



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

22. Lieferung Austauschseiten

Stand 01.10.2009

Beilage zu den KVS - Mitteilungen 11/2009

Anleitung zum Einordnen der 22. Lieferung von Austauschseiten

Hinweis: Bitte beiliegende Seite(n) austauschen
--

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN			
2.3 Seiten 1-8	4	2.3 Seiten 1-4	2
2.5 Seiten 5-6	1	2.5 Seiten 5-6	1
2.7 Seiten 1-2	1	2.7 Seiten 1-2	1
2.11 Seiten 7-8	1	2.11 Seiten 7-8	1
---	---	2.11 Seiten 11-12	1
2.15 Seiten 9-10	1	2.15 Seiten 9-10	1
2.15 Seiten 17-18	1	2.15 Seiten 17-18	1
2.15 Seiten 23-24	1	2.15 Seiten 23-24	1
2.15 Seiten 29-30	1	2.15 Seiten 29-30	1
2.15 Seiten 33-36	2	2.15 Seiten 33-36	2
2.15 Seiten 39-44	3	2.15 Seiten 39-44	3
3. Teil VORSTANDSBESCHLÜSSE			
Seiten 1-2	1	Seiten 1-2	1
5. Teil SONSTIGES			
5.1 Seiten 1-2	1	5.1 Seiten 1-2	1
5.1 Seiten 7-8	1	5.1 Seiten 7-12	3
5.3 Seiten 3-6	2	5.3 Seiten 3-6	2
5.6 Seiten 1-2	1	5.6 Seiten 1-2	1
SUMMEN:	23		24



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Stand 01.10.2009

2.3 Onkologie-Vereinbarung

2.3.1 Onkologie-Vereinbarung gemäß § 73a SGB V

- mit der AOK PLUS, ab 01.01.2008

- mit BKK, IKK Sachsen, Knappschaft, LKK und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.01.2008

2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.07.2009

3. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.10.2009

Mit der 3. Protokollnotiz zur Onkologie-Vereinbarung mit der AOK PLUS erklärten die **nachfolgend aufgeführten Krankenkassen** bzw. deren Verbände **mit Wirkung ab dem 1. Oktober 2009** Ihren **Beitritt zu dieser Vereinbarung**:

- der **BKK Landesverband Ost - Landesrepräsentanz Sachsen** -,
- die **IKK Sachsen**,
- die **Knappschaft**, Regionaldirektion Chemnitz,
- die **Landwirtschaftliche Krankenkasse** Mittel- und Ostdeutschland und
- die durch den Verband der **Ersatzkassen** (vdek) e. V. vertretenen Ersatzkassen: Barmer Ersatzkasse, Techniker Krankenkasse (TK), Gmünder ErsatzKasse (GEK), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (DAK), Hanseatische Krankenkasse (HEK), KKH-Allianz, Hamburg Münchener Krankenkasse (HMK), Handelskrankenkasse (hkk).

Dadurch werden die mit diesen Vertragspartnern bisher bestehenden Onkologie-Vereinbarungen mit Wirkung zum 1. Oktober 2009 ersetzt.

Im Rahmen einer Übergangsfrist gelten die bisher erteilten Genehmigungen zur Teilnahme an den bis zum 30.09. gültigen Vereinbarungen **befristet bis zum 31. März 2010** für diese Vereinbarung **fort**.

Onkologisch verantwortliche Ärzte, die bisher die Nr. 86505 abgerechnet haben, nehmen an dieser gemeinsamen Onkologie-Vereinbarung in der Versorgungsebene II teil, alle anderen Ärzte in der Versorgungsebene I.

Für die weitere Teilnahme ist ein entsprechender Antrag zu stellen.

Die zur Teilnahme an der Onkologie-Vereinbarung mit der AOK PLUS erteilten Genehmigungen behalten weiterhin Gültigkeit.

Ziel der Vereinbarung ist die Förderung einer qualifizierten ambulanten Behandlung krebserkrankter Patienten vorrangig in der vertragsärztlichen Versorgung.

Die diagnostische und therapeutische Versorgung von Krebskranken im Sinne dieser Vereinbarung kann nur von solchen Vertragsärzten übernommen werden, die nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführen, sondern die Gesamtbehandlung entsprechend einer einheitlichen Therapie unabhängig von notwendigen Überweisungen leiten und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordinieren. Ein in dieser Weise an der Vereinbarung teilnehmender Arzt wird im Folgenden als „onkologisch verantwortlicher Arzt“ bezeichnet.

Durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebserkrankter Patienten nach diesem Vertrag bestehen für den onkologisch verantwortlichen Arzt

erhöhte zeitliche, fachliche, strukturelle und personelle Anforderungen, insbesondere auch im Bereich der Sicherung und Steigerung der Qualität bei der Behandlung krebskranker Patienten. Diesem Umstand wird durch die Zahlung einer zusätzlichen Vergütung nach dieser Vereinbarung Rechnung getragen.

Die abgestufte, flächendeckende ambulante Versorgung von onkologischen Patienten erfolgt im Rahmen eines Versorgungskonzeptes auf **zwei Versorgungsebenen**. Diese Versorgungsstruktur und deren Leistungen zur flächendeckenden onkologischen Versorgung sind in den §§ 2 und 3 detailliert beschrieben.

Berechtigt zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind:

- a. zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte,
- b. im Rahmen der vertragsärztlichen Vers. in zugelassenen MVZ tätige angestellte Ärzte,
- c. bei Vertragsärzten nach § 95 Abs. 9 und 9a SGB V angestellte Ärzte,
- d. angestellte Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V
- e. im Ausnahmefall: ermächtigte Ärzte gem. § 11 Nr. 1 b.

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen der Versorgungsebenen 1 und 2 sind im § 4 aufgeführt. Darüber hinaus sind weitere Voraussetzungen bei Antragsstellung und während der Teilnahme an dieser Vereinbarung durch den onkologisch verantwortlichen Arzt zu erfüllen, die im § 5 beschrieben sind.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung erfordert einen schriftlichen Antrag an die KV Sachsen - zur Prüfung durch die Onkologiekommission - unter Angabe der Versorgungsebene und ggf. unter Angabe des Organgebietes, wofür der Arzt die Teilnahme beantragt. Weitere Details zum Teilnahmeantrag und zur Antragsprüfung sind im § 6 aufgeführt.

Der onkologisch verantwortliche Arzt erhält während seiner Teilnahme an dieser Vereinbarung für seine Leistungen **eine zusätzliche außerbudgetäre Vergütung gemäß Anlage 1 der Vereinbarung** bzw. wie im Folgenden beschrieben.

Teilnehmer, die berechtigt sind Leistungen der Versorgungsebene 2 abzurechnen, sind berechtigt, auch Leistungen der Versorgungsebene 1 abzurechnen.

Versorgungsebene 1

96500 Behandlung florider Hämoblastosen

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **15,00 EUR**

- Die Nr. 96500 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96501, 96503 und 96505 berechnungsfähig.

96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **15,00 EUR**

- Die Nr. 96501 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96503 und 96505 berechnungsfähig.
- Die Nr. 96501 ist ab dem Quartal 2008/2 nur unter Angabe der Therapieform (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig; ab dem Quartal 2009/3 nur unter Angabe einer der folgenden Therapieformen:

Therapieform	Kürzel
Endokrine Therapie	ET
Bisphosphonattherapie bei Knochenmetastasen	BIS
Interferontherapie	INF
Interleukintherapie	IL
Parenterale Therapie bei Tumorkachexie (keine enterale Zusatznahrung)	PAR
Betreuung bei Radatio	RAD
Tumorschmerztherapie WHO III	WHOIII
Transfusionspflichtige Tumoranämie	TRA
Planung/ perioperative Versorgung bei Tumor-OP	OP
Aktive Überwachung bei florider Tumorerkrankung (längstens 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung oder nach Beendigung der letzten antineoplastischen Tumorthherapie, unter entspr. Angabe von Quartal/Jahr).	AÜ

96502 Intrakavitäre zytostatische Tumorthherapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **20,00 EUR**

- Die Nr. 96502 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96503 und 96505 berechnungsfähig.
- Die Nr. 96502 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **10,00 EUR**

- Die Nr. 96507 ist im Behandlungsfall nicht neben der Nr. 96508 berechnungsfähig.

96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden,

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **25,00 EUR**

- Die Nr. 96508 ist von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „Kiefernekrosen“ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
- Die Nr. 96508 ist nur berechnungsfähig bei Anwendung von Chlodron- oder Pamidronsäure.
- Die Nr. 96508 ist im Behandlungsfall nicht neben der Nr. 96507 berechnungsfähig.

Versorgungsebene 2

96503 Intravasale zytostatische Tumorthherapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **160,00 EUR**

- Die Nr. 96503 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96501, 96502 und 96505 berechnungsfähig.
- Die Nr. 96503 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung (entspr. Leistungslegende der GOP 13500 EBM) und/oder bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxizitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung (entspr. Leistungslegende der GOP 13502 EBM)

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **15,00 EUR**

- Bei Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung und bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxizitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung ist die Nr. 96504 zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Die Nr. 96504 ist nur von gynäkologischen Onkologen berechnungsfähig.

96505 Orale zytostatische Chemotherapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **60,00 EUR**

- Die Nr. 96505 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96501, 96502 und 96503 berechnungsfähig.
- Die Nr. 96505 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten Medikaments²⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Thrombozytenkonzentraten

einmal je Behandlungstag,

BMÄ / E-GO **40,00 EUR**

¹⁾ Das verwendete Medikament muss in der Liste parenteraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein, Ausnahme BCG.

²⁾ Das verwendete Medikament muss in der Liste oraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein.

F Sachkosten Herzschrittmacher und Elektroden, ab 01.04.04

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig, sofern keine anderweitige Vergütung erfolgt.
- Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:
Feldkennung 5001 (Nr.): 99999
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): F
Feldkennung 5012 (Kosten): Betrag in Cent.
Die Zuordnung zu einer anderen Nr. als 99999 ist unzulässig.
- Ansatz durch Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:
Auf dem Behandlungsausweis mit dem Cent-Betrag und der vorangestellten Zusatzbezeichnung „F“ abzurechnen.
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999F.
- Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigelegt wurde.

S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat (durch Operateur) unter Beifügung der Rechnung

(Verweis Durchführungsvereinbarung 2.6.1: siehe „S“)

2.5.4 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten zur Durchführung der sonographisch gesteuerten Punktion der Endometriosezysten mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Vergütung und Abrechnung von doppelumigen Ovarialbiopsienadeln (OPU-Kanülen) zur Durchführung der sonographisch gesteuerten Punktion der Endometriosezysten für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung im Freistaat Sachsen.

Die Abrechnung der doppelumigen OPU-Kanülen gemäß dieser Vereinbarung erfolgt **ausschließlich im Rahmen der kurativen Diagnostik und Behandlung.**

Nicht Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Vergütung und Abrechnung von einlumigen und doppelumigen OPU-Kanülen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung. Die Verordnung erfolgt in diesem Fall patientenkonkret über Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt).

Die Abrechnung von einlumigen OPU-Kanülen erfolgt bei allen übrigen Indikationen i. R. des Sprechstundenbedarfes.

Folgende Sachkostenpauschale kann ab 01.10.2009 abgerechnet werden:

99109 OPU-Kanüle, doppelumig
(außerhalb der künstlichen Befruchtung),
BMÄ / E-GO 56,52 EUR

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.

2.7 Verträge Rehabilitation

Kooperationsvertrag mit der **AOK PLUS** zur Information über Sekundärprävention und deren Befürwortung, ab 01.10.2009

Vereinbarung mit der **IKK Sachsen** über die Zusammenarbeit auf den Gebieten der Ernährungsberatung, Rückenschule und Herz-Kreislauf-Beratung, ab 01.04.2007

1. Nachtrag mit Wirkung ab 01.09.2007
2. Nachtrag mit Wirkung ab 01.07.2008

Der mit Wirkung ab dem 01.10.2009 geltende Kooperationsvertrag mit der AOK PLUS ersetzt die bisherige, seit 01.04.1997 geltende, Vereinbarung sowie deren Nachträge.

Das **Ziel der Vereinbarungen** mit AOK PLUS bzw. IKK Sachsen besteht in der Durchführung von Maßnahmen zur Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit der Versicherten dieser Krankenkassen durch die Zusammenarbeit in den Bereichen Ernährungsberatung, Rückenschule, Herz-Kreislauf-Beratung sowie Metabolisches Syndrom (nur AOK PLUS).

Berechtigt zur Erbringung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen nach diesen Vereinbarungen sind niedergelassene und angestellte Vertragsärzte sowie Ärzte in MVZ gem. § 95 Abs. 1 SGB V oder Einrichtungen gem. § 311 Abs. 2 SGB V.

Ausgenommen davon sind die Ärzte, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (z.B. Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektions-epidemiologie, Transfusionsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Neuropathologie, Radiologie, Diagnostische Radiologie und Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie).

Anspruchsberechtigt sind die alle Versicherten der AOK PLUS bzw. der IKK Sachsen.

Der **Verfahrensablauf**

- Feststellung von Risikofaktoren für eine Krankheit oder von Krankheitssymptomen,
 - davon ausgehend Information, ärztliche Beratung und Motivation zur Teilnahme des Versicherten an den angebotenen Programmen sowie Ausstellen des Antragsformblatts (AOK PLUS: Anlage 2) bzw. Ordnungsformulars (IKK Sachsen: Anlage 1),
 - Einreichen des Antragsformulars/Ordnungsformblatts durch den Versicherten bei seiner Krankenkasse zur Prüfung und ggf. Bestätigung,
 - Teilnahme des Versicherten am befürworteten/verordneten und genehmigten Programm (auch als „Maßnahme“ oder „Gesundheitsangebot“ bezeichnet),
 - nach Beendigung des Programms Rückgabe des Antragsformblatts/ Ordnungsformulars durch den Versicherten an den Arzt zur Durchführung und Dokumentation der Abschlussuntersuchung und schließlich
 - Einreichen des Originals des Antragsformblatts/Ordnungsformulars mit der Quartalsabrechnung bei der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen
- ist im § 3 der o.g. Vereinbarungen detailliert beschrieben.

Die erbrachten ärztlichen Leistungen werden - jeweils pro ambulantem Behandlungsfall - wie folgt vergütet:

2. Teil Regionale Vereinbarungen

Programm / Handlungsfeld	AOK PLUS			IKK Sachsen		
	Leistungsinhalt	Abr.-Nr.	Wert (€)	Leistungsinhalt	Abr.-Nr.	Wert (€)
Herz-Kreislauf	Ärztl. Beratung, Information und Befürwortung	99177A	4,50	Beratung und Verordnung	99177X	4,09
	Abschlussuntersuchung	99178A	10,50	Abschlussuntersuchung, Nachberatung	99178X	10,23
Rücken	Ärztl. Beratung, Information und Befürwortung	99192A	4,50	Beratung und Verordnung	99192X	4,09
	Abschlussuntersuchung	99193A	10,50	Abschlussuntersuchung, Nachberatung	99193X	10,23
Ernährungsberatung	Ärztl. Beratung, Information und Befürwortung	99195A	4,50	Beratung und Verordnung	99195X	4,09
	Abschlussuntersuchung	99196A	10,50	Abschlussuntersuchung, Nachberatung	99196X	10,23
Metabolisches Syndrom	Ärztl. Beratung, Information und Befürwortung	99194A	4,50	---	---	---
	Abschlussuntersuchung	99197A	10,50	---	---	---

Hinweise zur Abrechnung:

- nur gültig für Versicherte der AOK PLUS („-A“) bzw. Versicherte der IKK Sachsen („-X“)
- jeweils nur einmal pro Behandlungsfall (AOK PLUS) bzw. nur einmal pro Fall und Jahr (IKK Sachsen) berechnungsfähig
- Mit den Pauschalen sind die vom Arzt durchzuführenden Dokumentationen abgegolten.
- Die Abr.-Nrn. für die Abschlussuntersuchung sind bei der gleichen Diagnose neben den GOP 27310 und 13250 nicht berechnungsfähig.
- Die Vergütung für die jeweilige Abschlussuntersuchung wird nur gewährt, wenn die erforderliche Dokumentation durchgeführt und bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen eingereicht wurde.
- Bei Nichtwiedervorstellung des Patienten beim befürwortenden/verordnenden Arzt sind nur die Abr.-Nrn. für die Beratung, Information und Befürwortung bzw. Beratung und Verordnung abrechnungsfähig. In diesen Fällen ist der Arzt nicht verpflichtet, den Dokumentationsbogen seinen Abrechnungsunterlagen beizufügen.

2.11.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung

- der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs mit Humanem Papillomavirus-Impfstoff

... mit der BIG direkt gesund mit Wirkung ab 1. Januar 2009

... mit TK mit Wirkung ab 1. August 2007

- von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen

... mit der BIG direkt gesund mit Wirkung ab 1. Januar 2009

... mit TK, KKH-Allianz und DAK** mit Wirkung ab 1. August 2007

... mit GEK mit Wirkung ab 1. Oktober 2007, 1. Protokollnotiz ab 01.04.09*

In Ergänzung der Vereinbarung über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (Impfvereinbarung Sachsen) vereinbarten die o.g. Vertragspartner die nachfolgend beschriebenen Regelungen.

Die BIG direkt gesund und die Techniker Krankenkasse (TK) übernehmen die Kosten für die Impfung gegen Humane Papillomaviren (HPV) für ihre weiblichen Versicherten ab 18 Jahre bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres mit Wohnort in der Bundesrepublik Deutschland.

Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen

- noch vor dem 26. Geburtstag bzw.

- noch vor dem In-Kraft-Treten einer Empfehlung der Ständigen Impfkommission (STIKO) oder einer Regelung im EBM bzw. vor dem Auslaufen dieser Vereinbarung

verabreicht, können die weiteren erforderlichen Impfdosen noch innerhalb der folgenden zwei Quartale nach dieser Vereinbarung abgerechnet werden.

Erfolgt der Bezug des Impfstoffes aus der Apotheke, ist die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V zu leisten.

99791 HPV-Impfung gegen Cervixkarzinom

BMÄ (BIG direkt gesund) **10,00 EUR**

E-GO (TK) **5,20 EUR**

- für bei BIG direkt gesund oder TK versicherte Frauen

- ab 18 Jahre bis zum vollendeten 26. Lebensjahr

(siehe o.g. Regelungen)

* Aufgrund einer Satzungsänderung der Gmünder ErsatzKasse (GEK) wurde mit der GEK die 1. Protokollnotiz zu den o.g. Vereinbarungen abgeschlossen.

Danach ist die **HPV-Impfung (Nr. 99791)** für weibliche Versicherte im Alter von 18 bis 26 Jahren **sowie** die Beratung zur **Malariaprophylaxe (Nr. 99802)** für **Versicherte der GEK ab/seit 01.04.2009 nicht mehr berechnungsfähig.**

2. Teil Regionale Vereinbarungen

Die BIG direkt gesund übernimmt für ihre Versicherten die Kosten für **Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen** - mit Ausnahme von beruflich bedingten Auslandsaufenthalten - sofern diese von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) in Verbindung mit den aktuellen Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes und den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen sind.

Von der Möglichkeit der Impfung mit Mehrfachimpfstoffen soll - soweit indiziert - Gebrauch gemacht werden (z. B. Hepatitis A und B, Hepatitis A und Typhus).

Schutzimpfungen (außer derjenigen gegen Gelbfieber - nur durch zugelassene Gelbfieber-Impfstellen) und andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe nach dieser Vereinbarung können die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden approbierten Ärzte, welche über eine entspr. Qualifikation zur Erbringung von Impfleistungen verfügen, im Rahmen ihrer berufsrechtlichen Zuständigkeit durchführen.

Sofern bei einem Patienten eine Indikation nach der Impfvereinbarung Sachsen und gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vorliegt, gelten die Bestimmungen der Impfvereinbarung Sachsen.

Soweit Schutzimpfungen auf der Grundlage der Impfvereinbarung Sachsen, von anderen Stellen (z. B. Arbeitgeber) oder vom öffentlichen Gesundheitsdienst aufgrund gesetzlicher Vorschriften durchgeführt werden (z.B. i. R. von Schuluntersuchungen, Sächsisches Herdbekämpfungsprogramm etc.), haben diese Vorrang vor der Durchführung von Schutzimpfungen nach dieser Vereinbarung.

	Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung (€)	Abrechnungsvoraussetzungen
Einfach- Impfungen	Hepatitis A	99805	15,00	pro 1. Impfung im Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
	Hepatitis B	99806	15,00	pro 1. Impfung im APK
	FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	99807	15,00	pro 1. Impfung im APK
	Meningokokken-Infektionen	99808	15,00	pro 1. Impfung im APK
	Tollwut	99809	15,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus	99810	15,00	pro 1. Impfung im APK
	Cholera	99811	15,00	pro 1. Impfung im APK
	Gelbfieber (<i>Genehmigung notw.</i>)	99812	15,00	pro 1. Impfung im APK
Kombi- nations- Impfungen	Hepatitis A und B	99825	22,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus und Hepatitis A	99826	22,00	pro 1. Impfung im APK

Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** sind die Impfungen nach den **Abr.-Nrn.** 99805 bis 99826 **mit dem Buchstaben „W“** zu versehen. Diese Abr.-Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 7,00 EUR vergütet.

2.11.4 Vereinbarung mit dem Freistaat Sachsen, vertreten durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS), über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A/H1N1, ab 01.10.2009

Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Einbeziehung der sächsischen Vertragsärzte in die Schutzimpfungen gegen die erstmals im Jahr 2009 pandemisch aufgetretene neue Influenza A/H1N1 durch die Bereitstellung von Impfstoff nebst Spritzen und Kanülen durch den Freistaat Sachsen sowie die Abrechnung ärztlicher Leistungen.

Diese Vereinbarung tritt am 1. Oktober 2009 in Kraft und am 31. Juli 2010 außer Kraft.

Der **Freistaat Sachsen stellt sächs. Vertragsärzten** zum Zwecke der Schutzimpfung gegen die neue Influenza A/H1N1 **Impfstoffe der Firmen GlaxoSmithKline (gsk) oder Novartis** nebst Verbrauchsmaterial (Spritzen und Kanülen) in Mehrdosenbehältnissen (10er-Sets) **zur Verfügung**. (Impfstoffe anderer Hersteller sind vom Freistaat Sachsen nicht erstattungsfähig, auch die ärztliche Impfleistung kann in diesem Zusammenhang nicht abgerechnet werden.)

Im Falle der Inanspruchnahme werden diese Impfstoffe für alle Patienten zu Lasten des Freistaates Sachsen (VKNR: 95894) auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) verordnet. Dabei ist nur das Feld „8“ (Impfstoffe) durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen. Die Impfstoffe für Patienten sind über die Apotheken zu beziehen. Die benötigten Spritzen und Kanülen werden den Impfstoffen in 10er-Sets entspr. den Mehrdosenbehältnissen beigelegt.

Weitere notwendige Materialien (z.B. Desinfektionsspray) sind i. R. der wirtschaftlichen Verwendung über den Sprechstundenbedarf zu beziehen.

Im Falle der Inanspruchnahme für die Impfung des (eigenen) medizinischen Personals erhält der Arzt diese Impfstoffe vom zuständigen Gesundheitsamt. Die benötigten Spritzen und Kanülen werden den Impfstoffen in 10er-Sets entspr. den Mehrdosenbehältnissen beigelegt.

Grundsätzlich sollen alle impfwilligen Patienten geimpft werden. Es wird jedoch darum gebeten, neben dem - sofern noch nicht geimpften Schlüsselpersonal - in erster Reihenfolge besonders gefährdete Personen zu impfen, da für diese auch die Nutzen/Risiko-Abschätzung einer Impfung am ehesten für eine Impfung spricht (die Chance, schwere Krankheitsverläufe zu verhindern übersteigt die Risiken und Nebenwirkungen der Impfung).

Für die **Abrechnung** gelten die nachfolgend aufgeführten Abrechnungsnummern und Vergütungspauschalen:

Leistungen zur Impfung gegen die neue Influenza A/H1N1	Abrechnungs-Nummer	Vergütung
Impfung gegen die neue Influenza A/H1N1		
Für die erste Impfung	99700A	5,00 €
Für die zweite Impfung	99700B	5,00 €

Hinweise für die Abrechnung:

Die Nrn. 99700A und 99700B sind - sofern sie noch nicht in der Praxissoftware enthalten sind - manuell unter Verwendung der Pseudo-IK-Nr. 100095894 anzulegen.

Bei der Abrechnung der Impfleistungen

- ist für **GKV-Versicherte** die entspr. **KV-Karte** zu verwenden,
- ist für **alle Patienten**, die **regulär nicht über die KV Sachsen** abgerechnet würden, das **Ersatzverfahren** unter Zugrundelegung der **VKNR 95894** anzuwenden;
für **Privat-Versicherte** ist dabei eine separate Kennzeichnung erforderlich (Angabe „**PKV**“ in der **Feldkennung 5009**).

2.15.2 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Diabetes mellitus Typ 2- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

Dieser Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2. Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den koord. Versorgungssektor sind grundsätzlich Vertragsärzte, die gem. § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen u. die Anforderungen gem. Anlage 1 (Strukturqualität koord. Vertragsarzt) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, was mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachzuweisen ist.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2

- einen FA/ eine FÄ für Innere Medizin mit Zulassung zur Fachärztlichen Tätigkeit mit mind. 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 pro Quartal in dauerhafter Betreuung,
- einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztl. Versorg. teilnehmenden Arzt oder
- eine ärztlichen geleitete, diabetologisch spezialisierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen und ermächtigt ist,

auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen wählen, wenn der gewählte Arzt / die gewählte Einrichtung am DMP teilnimmt.

Dies gilt insbes. dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt/ dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist o. diese Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln (Ziff. 1.8.2 der Anlage 7 "Versorgungsinhalte") sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten.

Die fachlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen sind in der o.g. Anlage 1, die Aufgaben und Pflichten der koord. Vertragsärzte im § 3 detailliert beschrieben.

Teilnahmevoraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen [SPP]) gemäß § 4

Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte in diabetologischen SPP, wenn sie die Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 (Strukturqualität diab. qualifizierter Versorgungssektor) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, was mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachzuweisen ist.

Die fachlichen, personellen u. apparativen Voraussetzungen sind in der o.g. Anlage 2, die Aufgaben u. Pflichten des diab. qualifizierten Vers.-Sektors im § 4 detailliert beschrieben.

Sowohl für den koordinierenden als auch für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor gilt, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen, Anforderungen, die sich auf best. apparative Ausstattungen u. org. Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn und Ende des Angestelltenverhältnisses/ der Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars mit.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt (§ 3) u./o. als diabetologisch qualifizierter Arzt (§ 4) gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 zur Teilnahme am DMP bereit.

Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Detaillierte Regelungen zum Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme finden sich im § 7.

Die medizinischen Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind gem. § 9 (1) in der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages.

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können gemäß § 13 freiwillig an der Versorgung dieses Vertrages teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind (schriftl. Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koord. Vertragsarzt auf der Teilnahme- u. Einwilligungserklärung, schriftl. Einwilligung in d. Teilnahme und die damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, Versorgungsziele, ...).

Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koord. Vertragsarzt, dieser ist der KVS mitzuteilen.

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können gemäß 3.2 der Anlage 7 (Versorgungsinhalte) **nicht in dieses DMP aufgenommen** werden.
Siehe hierzu: Diabetes-Vereinbarung Sachsen - Nr. 99118F

Für bei Sonderkostenträgern versicherte Patienten ist eine Einschreibung ins DMP nicht möglich - die Nrn. der Erst- u. Folgedokumentation sind somit nicht abrechenbar.

Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation gemäß der Anlage 12 **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 wurden folgende Vergütungen vereinbart:

**Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten,
Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr.
Unterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3
sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument**

99310A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 2 das erste DMP 25,00 EUR
99311A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 2 als weiteres DMP* 15,00 EUR

2.15.3 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Diabetes mellitus Typ 1- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

Dieser Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1.

Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität.

An diesem DMP können diabetologisch qualifizierte Ärzte/ diab. Schwerpunktpraxen (gem. Anlage 1), diab. qualifizierte Pädiater/ pädiatrische Einrichtungen (gem. Anlage 2) sowie in Ausnahmefällen bei strukturellen Gegebenheiten Hausärzte i. R. von § 73 SGB V (gem. Anlage 3 des Vertrages) teilnehmen.

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3

Die koordinierenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators.

Teilnahmeberechtigt für den koord. Versorgungssektor sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 (Strukturqualität koord. Versorgungssektor) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und dies gegenüber der KVS nachweisen:

- zugelassene Vertragsärzte oder ermächtigte Ärzte und zugelassene MVZ oder
- Krankenhäuser können i. R. des § 116b Abs. 1 SGB V nur dann zur ärztlichen Behandlung i. R. dieses DMP zugelassen werden, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung dies erfordern.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen, Anforderungen, die sich auf best. apparative Ausstattungen u. org. Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn und Ende des Angestelltenverhältnisses/ der Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars mit.

In **Einzelfällen** kann als koord. Vertragsarzt auch der gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt teilnehmen. Er muss die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ erfüllen.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt (§ 3) gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 4) zur Teilnahme am DMP bereit. Diese ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können gemäß § 13 freiwillig an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind (schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose..., schriftliche Einwilligung in Teilnahme und die damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, Versorgungsziele, ...).

Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation gemäß der Anlage 12 **sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 wurden folgende Vergütungen vereinbart:

**Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten,
Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr.
Unterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3**
sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument

99340A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP 25,00 EUR
99341A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 als weiteres DMP* 15,00 EUR

**Erstellung und Versand der Folgedokumentationen
durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3**
sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument

99340B ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP 15,00 EUR
99341B ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 als weiteres DMP* 9,00 EUR

- im DMP D. m. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur „Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP nach § 137f SGB V“ (Neufassung mit Wirkung ab 01.07.2008) zur Anwendung.

Die Abrechnung der Nrn. für die Erst- bzw. Folgedokumentation nach diesem Vertrag schließt eine Abrechnung der Nrn. für die Erst- bzw. Folgedokumentation aus dem gleichen DMP nach dem jeweiligen DMP-Vertrag im gleichen Quartal aus.

Die Festlegung, welches DMP als Ersteinschreibung im Rahmen des DMP-Vertrages und welches DMP als weitere Einschreibung im Rahmen dieses Vertrages abgerechnet wird, obliegt dem koordinierenden Vertragsarzt.

Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

Endet die Teilnahme am DMP der Ersteinschreibung und ist eine Wiedereinschreibung des Versicherten nicht möglich, so trifft der koordinierende Vertragsarzt die Festlegung nach Satz 1 mit Wirkung ab dem Folgequartal nach Bekanntwerden der Änderung neu.

- Die Vergütung der o.g. Leistungen schließt gem. § 35 eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z.B. Arztbriefe, Porto) im Zus. mit der Einschreibung aus.

2.15.4 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Koronare Herzkrankheit- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

Dieser Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK), insbesondere die Reduktion der Sterblichkeit, der kardiovaskulären Morbidität, die Steigerung der Lebensqualität und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den hausärztl. Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztl. Versorgung teilnehmen u. die Anforderungen nach Anlage 1 (Strukturqualität koordin. Vertragsarzt) -persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen und zugelassene Medizinische Versorgungszentren (MVZ). Dies ist mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen.

In Ausnahmefällen kann ein Versicherter mit KHK

- einen zugelassenen oder ermächtigten kardiologisch qualifizierten Facharzt,
 - eine kardiologisch qualifizierte Einrichtung, die für diese Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist o. die nach § 116b SGB V an der amb. ärztlichen Versorgung teilnimmt,
- auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation u. Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen, wenn dieser/diese am DMP gemäß § 3 u. § 4 dieses Vertrages teilnimmt.

Dies gilt insbes. dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt/ dieser Einrichtung dauerhaft (d.h. mind. 12 Monate) betreut worden ist o. diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 der Anlage 4 (Versorgungsinhalte) sind zu beachten.

Die fachlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen sind in der Anlage 1, die Aufgaben der koordin. Vertragsärzte im § 3 detailliert beschrieben.

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors gemäß § 4

Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung ist der kardiologisch qualifizierte fachärztlich tätige Internist oder FA für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie („Facharzt“), wenn er die Voraussetzungen nach Anlage 2 (Strukturqualität fachärztl. Versorgungssektor) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllt.

Dies ist zu Beginn der Teilnahme nachweisen; die Überprüfung erfolgt entspr. § 6.

Die allgemeinen, fachlichen und organisatorisch-/apparativen Voraussetzungen sind in der Anlage 2, die Aufgaben der Fachärzte im § 4 detailliert beschrieben.

Sowohl für den hausärztlichen als auch für den fachärztlichen Versorgungssektor gilt, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen, Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt der KVS Beginn und Ende des Angestelltenverhältnisses/ der Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a beigefügten Formulars mit.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt (§ 3) und/oder als Facharzt (§ 4) gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 5) zur Teilnahme am DMP bereit. Diese ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können gemäß § 13 freiwillig an der Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen (schriftl. Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koord. Vertragsarzt auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, schriftl. Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, Versorgungsziele, ...) erfüllt sind.

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte seinen koord. Vertragsarzt. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich für nur einen koord. Arzt entscheiden (§ 14).

Für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation (gem. der Anlage „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der RSAV“) **sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 wurden folgende Vergütungen vereinbart:

**Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten,
Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr.
Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3**
sowie Eintragungen in den Patientenpass

99320A	... wenn DMP KHK das erste DMP	25,00 EUR
99321A	... wenn DMP KHK als weiteres DMP*	15,00 EUR

**Erstellung und Versand der Folgedokumentationen
durch den Vertragsarzt nach § 3**
sowie Eintragungen in den Patientenpass

99320B	... wenn DMP KHK das erste DMP	15,00 EUR
99321B	... wenn DMP KHK als weiteres DMP*	9,00 EUR

- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

2.15.5 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Asthma bronchiale- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

Dieser Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma mit dem Ziel der Vermeidung/Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen sowie der Asthma-bedingten Letalität.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den koord. Versorgungssektor sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 (Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor) -persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen:

- zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ und
- in Ausnahmefällen gemäß Ziffer 1.6.1 der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ zugelassene oder ermächtigte, für die Behandlung von Asthma qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind.

Die Ausnahmefälle sind insbes. möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Leistungserbringern dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entspr. § 6.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Zu den **Pflichten der koord. Vertrags-Ärzte/ Einrichtungen** gehören gemäß § 3 (4):

- die **Koordination der Behandlung** von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen ... sowie im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen...
- die **Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten** gemäß § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der **Dokumentation** nach den Abschnitten VII und VIII, sowie die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur der betreffenden Parameter auf Anforderung,

- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie ... ,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
- die **Überweisung** an andere vertraglich eingebundene Ärzte **bzw. Einweisung** zur stationären Behandlung ... bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gem. Anlage 5 Ziffern 1.6.2 bzw. 1.6.3) sowie Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapie-relevanter Informationen entspr. § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4

Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen.

Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entspr. § 6. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Zu den im § 4 (4) detailliert beschriebenen **Pflichten der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte** (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören:

- die **Mit- und Weiterbehandlung** der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie...,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entspr. nachgewiesen ist,
- die **Überweisung an andere Leistungserbringer bzw. die Einweisung zur stationären Behandlung** bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gemäß Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ Ziffer 1.6 bzw. 1.6.3) und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten sowie die Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapie-relevanter Informationen entspr. § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie
- bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapie-relevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln

Gemäß § 5 erklärt sich der Vertragsarzt unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KVS schriftlich auf der **Teilnahmeerklärung** gemäß der Anlage 3 zur Teilnahme am DMP bereit.

Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Die KVS prüft die Teilnahmevoraussetzungen entspr. der jeweiligen Strukturqualität gemäß §§ 3 und 4 und die Schulungsberechtigungen entspr. den Anforderungen der

99350D Prädiagnostikpauschale

- einmal pro Patient

BMÄ / E-GO 25,00 EUR

- für eingeschriebene Ärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors (§ 4)
- i.R. der erstmaligen Diagnostik bei Neu-Manifestation und der besonderen Beratungsleistungen
- dies ist in der Abrechnung in der Feldkennung 5009 zu begründen
- die Nr. 99350D ist am Behandlungstag nicht neben der Nr. 99350E (Motivations- und Abschlussgespräch) berechnungsfähig

Die **Patientenschulungen** können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 an Betriebsstätten erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 „Patientenschulung“ erfüllen u. eine entspr. Abrechnungsgenehmigung erhalten haben.

Die vollen Unterrichtseinheiten gelten für ungeschulte Patienten.

Für bereits geschulte Patienten gilt grundsätzlich, dass ein Nachschulungsantrag über die Gemeinsame Einrichtung gestellt werden muss. Dieser kann gestellt werden

- für Kinder, die mindestens **6 Monate ein Jahr** nicht geschult wurden und
- Erwachsene, die mindestens zwei Jahre nicht geschult wurden.

Nachschulungen von Kindern werden mit 1 UE (bei Einzelschulung) und max. 4 UE (bei Gruppenschulungen) vergütet, bei Erwachsenen können max. 2 UE vergütet werden.

Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen **wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (UE)** vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr. für Schulung	Abr.-Nr. für genehmigte Nachschulung	Vergütung
Asthmaschulung von Kindern u. Jugendlichen je UE u. Vers. (1 UE = 45 Min.) - max. 7 Patienten je Schulungsgruppe - Aufteilung nach Altersgruppen: 5 - 7, 8 - 12, 13 - 18 Jahre - max. 18 UE à 45 Min. Kinder/Jugendl. - max. 12 UE à 45 Min. Eltern	99355K	99356K	22,50 €
Schulungsmaterial zur Nr. 99355K je Versicherten	99355T	---	9,00 €

Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA) je UE u. Vers. (1 UE = 60 Min.) - 4 - 10 Patienten je Schulungsgruppe - max. 6 UE à 60 Min.	99355A	99356A	25,00 €
Schulungsmaterial zur Nr. 99355A je Versicherten	99355S	---	9,00 €

Erläuterungen:

- Die **Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig**; **Nachsulungen bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung und sind mit einer gesonderten Abr.-Nr. abzurechnen.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind.
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KVS erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- Das gesamte Schulungs- und Behandlungsprogramm muss innerhalb von höchstens 12 Wochen stattfinden.
- Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals muss in diesem Zeitraum sichergestellt sein.
- Voraussetzung für die Vergütung der in dieser Anlage genannten Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Die Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

99350E Motivations- und Abschlussgespräch

- im Anschluss an die letzte UE

BMÄ / E-GO 25,00 EUR

- wenn alle UE wahrgenommen wurden, kann die Nr. 99350E am gleichen Tag wie die letzte UE abgerechnet werden
- nur bei der Durchführung der Schulung für Erwachsene (Nr. 99355A), nicht mit der Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche (Nr. 99355K)
- nicht bei Nachschulungen abrechenbar
- Voraussetzung für die Vergütung ist das Vorliegen des vollständig ausgefüllten Schulungsnachweises (Anlage 12) bei der KVS

2.15.6 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD)- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009

Dieser Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit COPD mit dem Ziel der Vermeidung/Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, einer raschen Progredienz der Erkrankung sowie der COPD-bedingten Letalität.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den koord. Versorgungssektor sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 (Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor) -persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen:

- zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ und
- in Ausnahmefällen gemäß Ziffer 1.6.1 der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ zugelassene oder ermächtigte, für die Behandlung von COPD qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind.

Die Ausnahmefälle sind insbes. möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Leistungserbringern dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entspr. § 6.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Zu den **Pflichten der koord. Vertrags-Ärzte/ Einrichtungen** gehören gemäß § 3 (4):

- die **Koordination der Behandlung** von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen ... sowie im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen...
- die **Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten** gemäß § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der **Dokumentation** nach den Abschnitten VII und VIII, sowie die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur der betreffenden Parameter auf Anforderung,

- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie ... ,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
- **Überweisung** an andere vertraglich eingebundene Ärzte **bzw. Einweisung** zur stationären Behandlung ... bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gem. Anlage 5 Ziffern 1.6.2 bzw. 1.6.3) sowie Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapie-relevanter Informationen entspr. § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4

Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ - persönlich oder durch angestellte - Ärzte erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen.
Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entspr. § 6.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Zu den im § 4 (4) detailliert beschriebenen **Pflichten der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte** (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören:

- die **Mit- und Weiterbehandlung** der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie.... ,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entsprechend nachgewiesen ist,
- die **Überweisung an andere Leistungserbringer bzw. die Einweisung zur stationären Behandlung** bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gemäß Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ Ziffer 1.6 bzw. 1.6.3) und den koord. Vertragsarzt hiervon zu unterrichten sowie die Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapie-relevanter Informationen entspr. § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie
- bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koord. Vertragsarzt nach § 3 therapie-relevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln

Gemäß § 5 erklärt sich der Vertragsarzt unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KVS schriftlich auf der **Teilnahmeerklärung** gemäß der Anlage 3 zur Teilnahme am DMP bereit.

Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

99360D Prädiagnostikpauschale

- einmal pro Patient

BMÄ / E-GO **25,00 EUR**

- für eingeschriebene Ärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors (§ 4)
- i.R. der erstmaligen Diagnostik bei Neu-Manifestation und der besonderen Beratungsleistungen
- dies ist in der Abrechnung in der Feldkennung 5009 zu begründen
- die Nr. 99360D ist am Behandlungstag nicht neben der Nr. 99360E (Motivations- und Abschlussgespräch) berechnungsfähig

Die **Patientenschulungen** können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 an Betriebsstätten erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 11 „Patientenschulung“ erfüllen u. eine entspr. Abrechnungsgenehmigung erhalten haben.

Die vollen Unterrichtseinheiten gelten für ungeschulte Patienten.

Für bereits geschulte Patienten gilt grundsätzlich, dass ein Nachschulungsantrag (für Erwachsene, die mind. zwei Jahre nicht geschult wurden) über die Gemeinsame Einrichtung gestellt werden muss.

Bei Nachschulungen wird die Vergütung für maximal 2 Unterrichtseinheiten gezahlt.

Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen **wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (UE)** vergütet:

Leistungsbeschreibung	Abrechn.-Nr. für Schulung	Abrechn.-Nr. für genehmigte Nachschulung	Vergütung
COBRA (Umbenennung von AFBE = Das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem); je UE u. Vers. (1 UE = 60 Min.) - 4 – 10 Teilnehmer je Schulungsgruppe - max. 6 UE à 60 Min.	99365A	99366A	25,00 €
Schulungsmaterial zur Nr. 99365A je Vers.	99365S	---	9,00 €

Erläuterungen:

- Die **Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig; Nachschulungen bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung und sind mit einer gesonderten Abr.-Nr. abzurechnen.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind.
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KVS erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- Das gesamte Schulungs- und Behandlungsprogramm muss innerhalb von höchstens 12 Wochen stattfinden.
- Voraussetzung für die Vergütung der in dieser Anlage genannten Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Die Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

99360E Motivations- und Abschlussgespräch

- im Anschluss an die letzte UE

BMÄ / E-GO 25,00 EUR

- wenn alle UE wahrgenommen wurden, kann die Nr. 99360E am gleichen Tag wie die letzte UE abgerechnet werden
- nicht bei Nachschulungen abrechenbar
- Voraussetzung für die Vergütung ist das Vorliegen des vollständig ausgefüllten Schulungsnachweises (Anlage 12) bei der KVS

2.15.7 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen („DMP Brustkrebs“), ab 01.10.2009

Dieser Vertrag nach § 137f SGB V mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, um deren Versorgung zu optimieren.

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors gemäß § 3

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** durch die KVS.

Teilnahmeberechtigt sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** („koordinierender Vertragsarzt“), die die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 – persönlich oder durch angestellte Ärzte – erfüllen.

Die **Anforderungen an die Strukturqualität** nach Anlage 1 können gem. § 3 Abs. 2 auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden. Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt bzw. der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit des angestellten Arztes wird der KVS unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 3a beigefügten Formulars (Ergänzungserklärung zur Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes) mitgeteilt.

Die **Teilnahmevoraussetzungen** sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Zu den **Pflichten der nach § 3 Absatz 2 teilnahmeberechtigten Vertragsärzte („koord. Ärzte“)** gehören gemäß § 3 (4):

- die **Koordination der Behandlung** von Versicherten, insbesondere im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer,
- die **Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen** nach Abschnitt III,
- die **Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten** gem. § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der **Dokumentation** nach den Abschn. VII u. VIII, sowie die nachträgliche Ergänzung fehlende Parameter auf Anforderung,
- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie ...,
- die **Überweisung** per Auftragsleistung an andere ...Vertragsärzte (entspr. Anlage 2) **zur weiterführenden Diagnostik und Therapie** ..., sowie Übermittlung und Anforderung therapierelevanter Informationen entspr. § 9, z.B. medikamentöse Therapie

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt nach § 3 gegenüber der KVS schriftlich auf der **Teilnahmeerklärung** gemäß Anlage 3 „Teilnahmeerklärung Vertragsarzt“ zur Teilnahme am DMP bereit.

Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die Teilnahmeerklärung auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist entspr. mit dem in der Anlage 3a beigefügten Formular unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVS kann die Teilnahme am DMP ohne erneute Teilnahmeerklärung weitergeführt werden.

Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Die KVS überprüft die Teilnahmevoraussetzungen und erteilt die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag gemäß § 6.

Detaillierte Regelungen zum Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme finden sich im § 7.

Die medizinischen Anforderungen an das DMP Brustkrebs sind gemäß § 9 (1) in der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages.

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können gemäß § 13 freiwillig an der Versorgung gemäß dieses Vertrages teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind:

- die **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** durch den koord. Vertragsarzt entspr. Anlage 3 Ziffer 3.2 RSAV auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten,
- die **schriftliche Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
- die **umfassende**, auch schriftl. **Information d. Versicherten** über die Programminhalte, über die mit der Teilnahme verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung u. -Nutzung, ...

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

Dem teilnehmenden Vertragsarzt nach § 3 (2) werden folgende Leistungen vergütet:

- 99330A Ersteinschreibung der Versicherten in das DMP,**
Versand der Teilnahme- und Einwilligungserklärung
sowie Erstellung und Versand der Erstdokumentation
BMÄ / E-GO **25,00 EUR**
- nur einmalig, zu Beginn der Behandlung der Patientin im DMP,
durch Vertragsärzte nach § 3 berechnungsfähig

Aufgrund der bes. Anforderungen, die an die teilnehmenden FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, insbes. im Hinblick auf die individuelle Patientinnenberatung, die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten gestellt werden, werden die **Beratungsgespräche wie folgt vergütet:**

- 99330B Begleitgespräch, einschl. Erstellung u. Versand der Folgedokumentation; Dokumentationszeitraum aller 2 Quartale**
(einmal je Quartal, Dauer ca. 15 Min.)
BMÄ / E-GO **20,00 EUR**
- entspr. dem grundsätzlichen Doku.-Zeitraum:
einmal in zwei Quartalen je Patientin berechnungsfähig,
im individuellen Einzelfall: einmal im Quartal je Patientin
- 99330C Gespräch vor der stationären Aufnahme und/oder nach histologischer Sicherung der Diagnose**
(einmalig pro Patientin, Dauer ca. 30 Min.)
BMÄ / E-GO **20,00 EUR**
- 99330D Gespräch nach der stationären Behandlung**
(einmalig pro Patientin, Dauer ca. 30 Min.)
BMÄ / E-GO **20,00 EUR**
- 99330E Begleitgespräch ohne Folgedokumentation**
(einmal pro Quartal, Dauer ca. 15 Min.)
BMÄ / E-GO **10,00 EUR**

Gemäß § 28b Absatz 4 der Risikostruktur-Ausgleichsverordnung (RSAV) hat die **Erfassung und Übermittlung der Erst- und Folgedokumentationen des DMP Brustkrebs ab 01.07.2009 auf elektronischem Weg** (Übersendung eines Datenträgers) an die Datenstelle zu erfolgen.
Die Dokumentation auf Papier ist nicht mehr möglich.

Hinweise zur Abrechnung:

- Weiterführende Abrechnungen nach EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation sind ausgeschlossen.
- Die Abrechnung und Vergütung der vorgenannten Nrn. setzt die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung ausgeschlossen.
- Neben der Nr. 99330A sind die Nrn. 99330B und 99330E im selben Quartal (Behandlungsfall) nicht abrechenbar.
- Neben der Nr. 99330B ist die Nr. 99330E im selben Quartal (Behandlungsfall) nicht abrechenbar.
- Neben der Nr. 99330C sind die Nrn. 99330B und 99330E im selben Quartal (Behandlungsfall) nicht abrechenbar.
- Neben der Nr. 99330D sind die Nrn. 99330B und 99330E im selben Quartal (Behandlungsfall) nicht abrechenbar.

3.1 Angabe der Uhrzeit im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst)

In der gemeinsamen Sitzung des Vorstandes mit dem Hauptausschuss der KVS am 17.05.2006 wurde festgelegt, dass die **Pflicht der Uhrzeitangabe** als Begründung auf den Behandlungsscheinen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) **ab 01.07.2006 aufgehoben** ist.

Stattdessen werden anlassbezogene Stichprobenprüfungen durchgeführt, im Rahmen der Plausibilitätsprüfung erfolgt für ausgewählte Praxen ein Abgleich mit den Dienstplänen.

Das Feld FK5006 ist daher entfallen, die „Rosa Erklärung“ wurde entspr. geändert.

3.2 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

Abrechnung des Ganzkörperstatus im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.10.2009

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist der Ganzkörperstatus weiterhin im Notfalldienst bzw. bei Notfallbehandlungen **nur mit Begründung**

- bei Kindern im Alter bis zu 5 Jahren
- bei bewusstlosen Patienten
- bei polytraumatisierten Patienten
- bei akut psychiatrisch/neurologisch erkrankten Patienten

berechnungsfähig, da sich der genannte Personenkreis selbst meist nicht zu seinen Beschwerden äußern kann. Fehlt eine der o. a. Begründungen, erfolgt im Notfalldienst bzw. bei Notfallbehandlungen die Streichung der Leistung.

Der Leistungsinhalt, der die Erhebung des Ganzkörperstatus (eine Untersuchung aller Organsysteme) verlangt, kann während eines zeitlich begrenzten Notfalleinsatzes in der Regel nicht erbracht werden. Dem Notfallarzt obliegt nur die Erstversorgung des Patienten.

Abrechnung der Leistungen nach den GO-Nrn. 14240 und 21232 auf Notfallscheinen und im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen sind die Leistungen nach den GO-Nrn. 14240 und 21232 im Notfall bzw. im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nicht abrechnungsfähig.

3.3 Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05

Wie bisher sind präventive Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen nicht berechnungsfähig, da dem Arzt nur die Akutbehandlung obliegt, es sei denn es fehlen kurative Pendanten im EBM - wie beim CTG.

3.4 Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien (Nrn. 35111 bis 35302) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05

Wie bisher sind Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinien (Nrn. 35111 bis 35302) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen nicht berechnungsfähig, da die komplexen Leistungsinhalte im Notfall in der Regel nicht vollständig erbracht werden können und dem Arzt nur die Akutbehandlung obliegt.

3.5 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger), ab 01.04.05

Sind Leistungen des EBM anzahlbezogen begrenzt oder nebeneinander ausgeschlossen und gilt dies nur unter bestimmten Voraussetzungen, **z. B.**

- für dieselbe Körperregion
 - je Extremität, je Gelenk usw.
 - bei paarigen Organen für dieselbe Seite
 - je Zielvolumen
 - bei Laborleistungen für dasselbe Material oder denselben Krankheitserreger usw.
 - je Spender bzw. je untersuchter Person (abzurechnen beim Organempfänger)
- sind entsprechende Angaben im Begründungsfeld erforderlich**, damit die betreffenden Regeln nicht greifen bzw. damit sie ausgesetzt werden können.

Wo zutreffend, muss dann die Seitenlokalisation „B“ für beidseits entsprechend aus der Diagnoseangabe (ICD 10) hervorgehen.

Die Aussetzung der Regeln ist nur möglich, wenn die jeweilige Bestimmung des EBM dies explizit zulässt und die entsprechenden Begründungen angegeben wurden.

5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05

5.1.1 Abrechnung der Nrn. 01711 und 01712 (U1 und U2), ab 01.04.05

Gemäß Kinder-Richtlinien können die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 und U2 auf einem mit der Krankenversichertenkarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein (Muster 5 der Vordruckvereinbarung) abgerechnet werden.

Damit die im EBM festgelegten Unverträglichkeiten bei der gleichzeitigen Behandlung eines Elternteils nicht wirksam werden, muss aus dem Behandlungsausweis hervorgehen, **welche Leistungen für das Kind** erbracht wurden.

5.1.2 Besondere Kennzeichnung von Leistungen der Krebsfrüherkennung bei Männern, ab 01.04.05

Die nachfolgenden Leistungen sind zum Zwecke der Evaluation und der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen immer, wenn sie bei Männern erbracht wurden, mit „M“ (Ausnahme: GOP 01740, 01745, 01746 bei Versicherten der BIG) zu kennzeichnen.

Frauen	Männer	Bemerkung
01734	01734M	
01740	01740M	
01740P	01740N	ab 01.04.08 (<u>nur BIG direkt gesund</u>)
01741	01741M	
01742	01742M	
01743	01743M	
01745	01745M	ab 01.07.08 (Früherk.-Unters. Hautkrebs)
01745P	01745N	ab 01.01.09 (<u>nur BIG direkt gesund</u> ; Früherk.-Unters. Hautkrebs)
01746	01746M	ab 01.07.08 (Früherk.-Unters. Hautkrebs)
01746P	01746N	ab 01.01.09 (<u>nur BIG direkt gesund</u> ; Früherk.-Unters. Hautkrebs)
40160F	40160M	

5.1.3 Besondere Kennzeichnung von im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge erbrachten kurativen Leistungen, ab 01.04.05

Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind lt. EBM nach den kurativen Leistungspositionen zu berechnen. Die Leistungen müssen jedoch als „präventiv“ erkennbar sein.

Nach Mitteilung der KBV handelt es sich um die Leistungen nach den **Nrn. 32540 bis 32546, 32550 bis 32556 sowie ab 01.01.2007 um die Nrn. 33043, 33044 und 33090.**

Diese Leistungen sind bei Erbringung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **mit „V“ zu kennzeichnen**, z. B. 32540V.

5.1.4 EDV-Nrn. für Höchstwerte im EBM, ab 01.04.05

Durch den Arzt sind weiterhin die einzelnen Leistungen des EBM abzurechnen, die KV prüft die Überschreitung der Höchstwerte und fügt ggf. die entspr. EDV-Nrn. ein.

Durch den Arzt sind die EDV-Nrn. **nicht ansetzbar**, sie werden jedoch zum Verständnis der Abrechnungsunterlagen bekannt gegeben.

EDV-Nr.	Leistungsdefinition (Bewertung siehe EBM)
01605	Höchstwert für die Nrn. 01600 bis 01601
02318	Höchstwert für die Nr. 02312
02319	Höchstwert für die Nr. 02313
32118	Höchstwert für die Nrn. 32110 bis 32116
32138	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 ab 3. Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung
32139	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32137 und 32140 bis 32148S im 1. und 2. Quartal der Substitutionsbehandlung
32286	Höchstwert für die Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283
32339	Höchstwert für die Nrn. 32330 bis 32337
32432	Höchstwert für die Nr. 32430
32433	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32426 und 32427 und 32429
32434	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (die Nrn. 32426 u. 32427 sind dafür mit dem Buchstaben „U“ zu kennzeichnen)
32458	Höchstwert für die Nrn. 32435 und 32437 bis 32456
32511	Höchstwert für die Nrn. 32489 bis 32505
32536	Höchstwert für die Nr. 32528
32644	Höchstwert für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664
32695	Höchstwert für die Nr. 32690
32751	Höchstwert für die Nr. 32750
32771	Höchstwert für die Nr. 32770, je Mykobakterienart
32797	Höchstwert für die Nrn. 32792 bis 32794, je Körpermaterial
35303	Höchstwert für die Nrn. 35300 bis 35302 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
35304	Höchstwert für die Nrn. 35300 bis 35302 bei Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres

5.1.14 Bewertung der GOP 32001 in Euro

Übersicht über die Bewertung der GOP 32001 „Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32...“ für die entspr. Arztgruppen gemäß EBM in Punkten und in Euro (anhand des Orientierungspunktwerts i.H.v. 3,5001 Cent/Punkt)

Arztgruppe	Bewertung (Punkte)	Bewertung (Euro)
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	48	1,68 €
Anästhesisten	15	0,53 €
Chirurgen	10	0,35 €
Frauenärzte	30	1,05 €
Hautärzte	5	0,18 €
HNO-Ärzte	5	0,18 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	17	0,60 €
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5	0,18 €
Notfallärzte	5	0,18 €
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5	0,18 €
Nuklearmediziner	45	1,58 €
Radiologen	5	0,18 €
Strahlentherapeuten	20	0,70 €
Urologen	70	2,45 €
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50	1,75 €
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet) ... Angiologie	25	0,88 €
... Endokrinologie	80	2,80 €
... Gastroenterologie	35	1,23 €
... Hämatologie und Internistische Onkologie	240	8,40 €
... Kardiologie	20	0,70 €
... Nephrologie	165	5,78 €
... Pneumologie	20	0,70 €
... Rheumatologie	130	4,55 €

... je kurativ-ambulantem Arztfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

Weitere Regelungen/Bestimmungen zur GOP 32001 finden Sie im EBM in der jeweils aktuellen Fassung.

5.1.15 Fallkennzeichnung bei der Behandlung von Schweinegrippe bzw. Verdacht auf Schweinegrippe (Influenza A/H1N1)

Ab dem 1. Oktober 2009 gelten neue Regelungen zur Kennzeichnung von Leistungen, welche bei der Behandlung von Patienten aufgrund einer gesicherten Diagnose der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1) anfallen.

Bitte beachten Sie die nachfolgenden Hinweise zur Kennzeichnung, denn nur so kann der daraus resultierende Behandlungsbedarf als unvorhergesehene morbiditätsbedingte Gesamtvergütung geltend gemacht werden.

1. Bestimmung der gesicherten Diagnose „Neue Grippe“ (Influenza A/H1N1)

Eine **Leistungskennzeichnung** gemäß der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1) **kann nur erfolgen, wenn** die entsprechende **Diagnose J09 gesichert ist**. Dies bedeutet eine Angabe J09G im entsprechenden Diagnosefeld (FK 6001 und 6003) der Abrechnung.

Die Diagnose „Neue Grippe“ (Influenza A/H1N1) gilt unter den Gesichtspunkten dieser Regelung dann als gesichert, wenn der durchgeführte PCR-Test positiv ist.

Eine weitere Subtypisierung ist in diesen Fällen nicht erforderlich.

2. Kennzeichnung der Behandlungsfälle mit der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1)

In Behandlungsfällen in denen die Diagnosesicherheit, durch Angabe der entsprechenden Diagnose im entsprechenden Diagnosefeld, **festgestellt wurde, sind alle Sitzungen, in denen der Patient wegen dieser Diagnose behandelt wird, durch die Angabe der Pseudo-GOP 88200 zu kennzeichnen.**

Dies gilt auch für Sitzungen, in denen keine zusätzliche abrechnungsfähige Leistung angesetzt werden kann.

3. Kennzeichnung der Leistungen, die bei der Behandlung aufgrund der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1) erbracht werden

Die nachfolgend aufgeführten kennzeichnungspflichtigen Leistungen im Rahmen der Behandlung von Patienten mit der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1) wurden mit den sächsischen Krankenkassen vereinbart.

Sofern diese Leistungen im Zusammenhang mit der Behandlung von Patienten aufgrund der „Neuen Grippe“ (Influenza A/H1N1) zur Abrechnung gelangen, sind diese durch die Angabe der Pseudo-GOP 88200 im freien Begründungstext (Feldkennung 5009) zu der betreffenden Leistung zu kennzeichnen.

Auch hier gilt, dass die entspr. Kennzeichnung erst dann erfolgen kann, wenn die Diagnose gesichert ist.

Sofern Sie dazu Fragen haben, steht Ihnen die für Sie zuständige Bezirksgeschäftsstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen gern zur Verfügung. Über weitere Details zur Honorierung dieser Leistungen im Rahmen des Regelleistungsvolumens wird die KV Sachsen in der nächsten Zeit informieren.

Leistungskatalog Neue Grippe, ab 01.05.2009

Mögliche kurative Leistungen bei der Neuen Grippe, insbesondere bei den Fachgruppen der Haus- und Kinderärzte:

GOP	Leistung
-----	----------

1. Hausärzte (einschl. hausärztl. Internisten, einschl. aller Buchstabenkennungen):

	Versichertenpauschale ...
03110	... für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
03111	... für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
03112	... für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
oder	... bei Überweisungen durch einen in der Präambel 3.1 Nr. 1 EBM genannten Vertragsarzt oder bei einer Behandlung im Vertretungsfall
03120	... für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
03121	... für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
03122	... für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
oder 03130	... bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 07:00 Uhr, am Wochenende und an Feiertagen

2. Kinderärzte (einschl. aller Buchstabenkennungen):

	Versichertenpauschale
04110	... für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04111	... für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04112	... für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
oder	... bei Überweisungen durch einen in der Präambel 4.1 Nr. 1 EBM genannten Vertragsarzt oder bei einer Behandlung im Vertretungsfall
04120	... für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
04121	... für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum vollendeten 59. Lebensjahr
04122	... für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
oder 04130	... bei unvorhergesehener Inanspruchnahme zwischen 19:00 und 07:00 Uhr, am Wochenende und an Feiertagen

3. Leistungen, die alle Fachgruppen betreffen:

Überweisungen an fachärztliche Internisten auf Grund der neuen Grippe:
 - Gesamtes Kapitel 13.2 und die Grundpauschalen des Kapitels 13.3 EBM

99990	Arzt-Patienten-Kontakt ohne abrechenbare Leistungen
-------	---

Besondere Inanspruchnahme des Vertragsarztes durch einen Patienten:

01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme 19:00 bis 22:00 Uhr, ...
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme 22:00 bis 07:00 Uhr, ...
01102	Inanspruchnahme des Vertragsarztes an Samstagen 07:00 bis 14:00 Uhr

Besuche (jeweils nur eine GOP berechnungsfähig):

01410	Besuch
01411	Dringender Besuch I
01412	Dringender Besuch II
01413	Besuch eines weiteren Kranken
01415	Dringender Besuch im Wohn-/Pflegeheim

Sonstiges:

01416	Begleitung eines Kranken beim Transport
01436	Konsultationspauschale (ggf. 2 bis 3 mal)
01440	Verweilen außerhalb der Praxis
01600	Ärztlicher Bericht
01601	Ärztlicher Brief (nicht in jedem Fall erforderlich)
40100	Versandmaterial
40120	Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)
40122	Porto Brief (nicht für die Meldung an das Gesundheitsamt)
40240	Besuch durch Praxismitarbeiter
40260	Besuch durch Praxismitarbeiter, weiterer Patient
34220	Thorax-Röntgen

Labor:

12220	Grundpauschale Laborärzte, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt, nur i. V. m. GOP 88740
12225	Grundpauschale bei Probeneinsendung, sofern keine weiteren Untersuchungen beauftragt, nur i. V. m. GOP 88740
32001	Laborbonus
32025 - 32042	Kapitel 32.2.1 EBM
32045 - 32052	Kapitel 32.2.2 EBM
32120 - 32125	Kapitel 32.2.5 EBM
32128	C-reaktives Protein (CRP)

Organisierter Notfalldienst:

01210	Notfallpauschale
01211	Zusatzpauschale zur 01210
01214	Notfallpauschale
01215	Zusatzpauschale zur 01214
01216	Notfallkonsultationspauschale II
01217	Zusatzpauschale zur 01216
01218	Notfallkonsultationspauschale III
01219	Zusatzpauschale zur 01218
02100	Infusion bei Kreislaufversagen

4. Bei Einbeziehung von HNO Ärzten:

09210	Grundpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
09211	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 6. bis zum voll. 59. Lebensjahr
09212	Grundpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres
09311	Lupenlaryngoskopie (in Einzelfällen)

5. Bei Einbeziehung von Radiologen:

24210	Konsiliarpauschale für Versicherte bis zum vollendeten 5. Lebensjahr
24211	Konsiliarpauschale für Vers. ab Beginn des 6. bis zum voll. 59. Lebensjahr
24212	Konsiliarpauschale für Versicherte ab Beginn des 60. Lebensjahres

6. Leistungen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung:**a. Wegepauschalen:**

gemäß Anlage 2a zum Teil 3 der MGV-Vereinbarung 2009

b. spezielle Leistungen

Nach den Angaben des RKI und den dort veröffentlichten Expertenhinweisen wird hinsichtlich der Therapie bei der neuen Grippe bei entsprechender Symptomatik in den dort definierten Risikofällen ein antiviraler Therapiebeginn innerhalb von 48 Stunden nach Symptombeginn empfohlen.

Die **Indikationsstellung zur Therapie** erfolgt primär unter klinischen Aspekten:

88740	Nukleinsäurenachweis von Influenza A/H1N1 (sog. "neue Influenza") mittels Amplifikationsverfahren (PCR) ohne weitere Subtypisierung, inkl. Kosten für den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses	23,10 €
88741	Influenza Schnelltest bei Verdacht auf Vorliegen einer neuen Influenza A/H1N1	22,12 €

Hinweise zur Abrechnung:

Die Gebührenordnungsposition 88740

- ist **nur von Vertragsärzten** berechnungsfähig, die über eine **Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung spezieller Laboratoriumsuntersuchungen** entspr. der Qualitätssicherungsvereinbarung nach § 136 Abs. 2 SGB V verfügen,
- kann **nur für die vom RKI und den dort veröffentlichten Expertenhinweisen definierten Risikogruppen** erbracht und berechnet werden unter der Maßgabe, dass sich für den Patienten eine individualmed. therapeutische Konsequenz ableiten lässt,
- ist **ohne besondere Begründung nur berechnungsfähig, wenn zwischen Probenentnahme und Befundmitteilung nicht mehr als 24 Stunden liegen sowie die Befundmitteilung innerhalb von 48 Stunden** nach Symptombeginn erfolgt.
(Sofern aufgrund der Schwere der Erkrankung die Befundmitteilung innerhalb von 48 Stunden nicht erfolgen kann, ist dies bei der Abrechnung der GOP 88740 in der Feldkennung 5009 zu begründen.)

Die Gebührenordnungsposition 88741

- ist **nur in besonders begründeten Ausnahmefällen** (Begründung ist in Feldkennung 5009 anzugeben) bei Zugehörigkeit des Patienten zu den über das RKI definierten Risikogruppen möglich, wenn die Untersuchung entspr. der GOP 88740 nicht nach den dort definierten Fristen durchgeführt werden kann.
(Die Berechnungsfähigkeit setzt die Durchführung in eigener Praxis bzw. im Rahmen eines Hausbesuches voraus.)

Die Gebührenordnungspositionen 88740 und 88741 sind am Behandlungstag nicht nebeneinander und nicht neben den GOP 32841, 32859 und 40100 berechnungsfähig.

Die Berechnungsfähigkeit der GOP 88740 und 88741 ist bis zum 31.12.2010 begrenzt.

40870	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen	17,00 €
40872	Ärztlich angeordnete Hilfeleistungen, weiterer Patient	12,50 €

c. Weitere Leistungen bereichsfremder Ärzte

Alle Leistungen, die gemäß vertraglicher Vereinbarung der Gesamtvertragspartner am Leistungsort als nicht vorhersehbarer Behandlungsbedarf definiert sind.

88741	5009	freier Begründungstext	... nur in besonders begründeten Ausnahmefällen bei Zugehörigkeit des Patienten zu den über das RKI definierten Risikogruppen , wenn die Untersuchung entspr. der GOP 88740 nach den dort definierten Fristen nicht durchgeführt werden kann.
96501	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe der Therapieform ...
96502	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe d. verwendeten Medikaments ...
96503			
96505			
96508	5002 (*)	Art der Untersuchung	... von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „ Kiefernekrosen “ ...
99350D	5009	freier Begründungstext	... unter Angabe von „ Neu-Manifestation “ als Begründung i. R. der erstmaligen Diagnostik ...
99360D			
99700A	5009	freier Begründungstext	Die Abrechnung der Impfleistungen gegen die neue Influenza A/H1N1 für Privatversicherte ist ... unter der Angabe „PKV“ ... zu kennzeichnen.
99700B			
99999	5011	Sachkosten-Bezeichnung	Sachkostenbezeichnung (Buchstabe) zur Nr. 99999 gem. „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)
	5012	Sachkosten/ Materialkosten in Cent	Rechnungsbetrag zur Nr. 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ...ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)

Tabelle 2: Begründung in besonderen Fällen notwendig

GOP / EBM-Abschnitt	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
Besuch(e), Visite(n), Schwesternbesuch, etc.	5006	Um-Uhrzeit	<p>weiterer Arzt-Patienten-Kontakt (APK) am Tag Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte am selben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden.</p> <p>ambulant: Gemäß Präambel zu Abschn. 1.4 (Nr. 2) EBM ist bei Berechnung von mehr als einem <u>Besuch</u> pro Tag bei demselben Patienten eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich.</p> <p>belegärztlich: Gemäß Belegarztvertrag (§ 2 Abs. 2) ist bei der Berechnung von mehr als einer <u>Visite</u> pro Tag - entgegen den Best. d. Präambel zum Abschn. 1.4 (Nr. 2) EBM - eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich.</p> <p>Bei Ausschluss von Leistungen im APK sind weitere APK am Tag durch Angabe der Uhrzeit hinter jeder betreffenden Leistung zu begründen.</p>
01730, 01731, 01734, 01734M	5020	Wiederholungsunters.	Wiederholungsuntersuchung? (0 = nein ; 1 = ja)
	5021	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsunt.	Format: JJJJ (Angabe nur, wenn im Feld 5020 der Eintrag „1“ (ja) erfolgte)
05310, -X	5009	freier Begründungs-Text	(ab 2009/1 nur noch ambulant berechnungsfähig!) wenn ohne Erbringung - einer OP oder Anästhesie aus Kap. 31 bzw. - Anästhesie aus Abschn. 36.5.3 EBM ist eine Ausnahmeindikation anzugeben (z.B. „nicht narkosefähig“ oder „belegärztliche OP/Anästhesie“)
25320, 25321			Muss - gemäß Präambel 25.1 Nr. 6 - die Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.
30201			Gem. Präambel 30.2 Nr. 2 kann jede weitere Behandlung, nach 2-maliger Erbringung der GOP 30201 im Quartal, im Ausnahmefall nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und n \in ologischen Begleiterscheinungen erfolgen.
30791			... je dokumentierter Indikation bis zu 10mal, mit besonderer Begründung bis zu 15mal im KHF

			Die GOP ...
31101 / 36101	5036	GNR als Begründung	02300, 02301, 02302 bzw. 10340, 10341, 10342
31221 / 36221			15321, 15322, 15323
31231 / 36231			09351, 09360, 09361, 09362
31271 / 36271			26350, 26351, 26352
31321 / 36321			06350, 06351, 06352
			ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach den (links) genannten GOP der Abschn. 31.2 bzw. 36.2 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Vorauss. gem. § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zu diesem Vertrag genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen des Abschn. 31.4 nicht ber.-fähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsregelungen der o.g. GOP entsprechend.
32030	5002 (*)	Art der Untersuchung	Bei mehrfacher Berechnung der GOP 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.
32760 bis 32765	5002 (*)	Art der Untersuchung	... nebeneinander nur berechnungsfähig, wenn es sich um verschiedene Bakterienarten handelt. Die Anzahl der verschiedenen Bakterienarten ist hinter jeder GOP anzugeben.
GOP der Abschnitte 34.4.1 - 34.4.6 und 34.4.7	5009	freier Begründungs-Text	GOP der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 und 34.4.7 sind nebeneinander nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig.
40865	5002 (*)	Art der Untersuchung	... je Wirkstoff/ je Wirkstoffkombination im Behandlungsfall ...nur einmal berechnungsfähig. Eine mehrfache Berechnung ist nur mit gesonderter Begründung möglich.
40870	5009	freier Begründungs-Text	Die Kostenpauschale 40870 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den GOP 01410 bis 01413 berechnungsfähig.
40872			Die Kostenpauschale 40872 ist in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 berechnungsfähig.
88740	5009	freier Begründungs-Text	... sofern aufgrund der Schwere der Erkrankung die Befundmitteilung innerhalb von 48 Stunden nicht erfolgen kann
88895	5009	freier Begründungs-text	... unter Angabe einer besonderen Begründung , wenn die sozialpsychiatrische Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten fortgesetzt wird

Tabelle 3: Begründung/ Angabe in Pflichtfeldern notwendig

GOP / EBM-Abschnitt	Feld-Kennung	Feldbezeichnung	Begründung
01422, 01424, 04433/ -, 25321,	6001	ICD-Code	Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung ... bzw.
	6003	Diagnosensicherheit	
	6008	Diagnosenausnahmetatbestand	
07345, 08345, 09345, 10345, 13435/ -, 13675/ -, 14313, 14314, 15345, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233, 26315, 30401, 88200	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	Die GOP ... ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: ...
	3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	

* Anstelle dieser Begründung kann auch das Feld für die freie Begründung (FK 5009) genutzt werden.

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung - Stand: 2. Quartal 2009

Leistungsgruppen (LG)-Repräsentant	Bezeichnung
Akupunkt	Schmerztherapie Akupunktur
amb.OP	Ambulante Operationen gemäß Beschluss Bewertungsausschuss
Amb_NS	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge
Anäst_53	Anästhesien aus Kapitel 5.3 EBM
Beleg_OP	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM
Bes.Inan	Besondere Inanspruchnahme
Diabetes	Diabetesvereinbarung
DialSach	Dialyse Sachkosten
DMP	DMP Brustkrebs, DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (einschließlich augenärztliche Untersuchungen), DMP KHK
DringBes	Dringende Besuche
ESWL	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
HausAZV	Hausarztzentrierte Versorgung
HeilMiZu	Zuzahlungen Heilmittel
HistZyto	Histologie/Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
Impfen	Schutzimpfungen
IV_Baby	IV: Hallo Baby
IV_SBI	IV: Sächsische Brustkrebsinitiative
Kosten	Kosten (u. a. Sachkosten LHK, PTCA, Radionuklide, Linsen, Sklerosierungsnadeln, Mammographie-Screening, regionale Vereinbarungen, Hautscreening, Sozialpsychiatrie, Durchführungsvereinbarung Schwangerschaftsabbruch, Homöopathie)
KüBe	Künstliche Befruchtung
kurativ	nicht gesondert genannte EBM-Leistungen (u. a. Versicherten-/Grundpauschalen, Beratungs-/Betreuungsleistungen, Briefe, fachgruppenspezifische Leistungen, radiologische Leistungen)
Labor_P	Laborpauschalen
LaborBon	Wirtschaftlichkeitsbonus
Labor€	Laboranalytik
LZ_EKG	Auswertung Langzeit-EKG

LG-Rep.	Bezeichnung
MammoScr	Mammographie Screening
MamScr_A-E	Mammographie Screening - Screening-Einheit 1 bis 5 (1 = A, 2 = B, ..., 5 = E)
MamScrV	Mammographie-Screening Vakuumbiopsie (pro Screening-Einheit A - E)
Methadon	Methadonsubstitution
MRTAngio	MRT-Angiographien
Naevi	Naevi Flammei/Hämangiome
Nephro_L	Betreuung Dialyse, Apherese rheumatoide Arthritis
Nephro_2	Betreuung LDL- Apherese außerhalb MGV
Onkolog.	Onkologievereinbarung
PraxisGB	Praxisgebühr-Zuzahlungsbefreiung
PraxisGP	Praxisgebühr-Porto
PraxisGR	Praxisgebühr-Mahnung
Psycho_A	Antragspflichtige Psychotherapie
SchlafSt	Polysomnographie
SchmerzT	Schmerztherapie
SoHi	Empfängnisregelung, Schwangerschaftsabbruch, Sterilisation
Strahlen	Strahlentherapeutische Leistungen
Transp_T	Behandlung von Transplantatträgern
Vaku_Sta	Kurative Vakuumbiopsie
Vorsorge	Mutterschaftsvorsorge (MuVo), Früherkennung
Wege	Wegepauschalen