturen)	
91123	Maßnahmen der Ergotherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach dem auslösendem Ereignis	
91124	Maßnahmen der Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach dem auslösendem Ereignis	
91125	Maßnahmen der Physikalischen Therapie ohne MLD bei schweren neurologischen Erkrankungen wie z. B. amyotrophische Lateralsklerose (ALS); Wachkomapatienten; Multiple Sklerose; M. Parkinson nur nach den ICD-10-Codierungen G20.1, G20.2, G21; Apoplexie für den Zeitraum eines Jahres nach dem auslösendem Ereignis	
91126	Manuelle Lymphdrainage bei einer chronischen Lymphabfluss-Störung, aufgrund einer onkologischen Erkrankung	