



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

23. Lieferung Austauschseiten

Stand 01.01.2010

Beilage zu den KVS – Mitteilungen 2/2010

Anleitung zum Einordnen der 23. 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
Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1	Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1
1. Teil ZUZAHLUNGEN UND KENNZEICHNUNGEN			
1.1 Seiten 1-2	1	1.1 Seiten 1-2	1
2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
---	---	2.0 Seiten 1-2	1
2.3 Seiten 3-4	1	2.3 Seiten 3-4	1
2.7 Seiten 1-2	1	2.7 Seiten 1-2	1
2.8 Seiten 1-4	2	2.8 Seiten 1-4	2
2.8 Seiten 9-10	1	2.8 Seiten 9-12	2
2.9 Seiten 3-6	2	2.9 Seiten 3-6	2
2.11 Seiten 7-12	3	2.11 Seiten 7-12	3
2.13 Seiten 1-2	1	2.13 Seiten 1-2	1
2.14 Seiten 1-2	1	2.14 Seiten 1-2	1
2.14 Seiten 7-8	1	2.14 Seiten 7-8	1
2.16 Seiten 3-4	1	2.16 Seiten 3-4	1
5. Teil SONSTIGES			
5.1 Seiten 1-2	1	5.1 Seiten 1-2	1
5.1 Seiten 7-12	3	5.1 Seiten 7-12	3
5.2 Seiten 1-2	1	5.2 Seiten 1-2	1
5.3 Seiten 3-6	2	5.3 Seiten 3-6	2
5.5 Seiten 1-6	3	5.5 Seiten 1-6	3
5.6 Seiten 1-2	1	5.6 Seiten 1-2	1
SUMMEN:	29		31



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Stand 01.01.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

- 1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05
- 1.2 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.10.2005
- 1.3 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

2. Teil Regionale Vereinbarungen

- 2.0 Diabetes-Diagnostik
- 2.1 Diabetes-Vereinbarung Sachsen
- 2.2 Schmerztherapie
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarungen
- 2.7 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention
- 2.8 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen
- 2.9 Homöopathie-Vereinbarungen
- 2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens
- 2.11 Impfvereinbarungen
- 2.12 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.13 Wegegeldregelungen
- 2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung
- 2.15 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- 2.16 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)
- 2.17 Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V mit der TK Sachsen, ab 2008/1
- 2.18 Sonstiges

3. Teil Vorstandsbeschlüsse

- 3.1 Angabe der Uhrzeit im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst)
- 3.2 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen
- 3.3 Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05
- 3.4 Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (GOP 35111 bis 35302) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05
- 3.5 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger), ab 01.04.05
- 3.6 Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarungen, ab 01.07.97
- 3.7 Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen, ab 01.04.05
- 3.8 Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall, ab 01.07.96
- 3.9 Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ab 01.01.96
- 3.10 Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ab 01.01.96
- 3.11 Belegarzt-Vergütung, ab 01.01.09
- 3.12 Berechtigungsprüfung im Rahmen des Notfall- und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

4. Teil Beschlüsse und Feststellungen

- 4.1 Beschlüsse des Bewertungsausschusses
- 4.2 Beschlüsse/Feststellungen der Partner des Bundesmantelvertrages bzw. der AG Ärzte/Ersatzkassen

5. Teil Sonstiges

- 5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05
- 5.2 Besondere Erklärungen, die gemäß EBM mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind, ab 01.04.05
- 5.3 Begründen zu Leistungen, die gemäß EBM in der Quartalsabrechnung anzugeben sind, ab 01.04.05
- 5.4 Abrechnungsbesonderheiten in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren, ab 01.04.05
- 5.5 Abrechnung Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten
- 5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung

1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05

§ 28 Abs. 4 SGB V: **Versicherte**, die das **18. Lebensjahr vollendet** haben, **leisten je Kalendervierteljahr für jede erste Inanspruchnahme eines an der ambulanten ärztlichen, zahnärztlichen oder psychotherapeutischen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringers**, die **nicht auf Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr erfolgt**, als **Zuzahlung** den sich nach § 61 Satz 2 SGB V ergebenden Betrag an den Leistungserbringer.

Das gilt nicht für Inanspruchnahmen nach § 20d (Schutzimpfungen), § 25 (Gesundheitsuntersuchungen), zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. ...

Die Höhe der ggf. anfallenden Praxisgebühr sowie die konkrete Definition des Begriffs „Erstinanspruchnahme“ ist durch die §§ 18 BMV-Ä bzw. 21 EKV geregelt.

§ 43b Abs. 2 SGB V: Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 Abs. 4 zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten, sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ...

Um Irritationen bei der Abrechnung zu vermeiden, sind die Pseudo-Nrn. für die Praxisgebühr durch den Arzt anzusetzen.

Zuzahlungsrelevante Sachverhalte - Praxisgebühr erhoben

Pseudo-Nr.	Zuzahlungsrelevante Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG	
80030 (*) 80030Z, wenn von KV zugefügt	Originalscheine, Vertretungsscheine, Notfallscheine, Bereitschaftsdienstscheine ohne Pseudonummer für Befreiungssachverhalte (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80030 (*) 80030Z, wenn von KV zugefügt	Überweisungsscheine zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder zu Auftragsleistungen, die nicht aus demselben Kalendervierteljahr sind, ohne Pseudonummer für Befreiungssachverhalte (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80030 (*)	Behandlungsfälle mit ausschließlich Präventionsleistungen, wenn Überweisungen zu kurativen Leistungen o. Rezepte ausgestellt werden, die GOP 01430, 01820 aber nicht neben anderen Leistungen berechnungsfähig sind (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80030N (*) ab Quartal 2004/3	Praxisgebühr bei eigenen Patienten bei Erstinanspruchnahme im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst (= Praxisgebühr erhoben)	-10,00 €
80044	Sachverhalte wie bei 80030, in denen trotz schriftlicher Zahlungsaufforderung die Praxisgebühr nicht gezahlt wurde **)	
80046	Portokosten für den Versand der schriftlichen Zahlungsaufforderung	0,55 €

*) Am 01.10.2006 traten Änderungen der Bundesmantelverträge Primär-/Ersatzkassen in Kraft, wonach „... die Praxisgebühr bei zuzahlungspflichtiger Inanspruchnahme desselben Vertragsarztes in dem selben Kalendervierteljahr in der Regelversorgung als auch im Notfall bzw. im organisierten ärztlichen Notfalldienst nur einmal zu erheben ist.“

Sollte die Praxisgebühr durch ein und denselben Arzt bei einem Patienten in der Regelversorgung und im Notfall erhoben worden sein, so wird die KV Sachsen diese Zuzahlungen an die betroffenen Kassen weiterleiten (80030 und 80030N).

**) Sollte die Frist für die Zahlung der Praxisgebühr am Quartalsende noch nicht verstrichen sein, so gibt es zwei Möglichkeiten:
Entweder den Behandlungsfall als Nachtragsfall im Folgequartal einreichen oder nach Zahlungseingang die 80044 in der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle korrigieren lassen.

1.1.2 Zuzahlungsbefreite Sachverhalte - Praxisgebühr nicht erhoben

Pseudo-Nr.	Zuzahlungsbefreite Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG
80031 80031Z, wenn von KV zugefügt	Überweisungsscheine zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder zu Auftragsleistungen aus demselben Kalendervierteljahr
80031 80031Z, wenn von KV zugefügt	Auftrags überweisungen ausschließlich zu Probenuntersuchungen und/oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, auch wenn die Überweisung nicht aus demselben Kalendervierteljahr ist
80031	Überweisung bei genehmigter Psychotherapie oder zur Abklärung somatischer Ursachen vor Psychotherapie aus demselben Kalendervierteljahr lag vor, Abrechnung auf entspr. Datensatz bzw. Muster 6
80031	Formlose Überweisung eines Vertragszahnarztes an einen ausschließlich auf Überweisung tätigen Vertragsarzt aus demselben Kalendervierteljahr lag vor (§ 24 Abs. 10 BMV-Ä, § 27 Abs. 10 EKV), Abrechnung auf selbst ausgestelltem Muster 6 bzw. entspr. Datensatz
80031	Inanspruchnahme im Vertretungsfall, in denen eine Überweisung aus demselben Kalendervierteljahr vorlag, Abrechnung auf Muster 19 (Vertreterschein) bzw. entspr. Datensatz ***)
80031	Überweisung zur fachärztlichen Behandlung auf Rezept (Vordruckmuster 16) bei Sozialversicherungsabkommen lag vor (Merkblatt über- oder zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht), Abrechnung auf entspr. Datensatz bzw. Muster 6
80032	Versicherte, die eine gültige Bescheinigung über Zuzahlungsbefreiung wegen Erreichens der Belastungsgrenze vorlegen (§ 62 SGB V - GMG)
80032 80032Z, wenn von KV zugefügt	Versicherte, die ein glaubhaftes Dokument Ihrer Krankenkasse zur Befreiung von der Praxisgebühr vorlegen (§ 65a SGB V - GMG), wie „Integrierte Versorgung“ BKK „gut DABEI“ DMP Knappschaft
80033	Inanspruchnahme, in denen die Vorlage der Quittung das Überweisungsverfahren ersetzt und die Quittung entwertet wurde (§ 18 BMV-Ä, § 21 EKV), d. h. Quittungen aus demselben Kalendervierteljahr - von Psychologischen Psychotherapeuten oder eines Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, - aus ambulanter Krankenhausbehandlung - bei Vertreterregelung ****)

***) Hier ist der Überweisungsschein und der Durchschlag des Muster 19 für den vertretenen Arzt mitzugeben, dieser rechnet dann auf dem Überweisungsschein ab und kennzeichnet ihn ebenfalls mit 80031.

****) Auch wenn der vertretene Arzt vor dem Vertreter bereits auf Überweisung in Anspruch genommen wurde und somit gar keine Quittung ausgestellt hat.

2. TEIL REGIONALE VEREINBARUNGEN

- 2.0 Diabetes-Diagnostik
- 2.1 Diabetes-Vereinbarung Sachsen
- 2.2 Schmerztherapie
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarungen
- 2.7 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention
- 2.8 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen
- 2.9 Homöopathie-Vereinbarungen
- 2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens
- 2.11 Impfvereinbarungen
- 2.12 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.13 Wegegeldregelungen
- 2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung
- 2.15 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- 2.16 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)
- 2.17 Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V mit der TK Sachsen, ab 2008/1
- 2.18 Sonstiges

2.0 Diabetes-Diagnostik

2.0.1 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V mit der AOK PLUS über die frühzeitige Diagnostik des Gestationsdiabetes, ab 01.10.2009

Ziel dieses Vertrages ist es, durch ein gezieltes Screening ein rechtzeitiges Erkennen des Gestationsdiabetes zu befördern als Basis für eine rasch einsetzende optimale Therapie, um die Risiken deutlich zu verringern.

Zur Teilnahme an diesem Screening sind **alle Vertragsärzte** im Zuständigkeitsbereich der KV Sachsen **berechtigt**, die eine Berechtigung zum Führen der **Gebietsbezeichnung Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** erworben haben.

Die am Vertrag teilnehmenden Ärzte beachten bei der Durchführung des Screenings auf Gestationsdiabetes die jeweils gültigen Praxisleitlinien Diabetes der Fachkommission Diabetes Sachsen (Diabetes und Schwangerschaft) und arbeiten entspr. dieser Vorgaben auch mit den diabetologischen Schwerpunktpraxen (SPP) zusammen.

Alle in einer gynäkologischen Praxis betreuten Schwangeren werden nach Feststellung der Schwangerschaft durch den behandelnden Gynäkologen über die Problematik Gestationsdiabetes informiert. Als **Risikofaktoren** gelten gem. § 3 (1) z.B. ein Body-Maß-Index (BMI) > 27 vor der Schwangerschaft, an Diabetes erkrankte Verwandte 1. Grades (Eltern u./o. Geschwister), Gestationsdiabetes in einer vorangegangenen Schwangerschaft u.a.

Bei **Schwangeren mit Risikofaktoren** gemäß § 3 (1) wird zeitnah nach Feststellung der Schwangerschaft (1. Trimenon) ein 75g-oraler Glukose-Toleranz-Test (oGTT) durchgeführt, bei unauffälligem Ergebnis wird der Test in der 24. - 28. Schwangerschaftswoche (SSW) wiederholt. Bei einem erneut unauffälligem Testergebnis wird der Test nochmals in der 32. - 34. SSW wiederholt.

Bei **Schwangeren ohne Risikofaktoren** gemäß § 3 (1) wird in der 24. - 28. SSW ein 75g oGTT durchgeführt.

Ergeben sich aus den o.g. durchgeführten 75g oGTT die Diagnosen „Gestationsdiabetes“ oder „gestörte Glukosetoleranz“ erfolgt gemäß § 3 (4) sofort eine Überweisung in eine diabetologische SPP.

Die **Bestimmung der Glukosewerte** muss mit nasschemischen oder vergleichbaren Methoden erfolgen, jedoch nicht mit Kleinphotometern oder amperometrisch messenden Kleingeräten.

In **Zweifelsfällen** bei der Interpretation der Ergebnisse des Glukose Screening Tests oder bei Diskrepanzen zu klinischen/anamnestischen Parametern sollte eine Überweisung der Patientin auch dann in eine diabetologische SPP erfolgen, wenn Probleme bei der Beurteilung auftreten.

Die Dokumentation aller mütterlichen Daten im Zusammenhang mit dem Screening auf Gestationsdiabetes erfolgt in den Patientenunterlagen und dem Mutterpass.

Zur **Abgeltung des besonderen, zusätzlichen Aufwandes**, erhält der teilnehmende Vertragsarzt pro Patientin, bei der die in § 3 beschriebenen Leistungen durchgeführt wurden, **zusätzliche Pauschalen** in folgenden Höhen:

99110A je erstmaligen Test bei Schwangeren mit und ohne Risikofaktoren für Gestationsdiabetes
BMÄ (nur AOK) **10,20 EUR**

- nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig

je erforderlichem Folgetest bei Schwangeren mit Risikofaktoren für Gestationsdiabetes gem. § 3 (2)

99110B ... 1. Folgetest in der 24. bis zur 28. SSW (nur AOK) 10,20 EUR

99110C ... 2. Folgetest in der 32. bis zur 34. SSW (nur AOK) 10,20 EUR

- jeweils nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig

Der am Vertrag **teilnehmende Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit entspr. Laborausstattung** erhält folgende Pauschale:

99110D je erforderlicher Laborbestimmung
BMÄ (nur AOK) **1,60 EUR**

- max. 3 mal je Test berechnungsfähig

Der **Laborarzt / die Laborgemeinschaft sowie Vertragsarzt mit entspr. Laborausstattung** erhält folgende Pauschale:

99110L je erforderlicher Laborbestimmung
BMÄ (nur AOK) **0,25 EUR**

- max. 3 mal je Test berechnungsfähig

Hinweise zur Abrechnung:

- Für die o. g. Abr.-Nrn. ist die **Praxisgebühr nicht anzusetzen**.
- Die Abr.-Nrn. 99110A, 99110B und 99110C sind jeweils nur einmal je Schwangerschaft und am Behandlungstag nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Die Abr.-Nrn. 99110D und 99110L sind am selben Behandlungstag nebeneinander nicht berechnungsfähig und schließen die Berechnung der EBM-GOP 32025 und 32057 am selben Behandlungstag aus.
- Neben den Abr.-Nrn. 99110D und 99110L ist die Kostenpauschale 40100 im selben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig.
- Die notwendigen Sachkosten sind mit dieser Vergütung abgegolten. Ein Bezug der Testsubstanz gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung ist nicht zulässig.
- AOK-Versicherten, bei denen i. R. dieses Vertrages ein Screening auf Gestationsdiabetes durchgeführt wird, darf für Leistungen nach § 3 (2) u. (3) neben der Vergütung nach § 4 (3) keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung gestellt werden.

Therapieform	Kürzel
Endokrine Therapie	ET
Bisphosphonattherapie bei Knochenmetastasen	BIS
Intrakavitäre Chemotherapie (gültig ab 01.10.2009)	ICT
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 Tumortherapie, 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 Tumortherapie

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.

2.7 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention

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

Vereinbarung mit der IKK Sachsen (jetzt IKK classic mit VKNR 95301) 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**

Das **Ziel der Vereinbarungen** mit AOK PLUS bzw. IKK classic 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 alle Versicherten

- der AOK PLUS bzw.
- der IKK classic (mit VKNR 95301, d.h. ehemals 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. Verordnungsformulars (IKK classic: Anlage 1),
 - Einreichen des Antragsformulars/Verordnungsformblatts 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/ Verordnungsformulars durch den Versicherten an den Arzt zur Durchführung und Dokumentation der Abschlussuntersuchung und schließlich
 - Einreichen des Originals des Antragsformblatts/Verordnungsformulars 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 ambulanten Behandlungsfall - wie folgt vergütet:

2. Teil Regionale Vereinbarungen

Programm / Handlungsfeld	AOK PLUS			IKK classic (mit VKNR 95301)		
	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 classic („-X“)
- berechnungsfähig: jeweils nur einmal pro Behandlungsfall (AOK PLUS) bzw. nur einmal pro Fall und Jahr (IKK classic)
- Die Programme der AOK PLUS sind **ausschließlich für Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit entspr. Indikationen geeignet; (außer Ernährungsberatung: auch für Kinder unter Einbeziehung der Eltern möglich).
- 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.

2.8 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat **mit Wirkung zum 1. Juli 2008** das **Hautkrebs-Screening in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** aufgenommen.

Der ebenfalls auf Bundesebene angesiedelte Bewertungsausschuss hat am 23. Juni 2008 die in den EBM aufzunehmenden Gebührenordnungspositionen beschlossen, nach dem die Kassenseite monatelang die Verhandlungen blockiert hatte.

Aufgrund der Aufnahme in den EBM ist die **Privatabrechnung** des Hautkrebs-Screenings für Versicherte der GKV **ab 1. Juli 2008 ausgeschlossen**.

Unterschiede zu den bisher bestehenden regionalen Vereinbarungen bestehen vor allem

- in der angehobenen Altersgrenze der berechtigten Versicherten (ab 35 Jahre)
- in der eingeschränkten Inanspruchnahme (jedes zweite Jahr)
- in der Erweiterung der zur Erbringung der Leistung berechtigten Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung - beschränkt auf die visuelle Inspektion der Haut - sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)

In diesem Zusammenhang möchten wir alle Hautärzte bitten, dass Überweisungsaufträge mit Materialien, die im Rahmen des Hautkrebs-Screening entnommen wurden, mit dem Wort „Hautcheck“ zu kennzeichnen sind.

Dokumentation

Seit dem 1. Januar 2009 besteht die Notwendigkeit der elektronischen Dokumentation zum Hautkrebs-Screening (HKS) für Hausärzte und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ausgenommen davon sind manuell abrechnende Ärzte, die gemäß Vorstandsbeschluss vom 21.01.2009 auch ohne Erstellung einer elektronischen Dokumentation die Gebührenordnungspositionen für das HKS für maximal vier Quartale abrechnen dürfen, sofern die entspr. Dokumentationsdaten auf Papier geliefert werden.

Die Abrechnungsnummern für das HKS sind in jedem Fall quartalsgerecht abzurechnen, d.h. in dem Quartal, in welchem sich der Patient zum HKS vorstellt. Sofern histologische Befunde bis Quartalsende noch nicht vorliegen, ist ein Nachreichen der Dokumentation im Folgequartal notwendig und auch möglich.

Die HKS-Dokumentationen sollen auf einem separaten Datenträger exportiert werden. Dieser Datenträger ist zu beschriften und eine Versandliste beizufügen. Die Versandliste wird durch das Programm automatisch erstellt. Die Dokumentationsdaten sind am Ende des jeweiligen Quartals (erstmalig Quartal I/2009) zusammen mit der Abrechnung bei der KV Sachsen einzureichen. Akzeptiert werden alle Medien, die auch für die Abrechnung eingesetzt werden können (CD, Diskette, DVD).

Vergütung und Kennzeichnungspflicht der Pathologen

Die Vergütung der Pathologen für veranlasste histologische Untersuchungen des EBM-Abschnitts 19.3 sowie der dadurch entstehenden Versandkosten ist Gegenstand einer gleichfalls beratenen Bundesempfehlung. Die Verhandlungen sind ebenfalls auf Landesebene zu führen und werden von der KV Sachsen unverzüglich aufgenommen.

Bis dahin sind in Anlehnung an die regionalen Vereinbarungen zum Hautkrebs-Screening die folgenden Gebührenordnungspositionen (GOP) mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen:

- 19310 → 19310H (im Rahmen des Hautkrebs-Screening)
- 19312 → 19312H (im Rahmen des Hautkrebs-Screening)
- 40100 → 40100H (im Rahmen des Hautkrebs-Screening)

Praxisgebühr

Da das Hautkrebs-Screening eine präventive Leistung darstellt, wird für die alleinige Erbringung des Hautkrebs-Screenings keine Praxisgebühr erhoben.

In der Abrechnung ist für diesen Sachverhalt die Pseudo-Nr. 80040 anzugeben.

Bitte beachten Sie den Infobrief „Information an Hautärzte, Hausärzte, Pathologen zum Hautkrebs-Screening“ vom 26. Juni 2008.

Zusätzlich zu den EBM-Regelungen gibt es (regionale) Vereinbarungen/Verträge mit

- **AOK PLUS**, ab 01.10.2008,
- **Knappschaft** (bundesweite Vereinbarung), ab 01.01.2009,
- **Gmünder ErsatzKasse (GEK)**, ab 01.10.2008 bzw. **BARMER GEK**, ab 01.01.2010,
- **Techniker Krankenkasse (TK)**, ab 01.01.2010.

2.8.1 Vertrag über die Durchführung eines Hautscreenings i.R. eines Modellvorhabens nach §§ 63 ff. SGB V mit der AOK PLUS („Ganzkörperuntersuchung Haut-Check“), ab 01.10.2008

Ziel dieser Vereinbarung ist die Durchführung einer qualifizierten ambulanten Hautkarzinom-Früherkennungsuntersuchung in Erweiterung des Beschlusses des G-BA über die Änderung der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) zur Einführung einer standardisierten Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ab 1. Juli 2008.

Anspruch auf den Haut-Check i. R. dieser Vereinbarung haben **alle Versicherten der AOK PLUS jedes zweite Jahr ab dem vollendeten 14. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren** (d.h. ab dem 14. Geburtstag bis zum letzten Tag vor dem 35. Geburtstag).

Ein erneuter Anspruch besteht erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres.

Gemäß § 3 Abs. 1 muss **zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung** (nach § 4) der Arzt/die Ärztin als **FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten** zugelassen oder in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder bei einem Vertragsarzt tätig sein („Dermatologen“).

Sofern im Zusammenhang mit Leistungen dieser Vereinbarung **pathologische Grundleistungen** erforderlich werden, sind diese **nur durch FÄ für Pathologie und FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit histopathologischer Weiterbildung** berechnungsfähig („Pathologen“).

Details zum Leistungsumfang sind im § 4, zur Dokumentation im § 5 beschrieben.

Für den Haut-Check i. R. dieser Vereinbarung können für Versicherte der AOK PLUS jedes zweite Jahr ab dem vollendeten 14. Lebensjahr und bis zum Alter von 34 Jahren zur Abrechnung gelangen:

99190	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (umfasst die Inhalte der KFE-RL - Hautkrebs-Screening - einschließlich einer ggf. erforderlichen Auflichtmikroskopie), jedes zweite Jahr BMÄ (nur AOK PLUS)	26,00 EUR
99190A	Exzisionen Körperstamm und Extremitäten (Teil-)Exzision einer malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung am Körperstamm und/oder an den Extremitäten mit Ausnahme der in der Nr. 99190B genannten Regionen BMÄ (nur AOK PLUS)	15,00 EUR
99190B	Exzisionen Kopf, Gesicht oder Hände (Teil-)Exzision einer kleinen malignomverdächtigen oder malignen Hautveränderung im Kopf-/Gesichtsbereich oder an der Hand BMÄ (nur AOK PLUS)	26,00 EUR

- Die Leistungen nach den Nrn. 99190, 99190A und 99190B sind nur durch Dermatologen (im Sinne des § 3 Abs. 1) berechnungsfähig.
- Die Nrn. 99190A und 99190B sind bei Patienten mit mehreren verdächtigen Hautveränderungen gemäß den Inhalten der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (Abschnitt D. II.) nebeneinander und/oder mehrfach in einer Sitzung – jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag – berechnungsfähig.
- Neben den Nrn. 99190A und 99190B sind am Behandlungstag die EBM-GOP 02300 bis 02302, 10340 bis 10342, 10343 und 10344 nicht berechnungsfähig.
- Sind in begründeten Verdachtsfällen histologische Untersuchungen notwendig, sind die entspr. Überweisungen vom teilnehmenden Dermatologen mit dem Hinweis „AOK-Hautscreening“ zu kennzeichnen.

Die Dermatologen vermerken in begründeten Verdachtsfällen auf eine bösartige Hauterkrankung das Untersuchungsergebnis auf dem Untersuchungsbogen und senden den Untersuchungsbogen (Original und Durchschlag) einschließlich des Probe-Materialies an einen Pathologen zur Untersuchung.

99190P Histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials (analog GOP 19310 EBM)
BMÄ (nur AOK PLUS) **9,00 EUR**

99190Q Zuschlag zur Leistung nach Nr. 99190P
(für die histologische oder zytologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren, analog GOP 19312 EBM)
BMÄ (nur AOK PLUS) **6,00 EUR**

99190H Kostenpauschale für histologisches Versandmaterial
BMÄ (nur AOK PLUS) **2,60 EUR**

- Neben der Nr. 99190P sind die EBM-GOP 01733, 01743 und 01826, neben den Nrn. 99190P und 99190Q sind die EBM-GOP 19310 und 19312 bei Untersuchungen an demselben Material nicht berechnungsfähig.
- Die Kostenpauschale nach Nr. 99190H ist nur einmal im Behandlungsfall und nur von dem Arzt, dem der Überweisungs-Auftrag zur Probenuntersuchung erteilt wurde, berechnungsfähig.
- Neben der Nr. 99190H ist die EBM-Kostenpauschale 40100 nicht berechnungsfähig.
- Es gelten die Abrechnungsbedingungen der EBM-GOP 19310 für die Nr. 99190P, der EBM-GOP 19312 für die Nr. 99190Q, der EBM-GOP 40100 für die Nr. 99190H.

2.8.3 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines Hautscreening-Verfahrens mit der **BARMER GEK, ab 01.01.2010**

Aufgrund der Fusion zwischen BARMER und GEK zum 01.01.2010 zur BARMER GEK **gilt der Vertrag ab 01.01.2010 für alle Versicherten der BARMER GEK** in geänderter Fassung und ersetzt die bisherige vertragliche Regelung.

Ziel dieser Vereinbarung ist Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen, Schulungen einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention durchzuführen sowie eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Zur **Durchführung des Hautscreenings** (gem. § 4 dieses Vertrages) muss der Arzt als **FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten** zugelassen oder in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder bei einem Vertragsarzt tätig sein. Das Hautscreening darf von den berechtigten Vertragsärzten nur dann durchgeführt werden, wenn sie sich durch eine anerkannte Fortbildung für das Hautkrebscreening analog dem G-BA-Beschluss zertifiziert haben.

Zu den **anspruchsberechtigten Personen** zählen alle zum Zeitpunkt der Untersuchung **bei der BARMER GEK versicherten Personen ab dem vollendeten 18. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren** (d. h. ab dem 18. Geburtstag bis zum letzten Tag vor dem 35. Geburtstag).

Dieser Personenkreis hat **jedes zweite Jahr einmal** Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung (Hautscreening) durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (gemäß § 3 dieses Vertrages). **Eine erneute Untersuchung nach den vertraglichen Vorgaben ist jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.**

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (prophylaktische Untersuchung) umfasst

- a) die Anamnese,
- b) eine körperliche Untersuchung: Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute (Gesamthautuntersuchung), Hauttypbestimmung,
- c) die vollständige Dokumentation.

Die in § 4 aufgeführten ärztlichen Leistungen zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs werden wie folgt vergütet, wenn sie i. R. dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden:

99190 Hautscreening

jedes zweite Jahr einmal

E-GO (BARMER GEK) 21,20 EUR

Die Nr. 99190 ist berechnungsfähig:

- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),
- in ambulanten Fällen,
- jedes zweite Jahr einmal.

Die vollständige Dokumentation der durchgeführten Untersuchung i. R. dieses Hautscreening-Verfahrens ist gemäß § 4 Abs. 1 c) Voraussetzung für die Abrechnungsfähigkeit und erfolgt i. R. der üblichen Behandlungsdokumentation der Arztpraxis.

Für die aufgeführten Leistungen dieses Vertrages ist eine parallele Abrechnung über GOÄ ausgeschlossen und es dürfen weder gegenüber den Versicherten noch der BARMER GEK zusätzliche Kosten geltend gemacht werden.

2.8.4 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse (TK), ab 01.01.2010

1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.01.2010

Ziel dieser Vereinbarung ist Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen, Schulungen einzelner Versicherten zur allgemeinen Prävention durchzuführen sowie eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Zur **Durchführung der Vorsorgeuntersuchung** (gem. § 4 dieses Vertrages) berechtigt sind **Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten**, die im Bereich der KV Sachsen zugelassen, in einer Praxis angestellt, in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V tätig sind und eine entsprechende Genehmigung der KV Sachsen vorweisen können (gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, D.II., § 31, S. 1, 2 Nr. 2).

Zu den **anspruchsberechtigten Personen** zählen alle zum Zeitpunkt der Untersuchung **bei der TK versicherten Personen ab dem vollendeten 20. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren** (d. h. ab dem 20. Geburtstag bis zum letzten Tag vor dem 35. Geburtstag).

Dieser Personenkreis hat **jedes zweite Jahr einmal** Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt gemäß § 3 dieses Vertrages.

Mit Inanspruchnahme dieser Leistung nimmt der Versicherte an dieser Vereinbarung teil. Einer gesonderten Teilnahmeerklärung bedarf es nicht.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (prophylaktische Untersuchung) umfasst

- a) die Anamnese,
- b) eine körperliche Untersuchung: Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute (Gesamthautuntersuchung),
- c) die Hauttypbestimmung und
- d) die vollständige Dokumentation.

Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen; dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweise hinzuweisen.

Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer Krankheit, so hat der teilnehmende Arzt dafür Sorge zu tragen, dass in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.

Ärztlich notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Die in § 4 aufgeführten ärztlichen Leistungen zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs werden wie folgt vergütet, wenn sie i. R. dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden:

99190 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs,
jedes zweite Jahr einmal
E-GO (TK) 24,00 EUR

Die Nr. 99190 ist berechnungsfähig:

- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),
- jedes zweite Jahr einmal.

Eine privatärztliche Abrechnung der Leistungen gemäß § 4 dieses Vertrages nach GOÄ ist ausgeschlossen.

Für die Inanspruchnahme der ärztlichen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages wird die Zuzahlung nach § 28 Abs. 4 SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben, sofern ausschließlich die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß § 4 erbracht wird.

2.9.2 Vertrag zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie mit dem vdek e.V., ab 01.01.2007

Der Vertrag wurde mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), handelnd für die Gmünder ErsatzKasse (GEK), auf Grundlage des § 73c SGB V und mit Wirkung ab 01.01.2007 geschlossen.

Aufgrund der Fusion zwischen BARMER und GEK zum 01.01.2010 zur BARMER GEK **gilt der Vertrag ab 01.01.2010 für alle Versicherten der BARMER GEK.**

Ziel dieses Vertrages ist die Sicherung einer hohen Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Verbesserung der Patientenversorgung.

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben **alle Versicherten der BARMER GEK.**

An diesem Vertrag können **Vertragsärzte** teilnehmen, die die **Zusatzweiterbildung „Homöopathie“** erfolgreich absolviert, ihre Teilnahme gegenüber der KV Sachsen erklärt und die Teilnahmegenehmigung gemäß § 4 erhalten haben.

Homöopathische Erstanamnese

(nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung), **einmal im Krankheitsfall**

99198A	... vom Beginn des 13. Lebensjahres an (Minstdauer 60 Minuten) E-GO (nur BARMER GEK)	90,00 EUR
99198B	... bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (Minstdauer 40 Minuten) E-GO (nur BARMER GEK)	60,00 EUR
99198C	Repertorisation und Homöopathische Analyse E-GO (nur BARMER GEK)	40,00 EUR
	- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig	
99198D	Homöopathische Folgeanamnese und/oder Homöopathische Beratung E-GO (nur BARMER GEK)	40,00 EUR
	- Minstdauer 15 Minuten	
	- höchstens einmal pro Quartal bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig	
	- erst im Folgequartal nach erfolgter Erstanamnese berechnungsfähig	

- 99198E Leistungszuschlag zur
Homöopathischen Folgeanamnese und/oder Beratung**
(bei Dauer der Leistung nach Nr. 99198D über 45 Minuten)
E-GO (nur BARMER GEK) 20,00 EUR
- höchstens einmal pro Quartal zusätzlich zur Leistung nach der Nr. 99198D berechnungsfähig

Hinweise zur Abrechnung:

- Homöopathische Erstanamnesen, die vor Vertragsbeginn erhoben wurden, sind über diesen Vertrag nicht abrechnungsfähig.
- Eine Privatliquidation im Hinblick auf homöopathische Anamnesen und Behandlungen durch einen an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt ist nicht zulässig.

2.9.3 Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie mit der SECURVITA BKK, ab 01.07.2009

Beitritt der BKK Linde mit Wirkung zum 01.01.2010

Ziel dieses Vertrages zwischen der SECURVITA BKK, der BKK Linde und der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung ist die qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Versorgung mit klassischer Homöopathie auf der Grundlage der Regelungen des § 73c SGB V. Durch den Vertrag soll der Zugang der Versicherten der SECURVITA BKK bzw. der BKK Linde zu qualifizierter Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie als besondere ambulante vertragsärztliche Versorgung sichergestellt werden.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der SECURVITA BKK u. der BKK Linde. Der Versicherte erklärt seine Teilnahme schriftlich (Anlage 2). Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Vertragsarzt. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte, ärztliche Leistungen im Rahmen klassischer Homöopathie entsprechend des Versorgungsauftrages gemäß § 3 nur von teilnehmenden Vertragsärzten bzw. auf deren Überweisung hin in Anspruch zu nehmen.

Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind niedergelassene oder angestellte Vertragsärzte berechtigt, die zum Führen der **Zusatzbezeichnung „Homöopathie“** nach dem Weiterbildungsrecht berechtigt sind **oder das Homöopathie-Diplom** des DZVhÄ erworben haben.

Die vereinbarten Regelungen zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sowie weitere Details zur Teilnahme sind in den §§ 4 und 5 beschrieben.

Der **Vertragsarzt beantragt seine Teilnahme** durch Abgabe der Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (Anlage 1) **bei der KV Sachsen,** weist hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennt die Inhalte dieses Vertrages an.

Die für die SECURVITA BKK abgegebenen Teilnahmeerklärungen der Vertragsärzte bleiben für alle beigetretenen Kassen gültig, für die BKK Linde ist keine erneute Abgabe einer Teilnahmeerklärung erforderlich.

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten quartalsweise nach der Einschreibung an die KV Sachsen zur Übermittlung an die SECURVITA BKK bzw. die BKK Linde weiterzuleiten.

Nachfolgend aufgeführte homöopathische ärztliche Leistungen sind i. R. dieser Vereinbarung abrechnungsfähig, die von der SECURVITA BKK bzw. der BKK Linde außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V vergütet werden:

Homöopathische Erstanamnese

(nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung),
einmal im Krankheitsfall

81200 ... bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (BMÄ) 60,00 EUR
(Mindestdauer 40 Minuten)

81201 ... vom Beginn des 13. Lebensjahres an (BMÄ) 90,00 EUR
(Mindestdauer 60 Minuten)

- innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar
- ist eine Erstanamnese bereits erfolgt, ist diese Leistung in den Folgejahren nur bei medizinischer Indikation (z.B. bei Diagnoseänderung) abrechenbar

81202 Repertorisation (BMÄ) 20,00 EUR

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

81203 Homöopathische Analyse (BMÄ) 20,00 EUR

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

Homöopathische Folgeanamnese

81204 ... Mindestdauer 30 Minuten (BMÄ) 45,00 EUR
(höchstens einmal pro Quartal abrechnungsfähig)

81205 ... Mindestdauer 15 Minuten (BMÄ) 22,50 EUR
(höchstens zweimal pro Quartal abrechnungsfähig)

Die Nrn. 81204 und 81205 sind berechnungsfähig:

- nur nach Erbringen der Nrn. 81200 oder 81201,
- am selben Tag nicht neben Nrn. 81200, 81201 oder 81206 und nicht nebeneinander.

81206 Homöopathische Beratung (BMÄ) 10,00 EUR

- Mindestdauer 7 Minuten
- höchstens fünfmal pro Quartal berechnungsfähig
- Die Nr. 81206 ist berechnungsfähig:
nach Erbringen der Nrn. 81200 oder 81201,
am selben Tag nicht neben Nrn. 81200, 81201, 81204 oder 81205.

Hinweise zur Abrechnung:

- Die o.g. Leistungen sind nur für Versicherte der SECURVITA BKK bzw. der BKK Linde berechnungsfähig.
- Im Urlaubsfall darf auch eine andere homöopathische Praxis abrechnen (ausgenommen die Homöopathische Erstanamnese), sofern die o.g. Voraussetzungen erfüllt sind.
- Homöopathische Folgeanamnesen, Repertorisationen, Analysen u. Beratungen setzen nicht zwingend die Abrechnung einer Erstanamnese nach diesem Vertrag voraus.
- Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, darüber hinaus für homöopathische Leistungen eine privatärztliche Vergütung von dem Patienten zu verlangen.

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 und KKH-Allianz 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 (nur BIG direkt gesund) **10,00 EUR**

E-GO (nur 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)

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
Einfachimpfungen	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
Kombinationsimpfungen	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.

Die Techniker Krankenkasse (TK), KKH-Allianz und Gmünder ErsatzKasse (GEK)* übernehmen für ihre Versicherten mit Wohnort in der Bundesrepublik Deutschland 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 Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes und den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen sind.

Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen noch vor dem In-Kraft-Treten einer STIKO-Empfehlung oder einer EBM-Regelung bzw. vor dem Auslaufen dieser Vereinbarung verabreicht, können die weiteren erforderlichen Impfdosen noch nach dieser Vereinbarung abgerechnet werden.

Schutzimpfungen (außer derjenigen gegen Gelbfieber) 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.

	Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung (€)	Abrechnungsvoraussetzungen
Beratungsleistungen	Beratungshonorar für den bes. Aufwand für die Beratung zu den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826	99800	10,00	max. einmal pro Reiseimpfung berechnungsfähig ¹⁾
	Beratungshonorar für den besonderen Aufwand im Rahmen der Malariaprophylaxe (Tabletten) inkl. Ausstellung der Verordnung	99802	10,00	einmal im Behandlungsfall
Einfachimpfungen	Hepatitis A	99805	6,00	pro 1. Impfung im Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
	Hepatitis B	99806	6,00	pro 1. Impfung im APK
	FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	99807	6,00	pro 1. Impfung im APK
	Meningokokken-Infektionen	99808	6,00	pro 1. Impfung im APK
	Tollwut	99809	6,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus	99810	6,00	pro 1. Impfung im APK
	Cholera	99811	6,00	pro 1. Impfung im APK
	Gelbfieber (<i>Genehmigung notw.</i>)	99812	6,00	pro 1. Impfung im APK
Kombinationsimpfungen	Hepatitis A und B	99825	8,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus und Hepatitis A	99826	8,00	pro 1. Impfung im APK

Hinweise zur Abrechnung:

- 1) Das **Beratungshonorar nach Nr. 99800** ist **nur einmal pro Impfung** nach den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826 berechnungsfähig. Sofern zum Erreichen des vollständigen Impfstatus (vollst. Immunisierung) mehrere Impfungen erforderlich sind, ist die Beratungsleistung erst abrechnungsfähig, wenn die letzte der dafür notwendigen Impfungen erfolgt ist. Dies gilt nur, wenn der vollständige Impfstatus innerhalb von 3 Monaten erreicht werden kann.
- Die Beratung ist auch abrechnungsfähig, **wenn als Folge der Beratung keine Impfung** möglich ist. In diesem Fall ist die **Nr. 99800 mit dem Buchstaben „K“** zu verstehen.
 - Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „W“** zu verstehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
 - Ist die **weitere Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung eine Auffrischimpfung**, so ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „Y“** zu verstehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
 - Die **Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung**.
 - Sofern bei einem Patientenkontakt die Indikation für eine Schutzimpfung nach der Impfvereinbarung Sachsen und zur gleichen Indikation gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vorliegt, hat die Abrechnung der Schutzimpfung über die Impfvereinbarung Sachsen zu erfolgen.
 - Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung Sachsen (§ 5) ist **der jeweilige Impfstoff** (sowie Arzneimittel i. R. der Malariaprophylaxe) auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) **auf den Namen des Versicherten** zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse zu verordnen. Bei der Verordnung von Impfstoffen ist das **Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen**. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen. Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.
 - Die Krankenkassen stellen sicher, dass die im Rahmen dieser Vereinbarung verordneten Impfstoffe und Arzneimittel für andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe **das Ausgabenvolumen für Arzneimittel der KV Sachsen bzw. des Arztes nicht belasten**.
 - Die finanziellen Mittel für die erbrachten Impf- und Beratungsleistungen nach dieser Vereinbarung werden von den Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

* Aufgrund einer Satzungsänderung der Gmünder ErsatzKasse (GEK) wurde mit der GEK die 1. Protokollnotiz zu den o.g. Vereinbarungen abgeschlossen. Danach sind die HPV-Impfung (Nr. 99791) sowie die Beratung zur Malariaprophylaxe (Nr. 99802) für Versicherte der GEK ab/seit 01.04.2009 nicht mehr berechnungsfähig.

Die Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen mit der Gmünder ErsatzKasse (GEK) gilt auch nach der Fusion mit der BARMER zum 01.01.2010 zunächst nur für die Versicherten der ehemaligen GEK (VKNR _ _ 611).

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

Aufgrund der neuen Sachlage, dass ab sofort zum Aufbau eines ausreichenden Impfschutzes generell nur noch eine Impfung gegen die neue Influenza A/H1N1 von der Ständigen Impfkommission (STIKO) am Robert-Koch-Institut (RKI) empfohlen wird, befindet sich diese Impfvereinbarung in Nachverhandlung.

Bitte beachten Sie diesbezüglich die aktuellen Informationen der KV Sachsen, die auf der Internetseite der KV Sachsen (www.kvs-sachsen.de) unter > Aktuell > Aktuelle Nachrichten und Themen zu finden sind.

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 sächsischen 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** (ausgenommen: Einzeldosen in Fertigspritzen der Fa. CLS Biotherapies als Impfstoff für Schwangere sowie - gemäß einem Schreiben des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ab 25.01.2010 - auch für andere Einzelfälle, z.B. bei Thiomersalunverträglichkeit).

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.

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 €
... für Schwangere und ab 25.01.2010 in speziellen Einzelfällen (z.B. bei Thiomersalunverträglichkeit) - unter Verwendung des Impfstoffes der Fa. CLS Biotherapies (Einzeldosen in Fertigspritzen) - neben den Nrn. 99700A und/oder 99700B nicht berechnungsfähig	99700C	5,00 €

Hinweise für die Abrechnung:

Die Nrn. 99700A, 99700B und 99700C sind - sofern sie noch nicht in der Praxissoftware enthalten sind - manuell unter Verwendung der Pseudo-IK-Nr. 0095894 anzulegen.

Bei der Abrechnung der o.g. 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**“ im **freien Begründungsfeld** (Feldkennung 5009) hinter der Abr.-Nr.).

2.13 Wegegeldregelungen

2.13.1 Wegepauschalen im Bereich der KV Sachsen, ab 01.01.2008

Seit 1. Januar 2008 gelten in der KV Sachsen neue Abrechnungsnummern für Wegepauschalen, welche die bis dahin gültigen Abrechnungsnummern ersetzen.

Mit der Einführung dieser neuen Abrechnungsnummern und damit verbundenen tieferen Untergliederung bezüglich der Radien, soll den tatsächlichen Gegebenheiten (u.a. größeren Bereitschaftsdienstbereichen) besser Rechnung getragen werden.

In der folgenden Tabelle finden sich die neuen Abrechnungsnummern:

Bezeichnung: „Wegepauschale für Besuche ...“	am Tag (zwischen 7 und 19 Uhr)		in der Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr)	
	Abr.-Nr.	Wert	Abr.-Nr.	Wert
... im Kernbereich bis zu 2 km Radius	93220	3,90 €	93221	8,90 €
... im Randbereich bei mehr als 2 bis zu 5 km Radius	93222	7,00 €	93223	12,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 5 bis zu 10 km Radius	93224	10,00 €	93225	15,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 10 bis zu 15 km Radius	93226	12,00 €	93227	17,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 15 bis zu 20 km Radius	93228	14,00 €	93229	19,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 20 bis zu 25 km Radius	93230	16,00 €	93231	21,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 25 bis zu 30 km Radius	93232	18,00 €	93233	23,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 30 bis zu 35 km Radius	93234	20,00 €	93235	25,00 €
... im Fernbereich bei mehr als 35 km Radius	93236	22,00 €	93237	27,00 €

- Die **KV Sachsen** setzt zu jeder o.g. Wegepauschale **folgende Zuschläge** zu:

... **im organisierten Notfalldienst** (Scheinuntergruppe 41) 6,00 €^{*)}

... **im organisierten Notfalldienst mit** (durch die KV organisierten)
zentralem Fahrdienst (Scheinuntergruppe 46) 5,00 €^{*)}

^{*)} Bei Fahrten mit (durch die KV Sachsen organisierten) zentralem Fahrdienst werden diese Zuschläge, einschließlich der Wegegebühr, zur Finanzierung der Fahrdienstleister genutzt.

- Für **Fahrten im Rahmen des** von der KV Sachsen **organisierten Notfalldienstes (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) mit zentralem Fahrdienst** (Scheinuntergr. 46) sind die **Wegepauschalen mit Buchstaben zu kennzeichnen**, dabei gelten folgende Kennzeichnungen für den Fahrdienst:
 - > Zentraler Fahrdienst **Stadt Leipzig** „A“
 - > Zentraler Fahrdienst **Dresden-Freital-Radebeul** „B“
 - > Zentraler Fahrdienst **Pirna** „C“
 - > Zentraler Fahrdienst **Dippoldiswalde** „D“
 - > Zentraler Fahrdienst **Stadt Chemnitz** (ab 01.01.2010) „E“
- **Organisierter Notfalldienst mit eigenem PKW:** Wegepauschale ohne Kennzeichnung
- **Organisierter Notfalldienst mit privat organisierten Fahrdiensten:**
Zur Abrechnung der Zuschläge für Fahrten im org. Notfalldienst bzw. kassenärztlichen Bereitschaftsdienst mit privat organisierten Fahrdiensten benötigen Sie eine besondere Genehmigung der KV Sachsen.
Bitte beachten Sie die gesonderte Kennzeichnung der Zuschläge für diesen Fahrdienst, die Ihnen mit der Erteilung der Genehmigung bekannt gegeben wird.
- Außerdem gilt

im ambulanten Bereich:

Die zutreffende Tag- oder Nachtwegepauschale ist durch den Arzt direkt hinter jedem Besuch anzugeben.

Die Berechnungsfähigkeit von Besuchen und Wegepauschalen ist im EBM (Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.4) geregelt.

Achtung: Fehlt zu einem Besuch die Wegepauschale, wird durch die KV Sachsen die am niedrigsten bewertete (Nr. 93220) zugefügt!

im belegärztlichen Bereich:

Die Berechnung von Visiten ist im § 2 der „Vereinbarung über die Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit (belegärztlichen Behandlung)“ geregelt. Darin heißt es:

„Dem nach § 31 EKV und § 40 BMV-Ä anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GOP 01412 und 01414 EBM vergütet. Eine Konsiliarpauschale ist nicht abrechnungsfähig.“

„Bei Erfüllung der Voraussetzungen der GOP 01100, 01101 und 01412 kann jeweils die entspr. Wegepauschale / das entspr. Wegegeld angesetzt werden.“

„Bei Berechnung von **mehr als einer Visite pro Tag** ist, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2) EBM, **eine Begründung erforderlich.**“

Achtung:

Fehlt zu einer GOP 01100 bzw. 01101 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme) die Wegepauschale, wird durch die KV Sachsen die am niedrigsten bewertete (Nr. 93220) zugefügt!

2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

2.14.1 Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V mit dem vdek e.V., ab 01.04.2006

1. Protokollnotiz vom 14.07.2006

Aufgrund der Fusion zwischen der Gmünder ErsatzKasse (GEK) und der BARMER zum 01.01.2010 ist noch nicht absehbar, wie sich die Situation bei der hausarztzentrierten Versorgung für die BARMER GEK entwickelt.

Aus diesem Grund sind **ab 01.01.2010 keine Neueinschreibungen** von Patienten und Ärzten in diesen Vertrag sowie Arztwechsel bereits eingeschriebener Patienten **mehr möglich**. Für bereits eingeschriebene Ärzte und Patienten (d.h. Versicherte der GEK) gilt der Vertrag mit den bestehenden Vergütungssätzen fort.

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Ab dem 01.04.2006 gelten die folgenden Nrn. für die hausarztzentrierte Versorgung von Versicherten (ab 18 Jahre) der folgenden Mitgliedskasse des Verbandes der Ersatzkassen e.V. (vdek): Gmünder ErsatzKasse (GEK).

- 91100 Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten durch den Hausarzt**
 - nur einmalig, ausschließlich im Quartal der Ersteinschreibung, berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 9,00 EUR
- 91101 Information und Beratung durch den vom Versicherten neu gewählten Hausarzt im Quartal der Erstbehandlung**
 - nur einmalig im Behandlungsfall, ausschließlich im Quartal des Wechsel des Hausarztes, berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 9,00 EUR
- 91102 Steuerpauschale für den Hausarzt, pro (Folge-) Quartal**
 - einmal im Quartal (Behandlungsfall) berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 9,00 EUR
 - Voraussetzung ist mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal
 - Die Nr. 91102 ist neben den Nrn. 91100 und 91101 nicht berechnungsfähig.
- 91103 Mitteilung des Facharztes an den Hausarzt (inkl. Porto-/Faxkosten)**
 - einmal im Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 4,00 EUR

91104 Durchführung des Zweitmeinungsverfahrens durch den Facharzt (inkl. aller Porto-/Faxkosten)

- einmal im Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig

E-GO (nur GEK) 9,00 EUR

-Die EBM-Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 sind neben den Nrn. 91103 und 91104 nicht berechnungsfähig.

Der Vertrag gilt für:

- Zugelassene Hausärzte (auch in GP, fachübergreifenden GP, zugelassenen MVZ und Einrichtungen gemäß § 311 SGB V), die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach § 4 dieses Vertrages gewährleisten.
- Fachärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 SGB V teilnehmen, im Rahmen der nach dieser Vereinbarung genannten Aufgaben.
- Die Teilnahme der Hausärzte an diesem Vertrag ist freiwillig und bei der KV Sachsen schriftlich zu beantragen (bis zum 15. des jeweils 3. Monats eines Quartals für das Folgequartal). Mit dem Antrag ist der Nachweis der besonderen (Qualitäts-) Anforderungen nach § 4 dieses Vertrages zu führen.
Über die Entscheidung erhält der Hausarzt einen schriftlichen Bescheid durch die KVS.
- Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerungsfunktion für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Sie sammeln die Behandlungs- und Befunddaten und planen mit den Patienten die Behandlung und - soweit erforderlich - auch die Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer.

Es gelten die nachfolgend aufgeführten Modalitäten zum Einzug der Praxisgebühr:

Fallkonstellation	Praxisgebühr zu entrichten?
Behandlung durch gewählten Hausarzt ab einschließlich des Tages der Teilnahmeerklärung des Versicherten	Nein
Behandlung durch gewählten Hausarzt im Quartal der Einschreibung, jedoch vor Teilnahmeerklärung	Ja
Vertretung (wg. Urlaub, in Notfällen, ...) durch einen nicht teilnehmenden Hausarzt	Ja (Erstattung durch Krankenkasse auf Antrag möglich)
Vertretung durch einen teilnehmenden Hausarzt	Nein
Direkter Facharztzugang ohne Überweisung zu Augen- u. Frauen-Arzt, psychotherapeutisch tätigen Ärzten und Psychotherapeuten	Ja
Direkter Facharztzugang ohne Überweisung zu allen anderen Facharztgruppen	Ja

Mit der o.g. 1. Protokollnotiz wurde vereinbart, dass bei Niederlassung eines Vertragsarztes die Genehmigung zur Teilnahme an diesem Vertrag mit dem Tag der Niederlassung ausgesprochen werden kann, sofern diese spätestens einen Tag vor Aufnahme der vertragsärztlichen Tätigkeit vorliegt.

Weitere Vertragsdetails, z.B. Qualitätsanforderungen, Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte, zur Teilnahme der Versicherten, finden Sie auf der Internetseite der KVS (<http://www.kvs-sachsen.de>) unter „Mitglieder“ > „Verträge“ > „H“ > „Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V - GEK“.

- (1) die **Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten** gem. den (Jugend-)Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (EBM-GOP 01720, 01732)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01720P	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	39,37 €
01732P	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	34,12 €

- (2) die **Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung auf Hautkrebs** im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (EBM GOP 01746)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung	Vergütung (ambulant)
01746P	Zuschlag zur Nr. 01732P für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie ... bei der Frau	20,97 €
01746N	... beim Mann	20,97 €

- (3) die **Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms** gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (EBM-GOP 01740)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01740P	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms/ ...	14,31 €
01740N	... beim Mann	14,31 €

(4) **die Durchführung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß den Kinder-Richtlinien**

(EBM-GOP 01711 bis 01719, 01722, 01723) für Hausärzte der Fachrichtung Kinder- u. Jugendmedizin sowie Hausärzte, die nach § 4 Abs. 3 am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen i.R. der Kinder- und Jugendmedizin vom 06.05.2008 teilnehmen

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01711P	Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	16,59 €
01712P	Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2),	34,64 €
01713P	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	34,64 €
01714P	Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	34,64 €
01715P	Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	34,64 €
01716P	Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	34,64 €
01717P	Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	34,64 €
01718P	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	34,64 €
01719P	Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	34,64 €
01722P	Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Anlage 5 der Kinder-Richtlinien	20,97 €
01723P	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a), ab 01.07.2008	39,37 €

(5) **die Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen (EBM-GOP 01735)**

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01735P	Beratung gemäß § 4 der "Chroniker-Richtlinie" des GBA zur zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	14,31 €

2.16.2 Vereinbarung zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikationen mit Lucentis und Macugen (IVOM), mit Wirkung ab 01.01.2009

Diese Vereinbarung trat mit Wirkung ab 01.01.2009 in Kraft und **gilt für Versicherte** der **IKK classic (mit VKNR 95301, d.h. ehemals IKK Sachsen)**, von **BKK**, der **Knappschaft**, der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland (**LKK**) und der folgenden Ersatzkassen: **BARMER GEK**, **DAK - Unternehmen Leben (DAK)**, Techniker Krankenkasse (**TK**), **KKH-Allianz**, Hanseatische Krankenkasse (**HEK**) und Handelskrankenkasse (**hkk**).

Mit dieser Vereinbarung wird die Honorierung und Abrechnung der IVOM bis zur Aufnahme in den EBM geregelt. Ab diesem Zeitpunkt entsteht durch diese Vereinbarung kein Anspruch auf die Extravergütungen der IVOM und der Nachkontrolle.

Anspruchsberechtigte nach dieser Vereinbarung sind Personen,

- die zum Zeitpunkt der Behandlung bei einer am Vertrag beteiligten oder dem Vertrag (gem. § 1 (2) und § 13) beigetretenen Krankenkasse versichert sind („Patient“) und
- bei denen die Indikation nach § 7 durch den Leistungserbringer gestellt wurde.

Der **Leistungserbringer** beantragt die Teilnahme an dieser Vereinbarung bei der KV Sachsen. Er hat die erforderlichen Nachweise gemäß der §§ 4 und 5 sowie bei ermächtigten Leistungserbringern zusätzlich die von seinem Krankenhaus unterzeichnete Anlage 1 dieser Vereinbarung mit dem Antrag vorzulegen.

Leistungserbringer in Krankenhäusern, die die Teilnahmevoraussetzungen für eine Teilnahme an diesem Vertrag erfüllen, aber über keine Ermächtigung verfügen, erhalten auf Antrag der Krankenkassen von der KV Sachsen eine Abrechnungsgenehmigung.

Der Leistungserbringer bestätigt mit seiner Unterschrift gegenüber der KV Sachsen das **Vorliegen folgender persönlicher Voraussetzungen:**

- Approbation und Facharzt für Augenheilkunde in Sachsen,
- Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der Photodynamischen Therapie (PDT) im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung oder alternativ im Rahmen der Tätigkeit als ermächtigter Arzt/ ermächtigte Ärzte am Krankenhaus,
- Kenntnisse zur IVOM, insbesondere zu Techniken und Komplikationsmanagement.

Von diesen Punkten abweichende Voraussetzungen sind im Einzelfall und unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit den o.g. Kostenträgern zu vereinbaren (§ 4 (2)).

Die **Ausstattung des Operationsraumes** muss den Anforderungen nach Abschnitt C §§ 6.4 und 6.5 gemäß der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten Operationen und bei sonstigen stationärsersetzenden Leistungen gemäß § 15 des Vertrages nach § 115 b Abs. 1 SGB V entsprechen.

Die **KV Sachsen prüft die persönlichen, räumlichen und abrechnungstechnischen Voraussetzungen** der Leistungserbringer gemäß § 4 und § 5.

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, 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)
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
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. 3,5048 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	8,41 €
... Kardiologie	20	0,70 €
... Nephrologie	165	5,78 €
... Pneumologie	20	0,70 €
... Rheumatologie	130	4,56 €

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

Weitere Regelungen 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
<i>oder</i>	... 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
<i>oder</i>	
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
<i>oder</i>	... 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
<i>oder</i>	
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 2010

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 neuer Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) mittels Amplifikationsverfahren (PCR) ohne weitere Subtypisierung , inklusive Kosten für den Transport des Untersuchungsmaterials und die Übermittlung des Untersuchungsergebnisses - einmal am Behandlungstag	23,10 €
88741	Influenza Schnelltest bei Verdacht auf Vorliegen einer neuen Influenza A/H1N1 (Schweineinfluenza) - einmal am Behandlungstag	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 individualmedizin. 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.

5.2 Besondere Erklärungen, die gemäß EBM mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind, ab 01.04.05

Fundstellen im EBM, Änderungen sind fortlaufend dem Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen:

Bereich I, Präambel zu Abschnitt 2.1

Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die GOP berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.5 Nr. 1

Haben an der Erbringung von Leistungen entsprechend der GOP dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP abrechnet.

1. Anmerkung zur GOP 01857

Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.

Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.7 Nr. 3

Haben an der Erbringung der GOP 01910 und 01911 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die GOP 01910 oder 01911 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP abrechnet

Jeweils 1. Anmerkung zur GOP 03335, 04335, 09320, 09336, 20320, 20336

Die GOP ... ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 11 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreib V. Der Vertragsarzt hat der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung die Bestätigung über die Durchführung der Wartung mit der nach dem Wartungsdienst erfolgenden Quartalsabrechnung beizulegen.

1. Anmerkung zur GOP 05350

Haben an der Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung entsprechend der GOP 05330 mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP 05350 abrechnende Arzt mit der Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass kein anderer Vertragsarzt die Beobachtung und Betreuung berechnet hat.

Bereich III b, Präambel zu Abschnitt 5.4 Nr. 2

Haben an der Erbringung einer dieser Leistungen mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

1. Anmerkung zur GOP 20370

Gemäß der ersten Anmerkung zur GOP 20370 haben

„ ... Audiometrische Untersuchungen ohne Kopfhörer ... in einem - nach DIN ISO 8253 EN - schallisolierten Raum zu erfolgen.“

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 31.3 Nr. 1 bzw. 36.3 Nr. 1

Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2 bzw. 36.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend GOP des Abschnitts 31.3 bzw. 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 31.4 Nr. 3

Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer GOP des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die GOP des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 36.6 Nr. 2

Sind mehrere Ärzte an der Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.6 beteiligt, hat der die GOP dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

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			
99700C			
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 nēologischen 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, 01770, 04433/ -I, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435/ -I, 13675/ -I, 14313, 14314, 15345, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 34600, 88200, 88740, 88741	6001	ICD-Code	Die Angabe der Diagnose nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung ... bzw. Die GOP ... ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: ...
	6003	Diagnosensicherheit	
	6008	Diagnosenausnahmetatbestand	
	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
	3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	

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

5.5 Abrechnung Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

5.5.1 Wesentliche Grundlagen

Für die **Abrechnung der Leistungen** Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten** (Änderungen bitte fortlaufend der „Ausgabe PP“ des Deutschen Ärzteblattes entnehmen):

Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung, insbesondere

- **Bundesmantelverträge** (BMV-Ä bzw. EKV),
- **Psychotherapie-Vereinbarungen** und **Psychotherapie-Richtlinie**,
- **Vordruck-Vereinbarung und Erläuterungen**

ICD-10-GM des jeweiligen Jahres, Systematisches Verzeichnis

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der KV Sachsen (Honorarverteilungsmaßstab) einschl. der Anlagen

1 „Ergänzende Regelungen zur Vergütung von Psychotherapeuten“ und **2b** „Leistungsbringer, die zeitbezogenen Kapazitätsgrenzen unterliegen“ **sowie Abrechnungsordnung der KV Sachsen**

Richtlinie der KV Sachsen für die Abrechnung auf maschinell verwertbaren Datenträgern

Den **Psychotherapie-Richtlinie** des GB-A, einschl. der Anlage 1, sind die näheren Bestimmungen zu entnehmen zu

- Allgemeines (Abschnitt A)
- den psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen (Abschnitt B),
- der psychosomatischen Grundversorgung (Abschnitt C),
- den Anwendungsbereichen (Abschnitt D),
- dem Leistungsumfang (Abschnitt E),
- dem Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren (Abschnitt F),
- der Qualifikation zur Durchführung ... (Abschnitt G) sowie
- dem Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarungen (Abschnitt H).

Weitere Regelungen ergeben sich aus den **Psychotherapie-Vereinbarungen** (Anlagen 1 der Bundesmantelverträge (BMV-Ä bzw. EKV)) für

- Allgemeines (Teil A),
- die zur Ausübung Berechtigten (Teil B),
- die Durchführung der Behandlung (Teil C),
- die Vergütung (Teil D),
- die Vordrucke (Teil E)*,
- die Übergangsbestimmungen (Teil F).

*) Änderungen redaktioneller Art, insbesondere Wegfall der Formblätter PT 3 u. VT 3, PT 3 (K) bleibt auf Wunsch der analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten erhalten (Erläuterungen/Veröffentl. im DÄ, Jg. 104, Hft 49 vom 7. Dezember 2007 beachten)

5.5.2 Einreichung der Abrechnungsunterlagen/Vordrucke

Ab der Zulassung/Ermächtigung müssen Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Lesegerät für die Krankenversichertenkarte (KVK) und einem entsprechenden Drucker ausgestattet sein. Eine Liste der Vertriebs- und Herstellerfirmen zertifizierter Lesegeräte ist bei der jeweiligen Bezirks-geschäftsstelle der KV Sachsen erhältlich.

Die Abrechnung der Leistungen ist nur zulässig:

für Therapeuten, die mit Praxiscomputer abrechnen, auf:

- einem Datensatz, der dem Muster 5/6 entspricht

Abrechnungsgebiet (FK 4122): 00

Scheinuntergruppe (FK 4239): 00 (Satzart 0101) bzw.

20, 21, 23, 24 (Satzart 0102)

> kein Ausdruck des Muster 5, sofern die KVK eingelesen wurde,

nur bei defekter Technik/fehlerhafter KVK sog. Ersatzverfahren anwenden,

d. h. Muster 5 ausstellen, vom Patienten unterschreiben lassen und einreichen

> keine Einreichung des Muster 6, dieses jedoch vier Quartale in der Praxis aufbewahren

Bei Abrechnung von durch die Krankenkasse genehmigter „anerkannter Psychotherapie“ ist auf dem entsprechenden Datensatz (bzw. Muster 5) auf im betreffenden Feld das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse anzugeben.

Durch die Änderung der Psychotherapie-Richtlinie erfolgte ebenfalls die Neugestaltung bzw. der Wegfall bestimmter PTV-Formulare, gültig ohne Übergangsfrist ab 01.01.2008.

Um die Erfassung der Information bewilligter Leistungen im Rahmen der KVDT-Abrechnung zu ermöglichen, wurden im KVDT die neuen Feldkennungen 4244 - 4246 eingeführt.

Der Vordruck PTV 7b (Kopie des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse), aus dem die genehmigten Sitzungen je Patient hervorgehen, ist jedoch weiterhin im Quartal des Beginns der Abrechnung eines bewilligten Stundenkontingentes mit den Abrechnungsunterlagen bei der KV Sachsen einzureichen.

5.5.3 Berechnungsfähige Leistungen

Grundlage für die Abrechnung der Leistungen ab der Zulassung/Ermächtigung ist der EBM in der gültigen Fassung.

Maßgebliche Bestimmungen für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden sich insbesondere in den folgenden Teilen des EBM:

- Allgemeine Bestimmungen,
- Kapitel 23, 35, 40.

Ab 01.01.2008 erfolgt die **Berechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Kapitels 23 durch Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten** ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind neben den GOP aus Kapitel 23 nur die GOP 01100, 01101, 01410 bis 01413, 01415, 01430, 01435, 01600, 01601, 01602, 01620, 01621, 01622 sowie die GOP des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den GOP 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Die **Abrechnung der GOP des Kapitels 35 durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** ist auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, begrenzt.

Ausnahmen sind zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann (Psychotherapiegesetz §1 (2) und Psychotherapie-Vereinbarungen (Anlagen 1 BMV-Ä bzw. EKV, § 7 (6)).

Übende und suggestive Interventionen (Übende Verfahren und Hypnose) nach den GOP 35111, 35112, 35113 und 35120 dürfen nach Abschnitt C § 21b der Psychotherapie-Richtlinie während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.

Probatorische Sitzungen nach der GOP 35150 sind nur als Einzeltherapie zulässig und bei Unterteilung in 2 Einheiten à 25 min. nur einmal nach mind. 50 min. berechnungsfähig. Nach der Psychotherapie-Richtlinie sind vor der ersten Antragstellung bis zu 5 - bei der analytischen Psychotherapie bis zu 8 - probatorische Sitzungen möglich. Probatorische Sitzungen werden nicht auf die für die Therapie genehmigten Behandlungsstunden angerechnet.

Gemäß Abschnitt F der Psychotherapie-Richtlinie hat der Psychologische Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut den Patienten spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen an einen nach Abschnitt F § 24 (4) qualifizierten Vertragsarzt zur Einholung des **Konsiliarberichtes** zu überweisen. Dies gilt auch dann, wenn der Patient von einem Arzt, gleich welcher Fachrichtung, an den Therapeuten überwiesen wurde.

Für die Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen an den Arzt ist Muster 7 der Vordruckvereinbarung zu verwenden.

Das Muster 22a-d (Konsiliarbericht) ist dem Muster 7 für den Arzt beizufügen. Der Arzt rechnet dann seine Leistungen auf einem Muster 5 ab, erstellt den Konsiliarbericht auf Muster 22a-d und verteilt ihn entsprechend. Den Konsiliarbericht (Muster 22a) muss der Arzt dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung übermitteln.

Testverfahren nach den GOP 35300 bis 35302 sind während einer laufenden Psychotherapie ab dem 01.01.2008 sowohl für den Bereich der Primär- als auch der Ersatzkassen mit besonderer Begründung bis zu dreimal zusätzlich berechnungsfähig.

Antragspflichtige Leistungen

Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten Gebührenordnungspositionen können ausschließlich von Vertragsärzten, bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnet werden.

Einzelheiten zum Antragsverfahren und zur Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen sind in Abschnitt F der Psychotherapie-Richtlinie und Teil C §§ 11 - 13 der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt.

Bei **Überführung einer bewilligten Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie** ist die Anrechnung der Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie bereits bei der Antragstellung zu berücksichtigen, d. h. die höchstzulässige Anzahl der Langzeittherapie-Sitzungen ist um die Anzahl der bewilligten Kurzzeittherapie-Sitzungen zu reduzieren.

Gemäß § 14 (5) der Psychotherapie-Vereinbarungen sind bestimmte, ggf. notwendig werdende, Leistungen der **Einbeziehung von Bezugsperson(en)** hinter der GOP **mit einem "B" zu kennzeichnen**, siehe unter "Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften".

Die Abrechnung der GOP mit „B“ für die Bezugsperson(en) erfolgt auf dem Behandlungsausweis des psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten.

5.5.4 Sonstige Hinweise

Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschl. der probatorischen Sitzungen ist grundsätzlich unzulässig (gemäß § 14 (3) BMV-Ä bzw. § 20 (4) EKV).

Überweisungen können nur im Rahmen des in der Psychotherapie-Richtlinie geregelten Konsiliarverfahrens vorgenommen werden (gemäß § 24 (11) BMV-Ä bzw. § 27 (11) EKV).

Zur **Diagnoseverschlüsselung** gemäß § 295 SGB V sei auf Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ des systematischen Verzeichnisses der ICD-10-GM (Internationale Klassifikation der Krankheiten in der jeweils vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung) hingewiesen.

Zur Angabe der Diagnosesicherheit muss eines der folgenden Zusatzkennzeichen hinter jeder Schlüsselnummer angefügt werden (obligatorische Anwendung):

- A** ausgeschlossene Diagnose
- V** Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose
- Z** (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose
- G** gesicherte Diagnose

Lt. Empfehlungsvereinbarung der KBV sowie den Vordruckerläuterungen ist bei anerkannter (bewilligter) Psychotherapie auf dem entsprechenden Datensatz der Ersatzwert „UUU“ bzw. auf Muster 5 keine Diagnose anzugeben.

Sofern sonstige Leistungen, wie probatorische Sitzungen, erbracht werden und sich danach keine Psychotherapie anschließt, ist zumindest eine Verdachtsdiagnose anzugeben.

Werden Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, die **bisher im Kostenerstattungsverfahren** tätig waren, **im Laufe eines Quartals zugelassen/ermächtigt**, ist wie folgt zu verfahren:

- Die Abrechnung bis zum Datum der Zulassung/Ermächtigung erfolgt wie bisher mit der Krankenkasse.
- Eine Abrechnung ist ab dem Datum der Zulassung/Ermächtigung bei der KV einzureichen. Bei laufenden Psycho-/Verhaltenstherapien ist der Vordruck PTV 7b, auf dem die noch offenen bewilligten Restsitzungen erkennbar sein müssen, der Abrechnung beizufügen.
- Nachträge aus Vorquartalen bis zum Datum der Zulassung/Ermächtigung sind noch weiterhin mit der Krankenkasse direkt abzurechnen.

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung - Stand: 3. 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
Broncho	Bronchoskopien
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
GPsych	Gesprächs-/ Betreuungsleistungen
HausAZV	Hausarztzentrierte Versorgung
HeilMiZu	Zuzahlungen Heilmittel
HistZyto	Histologie/Zytologie (GOP 19310 bis 19312, 19331)
HIV_Aids	Behandlung HIV/Aids
Impfen	Schutzimpfungen
Inan/Bes	Besondere Inanspruchnahme/Dringende Besuche
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, Durchführungvereinbarung Schwangerschaftsabbruch, Homöopathie)
KüBe	Künstliche Befruchtung
kurativ	nicht gesondert genannte EBM-Leistungen (u. a. Versicherten-/Grundpauschalen, Beratungs-/Betreuungsleistungen, Briefe, fachgruppenspezifische Leistungen, radiologische Leistungen)
Labor_KB	Labor künstliche Befruchtung

LG-Rep.	Bezeichnung
Labor_MV	Labor Mutterschaftsvorsorge
Labor_P	Laborpauschalen
LaborBon	Wirtschaftlichkeitsbonus
Labor€	Laboranalytik
LZ_EKG	Auswertung Langzeit-EKG
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
Probator	Probatorische Sitzungen
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