



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

## **26. Lieferung Austauschseiten**

**Stand 01.10.2010**

**Beilage zu den KVS – Mitteilungen 11/2010**

**Anleitung zum Einordnen der 26. 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
<b>2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN</b>			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2.8 Seiten 3-6	2	2.8 Seiten 3-6	2
2.9 Seiten 5-6	1	2.9 Seiten 5-6	1
2.17 Seiten 1-2	1	2.17 Seiten 1-2	1
---	---	2.17 Seiten 9-10	1
2.18 Seiten 1-2	1	2.18 Seiten 1-2	1
2.20 Seiten 1-2	1	2.20 Seiten 1-2	1
---	---	2.21 Seiten 1-2	1
<b>5. Teil SONSTIGES</b>			
5.1 Seiten 5-12	4	5.1 Seiten 5-8	2
5.3 Seiten 3-6	2	5.3 Seiten 3-6	2
<b>SUMMEN:</b>	<b>15</b>		<b>15</b>



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**Stand 01.10.2010**



---

## 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 01.04.2010
- 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 mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2008
- 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 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
- 2.18 Vertrag nach § 73c SGB V mit der KKH-Allianz über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, ab 01.04.2010
- 2.19 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund, ab 01.05.2010
- 2.20 Vereinbarung nach § 73a SGB V über die Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit der Knappschaft, ab 01.10.2010
- 2.21 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, Neufassung ab 01.01.2010
- 3.12    Berechtigungsprüfung im Rahmen des Notfall- und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
- 3.13    Abrechnung Empfängnisregelung, ab 01.07.2010

### **4. Teil    Beschlüsse und Feststellungen**

- 4.1     Beschlüsse des Bewertungsausschusses
- 4.2     Beschlüsse und 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     Begründungen 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

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

- 2.0 Diabetes-Diagnostik
- 2.1 Diabetes-Vereinbarung Sachsen  
mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2008
- 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 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher  
Früherkennungsuntersuchungen
- 2.18 Vertrag nach § 73c SGB V mit der KKH-Allianz über die Durchführung  
einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen  
Versorgung, ab 01.04.2010
- 2.19 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten  
Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.)  
mit der BIG direkt gesund, ab 01.05.2010
- 2.20 Vereinbarung nach § 73a SGB V über die Optimierung der  
ambulanten medizinischen Versorgung in vollstationären  
Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit der Knappschaft, ab 01.10.2010
- 2.21 Sonstiges



### **2.8.1 Vertrag über die Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs im Rahmen eines Modellvorhabens nach §§ 63 ff. SGB V mit der AOK PLUS, ab 01.10.2010 („Ganzkörperuntersuchung Haut-Check 14 bis 34 Jahre“)**

**Ziel dieser Vereinbarung** ist die Durchführung einer qualifizierten ambulanten Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs 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.

Dieser Vertrag regelt die Fortführung des bisherigen Modellvorhabens unter Berücksichtigung des o.g. Beschlusses des G-BA und ersetzt den bisherigen Vertrag.

**Anspruch** auf die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs i. R. dieses Vertrages **haben alle Versicherten der AOK PLUS**, unabhängig von ihrem Wohnort in der BRD, **jedes zweite Jahr ab dem vollendeten 14. Lebensjahr** (ab dem 14. Geburtstag) und **bis zum Alter von 34 Jahren** (der 35. Geburtstag darf noch nicht erreicht sein).

Eine erneute Untersuchung nach den vertraglichen Vorgaben ist jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Für die ausschließliche Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen im Rahmen dieses Vertrages (Vorsorgeleistungen) wird die Zuzahlung nach § 28 (4) SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben.

**Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung** gemäß § 4 dieses Vertrages muss der Arzt als **Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten** in Sachsen zugelassen oder in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in einer Einrichtung nach § 311 (2) SGB V oder bei einem Vertragsarzt in Sachsen tätig sein, im Folgenden „Dermatologen“ genannt.

Die Vorsorgeuntersuchung gemäß § 4 darf von den berechtigten Vertragsärzten zudem nur durchgeführt werden, **wenn sie sich durch eine anerkannte Fortbildung** für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß der KFE-RL (Abschnitt D. II.) **zertifiziert haben**. Ausgeschlossen von der Leistungserbringung sind diesbezüglich - entgegen dieser Richtlinie - hausärztlich tätige FÄ für Allgemeinmedizin, Internisten und Praktische Ärzte ohne Gebietsbezeichnung.

Werden im Zusammenhang mit den dermatologischen Leistungen dieses Vertrages **histopathologische Leistungen** erforderlich, sind diese **nur durch FÄ für Pathologie und FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit histopathologischer Weiterbildung mit der Genehmigung** der KV Sachsen gemäß § 2 der Qualitätssicherungsvereinbarung zur histopathologischen Untersuchung i. R. des Hautkrebs-Screenings, im Folgenden „Pathologen“ genannt, berechnungsfähig.

Details zum Leistungsumfang und zur Dokumentation sind in den §§ 4 und 5 dieses Vertrages beschrieben.

Für den Haut-Check i. R. dieses Vertrages 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 (Abschnitt D. II.)  
einschließlich einer ggf. erforderlichen Auflichtmikroskopie,  
**einmal jedes zweite Jahr** gemäß § 2 (1)  
**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 Abr.-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 Abr.-Nrn. 99190, 99190A und 99190B sind gem. § 3 (1) **nur durch Dermatologen** berechnungsfähig.

- Die Abr.-Nrn. 99190A und 99190B sind bei Patienten mit mehreren verdächtigen Hautveränderungen gemäß den Inhalten der KFE-RL (Abschnitt D. II.) nebeneinander und/oder mehrfach in einer Sitzung berechnungsfähig, jedoch insgesamt höchstens fünfmal am Behandlungstag.

- Neben den Abr.-Nrn. 99190A und 99190B sind am selben Behandlungstag die EBM-GOP 02300 bis 02302, 10340 bis 10342, 10343 und 10344 nicht berechnungsfähig.

Die zur Leistungserbringung berechtigten Dermatologen vermerken in begründeten Verdachtsfällen auf eine bösartige Hauterkrankung das Untersuchungsergebnis auf dem Untersuchungsbogen und senden diesen (Original und Durchschlag) einschließlich des Probematerials an einen Pathologen zur Untersuchung.

Die entsprechenden Überweisungen sind dabei vom teilnehmenden Dermatologen mit dem Hinweis „AOK-Haut-Check“ zu kennzeichnen.

Die **Untersuchungsbögen** sind (im Original, ggf. erst nach der histopathologischen Befundung des Pathologen) mit den Abrechnungsunterlagen des Dermatologen bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen einzureichen. Der Durchschlag verbleibt in der Patientenakte des Dermatologen.

Ein Anfügen der Untersuchungsbögen an die jeweiligen Behandlungsausweise bei manuell abrechnenden Ärzten ist nicht erforderlich, d.h. die Untersuchungsbögen sind getrennt von den Abrechnungsunterlagen in einem verschlossenen Umschlag einzureichen.

Die bisherigen, ggf. noch vorhandenen Untersuchungsbögen können bis zum 31.12.2010 genutzt werden.

Ab 1. Januar 2011 sind dann die neuen Untersuchungsbögen zwingend anzuwenden (in Papierform, Anlage 1 zu diesem Vertrag).

Um ein maschinelles Erkennen und Verarbeiten Ihrer Angaben im Untersuchungsbogen zu ermöglichen, beachten Sie bitte die folgenden **Ausfüllhinweise**:

- Der dermatologische Teil des Untersuchungsbogens ist bitte komplett auszufüllen.
- Setzen Sie kleine Kreuze oder markieren Sie die betreffenden Kästchen nach Möglichkeit mit schwarzem Kugelschreiber.
- Keine Korrektur versehentlicher Fehlcodierungen mittels Durchstreichen, bitte neuen Bogen ausfüllen.

Der **Pathologe** trägt die Ergebnisse seiner histopathologischen Untersuchung auf dem rechten Teil des Untersuchungsbogens ein und sendet das Original sowie den Durchschlag des Untersuchungsbogens an den Dermatologen zurück.

**99190P Histopathologische Untersuchung eines Materials**

analog der GOP 19315 EBM

**BMÄ** (nur AOK PLUS) ..... **9,00 EUR**

**99190Q Zuschlag zur Abr.-Nr. 99190P**

für die histopathologische Untersuchung eines Materials unter Anwendung von Sonderverfahren, analog der GOP 19312 EBM

**BMÄ** (nur AOK PLUS) ..... **6,00 EUR**

**99190H Kostenpauschale für histopathologisches Versandmaterial**

**BMÄ** (nur AOK PLUS) ..... **2,60 EUR**

- Die Abr.-Nrn. 99190P, 99190Q und 99190H sind gemäß § 3 (1) nur durch Pathologen sowie Dermatologen mit histopathologischer Weiterbildung berechnungsfähig.
- Neben den Abr.-Nrn. 99190P und 99190Q sind bei Untersuchungen an demselben Material die EBM-GOP 19310 ,19312 und 19315 nicht berechnungsfähig.
- Die Abr.-Nr. 99190P kann bei demselben Material nur mit besonderer Begründung (z. B. Differenzialdiagnostik bei Lymphom) neben den GOP 11320 bis 11322 berechnet werden. Die Begründung ist einschließlich des ICD-10-Codes für die betreffende Erkrankung bei der Abrechnung anzugeben.
- Die Kostenpauschale nach der 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.

- Mit der Vergütung der Abr.-Nrn. 99190P, 99190Q und 99190H sind die histopathologische Untersuchung, deren Dokumentation und die Weiterleitung an das u.g. Institut für Pathologie abgegolten.

Wird vom **Pathologen** die Verdachtsdiagnose eines Melanomvorläufers (z. B. dysplastischer Nävus, Nävus mit Dysplasiezeichen), eines Melanoma in situ bzw. einer Lentigo maligna oder eines invasiven Melanoms (z. B. LMM, SSM, NM, ALM, UKM oder andere Sonderformen) gestellt, ist dieser verpflichtet, eine Kopie des Befundes mit den anonymisierten Patientendaten und der Registriernummer des Untersuchungsbogens sowie den dazugehörigen Objektträger mit dem Vermerk „AOK-Haut-Check“ für die wissenschaftliche Weiterbearbeitung an das

Institut für Pathologie Dr. med. habil. G. Heinisch Dresden-Radeberg,  
z. H. Prof. Dr. G. Sebastian, Sommerweg 15, 01454 Großerkmannsdorf/Radeberg  
zu senden.

Dabei ist es möglich, die betreffenden Befunde und Objektträger von der Praxis für Pathologie gesammelt, halbjährlich (jeweils im April und Oktober der Jahre 2011, 2012 und 2013) an die o.g. Adresse zu senden.

Notwendige Exzisionen sowie die histopathologischen Untersuchungen nach diesem Vertrag können noch ein Quartal nach Vollendung des 35. Lebensjahres des Versicherten erbracht und abgerechnet werden, wenn die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs kurz vor Vollendung des 35. Lebensjahres erbracht wurde.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt unter der Angabe der jeweiligen Diagnose nach ICD-10 in der jeweiligen Fassung mit Qualifizierungsmerkmal.

Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten den weiterbehandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Die AOK PLUS vergütet die o.g. ärztlichen Leistungen dieses Vertrages außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a (3) SGB V.

Für die ausschließliche Inanspruchnahme von ärztlichen Leistungen i. R. dieses Vertrages (Vorsorgeleistungen) wird die Zuzahlung nach § 28 (4) SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben.

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

#### **1. Nachtrag mit Wirkung ab 01.07.2010**

**Beitritt der BKK Linde mit Wirkung ab 01.01.2010**

**Beitritt der Daimler BKK mit Wirkung ab 01.04.2010**

**Beitritt d. BKK 24 und d. BKK ESSANELLE mit Wirkung ab 01.07.2010**

**Beitritt der BKK PFAFF mit Wirkung ab 01.10.2010**

Ziel dieses Vertrages 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. Damit soll der Zugang der Versicherten der beteiligten Krankenkassen zu qualifizierter Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie als besondere ambulante vertragsärztliche Versorgung sichergestellt werden.

**Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der SECURVITA BKK, der BKK Linde, der Daimler BKK, der BKK 24, der BKK ESSANELLE und der BKK PFAFF.**

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 erforderlichen Qualifikation, zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen 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.

Eine für die SECURVITA BKK abgegebenen Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes gilt auch für alle dem Vertrag beigetretenen Kassen, die erneute Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich.

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten quartalsweise nach der Einschreibung an die KV Sachsen zur Übermittlung an die jeweilige Krankenkasse weiterzuleiten.

**Nachfolgend aufgeführte homöopathische ärztliche Leistungen** sind i. R. dieses Vertrages abrechnungsfähig, die von den teilnehmenden Krankenkassen 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 berechnungsfähig für Versicherte der SECURVITA BKK, der BKK Linde, der Daimler BKK, der BKK 24, der BKK ESSANELLE sowie der **BKK PFAFF**.
- 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.

## 2.17 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen

### 2.17.1 Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V mit der Techniker Krankenkasse (TK), ab 01.01.2008

#### **1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.07.2010**

Die Vertragspartner stellen durch diese Vereinbarung eine qualitativ besonders hochwertige präventive pädiatrische Versorgung bereit.

**Anspruchsberechtigte** für die vereinbarten zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen **sind Kinder, die bei der TK versichert sind** und dies durch Vorlage der Krankenversichertenkarte nachweisen.

Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Eltern bzw. der gesetzliche Vertreter des Kindes wählen ihren an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarzt aus.

Diese Vereinbarung gilt nur für Ärztinnen und Ärzte im Bereich der KV Sachsen.

**An dieser Vereinbarung können teilnehmen:**

- zugelassene und bei niedergelassenen Ärzten angestellte **Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**, auch solche in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und in zugelassenen MVZ nach § 95 SGB V,
- zugelassene **Fachärzte anderer Fachrichtungen und Praktische Ärzte**, die eine abgeschlossene **Weiterbildung in Pädiatrie** nachweisen können,
- **ab 01.07.2010 Hausärzte**, wenn sie den Nachweis über die Durchführung von **mind. 30 Untersuchungen** zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern nach den Richtlinien **pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale** erbringen **oder wenn sie am Vertrag** nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin zwischen **der BIG direkt gesund** und der AG Vertragskoordination **teilnehmen und bis zum 31.03.2010 Leistungen** nach dem Vertrag **erbracht und abgerechnet haben**.

Hausärzte, die eine dieser Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, beantragen ihre Teilnahme schriftlich bei der KV Sachsen. Die Teilnahme an diesem Vertrag beginnt in dem Quartal, in dem die KV Sachsen dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Für ermächtigte Ärzte gilt diese Vereinbarung nicht.

Teilnehmende Ärzte sollten Mitglied im Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (BVKJ) sein. Der BVKJ ist berechtigt, von teilnehmenden Ärzten, die nicht Mitglied im BVKJ sind, eine besondere Eintritts- oder Verwaltungsgebühr zu verlangen.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Der Beitritt der Ärzte erfolgt mit der Beitrittserklärung gemäß Anlage 3 gegenüber der KV Sachsen. Die KV Sachsen überprüft die Voraussetzungen zur Teilnahme am Vertrag.

Die Teilnahme eines beigetretenen Arztes endet, wenn dieser schriftlich unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende seine Teilnahme gegenüber der KV Sachsen kündigt. Die bereits begonnenen Behandlungen zuzüglich Dokumentationen nach diesem Vertrag sind vom Arzt zu Ende zu führen.

**Voraussetzung für die Vergütung** ist die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und das vollständige Ausfüllen des Dokumentationsbogens gemäß "Grünes Gesundheitscheckheft des BVKJ" (inkl. Unterschrift und Stempel des Arztes).

**Folgende Leistungen** werden unter den nachfolgend aufgeführten Abr.-Nrn. und außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

**92302 Untersuchung U10 (7 bis 8 Jahre)**

(ab 7. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 9. Geburtstag)

Ziele und Schwerpunkte der Untersuchung:

- Sozialisations-/ Verhaltens- sowie Schulleistungsstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalie
- Medienverhalten

**E-GO (nur TK) ..... 50,00 EUR**

**92303 Untersuchung U11 (9 bis 10 Jahre)**

(ab 9. Geburtstag bis 1 Tag vor dem 11. Geburtstag)

Ziele und Schwerpunkte der Untersuchung:

- Sozialisations-/ Verhaltens- sowie Schulleistungsstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalie

**E-GO (nur TK) ..... 50,00 EUR**

Hinweise zur Abrechnung:

Die **Ziele und Schwerpunkte der Primärprävention** bei der Erbringung der o.g. Leistungen **entnehmen Sie bitte der Anlage 1** dieser Vereinbarung.

Die „Dokumentation und Auswertung des psychologischen Fragebogens gemäß den Kinderuntersuchungsrichtlinien des BVKJ (gemäß "Grünes Gesundheitscheckheft des BVKJ“) ist neben der aufgeführten Untersuchung Bestandteil der o.g. Leistungen.

Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, die Dokumentationsbögen gemäß "Grünem Gesundheitscheckheft des BVKJ" in 2-facher Ausfertigung vollständig und mit Vertragsarztstempel und Unterschrift auszufüllen. Ein Exemplar verbleibt beim Arzt, ein Exemplar wird dem gesetzlichen Vertreter des Versicherten ausgehändigt und eine Kopie des Dokumentationsbogens wird der Abrechnung an die KV Sachsen beigelegt.

Der Arzt ist nicht berechtigt, für die in diesem Vertrag vereinbarten Leistungen eine privatärztliche Vergütung von dem Patienten zu verlangen.

### **2.17.5 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft, ab 01.10.2010**

Durch die Einführung eines erweiterten Präventionsangebotes für Jugendliche soll die Qualität der Vorsorge erhöht werden. **Ziel** ist es dabei, die Entwicklung von Jugendlichen in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie explizit früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegen wirken zu können.

**Zur Teilnahme** an dieser Vereinbarung der AG Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung **sind berechtigt**

- **alle Kinder- und Jugendärzte** im Sinne des § 73 (1a) Nr. 2 SGB V,
- **Hausärzte** im Sinne des § 73 (1a) SGB V, sofern sie **jährlich den Nachweis** erbringen, dass sie sich **mit mindestens 6 Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet** haben.

Die Teilnahme der Kinder- und Jugendärzte erfolgt durch Abrechnung der u.g. vertraglich vereinbarten Abrechnungsnummer (gemäß § 6) gegenüber der KV Sachsen.

Ein Teilnahmeantrag ist nicht erforderlich.

Hausärzte, die die o.g. Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, beantragen gemäß § 5 ihre Teilnahme schriftlich bei der KV Sachsen und weisen dabei das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nach. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die KV Sachsen dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte sowie Hausärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Jugendlichen achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch.

Dieser **Vertrag gilt für** teilnehmende Versicherte der Knappschaft, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die altersmäßigen Voraussetzungen des § 4 (2) erfüllen, d.h. anspruchsberechtigt sind **Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, die bei der Knappschaft versichert sind**. Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig.

Teilnehmende Versicherte (nach § 2 (1)) erhalten in der definierten Altersgrenze **einmalig folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchung** unter Zugrundelegung der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj) definierten Inhalte.

Für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der folgenden zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung (nach § 3) erhält der teilnehmende Arzt (nach § 5) eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung.

**81121 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2 (16 bis 17 Jahre)**

Ziele und Schwerpunkte:

- Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
- Körperhaltung und Fitness
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Entwicklung der Sexualität
- Medienverhalten
- Umgang mit Drogen

**BMÄ** (nur Knappschaft) ..... **50,00 EUR**

Im Rahmen dieser zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung.

Die Untersuchung ist zu Abrechnungszwecken zu dokumentieren (z. B. in dem Untersuchungsheft des BVKJ).

Die o.g. Vergütungspauschale (gemäß § 6 (1)) ist von den teilnehmenden Ärzten über die KV Sachsen abzurechnen.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieser Vereinbarung durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen (nach § 3) ist ausgeschlossen.

Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

## **2.18 Vertrag nach § 73c SGB V mit der KKH-Allianz über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung, ab 01.04.2010**

**Gegenstand des Vertrages** ist die Durchführung der Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit oder ohne Legen einer Paukendrainage) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen.

**Teilnahmeberechtigt** sind **FÄ für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz** in Sachsen und **der Genehmigung zum ambulanten Operieren**, die die Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 erfüllen. Das gilt auch für angestellte FÄ für HNO-Heilkunde.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Der Arzt beantragt seine Teilnahme mittels einer Teilnahmeerklärung (Anlage 1) und erbringt den Nachweis der initialen und fortwährend zu gewährleistenden Voraussetzungen (Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 wie gerätetechnische Ausstattung, Sachkundenachweis bei Eingriffen mittels Laser, bauliche und apparative Ausstattung sowie die Erfüllung der Pflichten der operativ tätigen Ärzte gemäß § 5 dieses Vertrages).

Die KV Sachsen überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen und laufenden Pflichten und übersendet dem Arzt eine Bestätigung seiner Teilnahmeberechtigung. Der Arzt kann ab Tag der Geltung der Teilnahmeberechtigung die in diesem Vertrag geregelte Vergütung abrechnen.

**Konservativ tätige FÄ für HNO-Heilkunde** mit Vertragsarztsitz in Sachsen können die Durchführung der zweiten bzw. dritten postoperativen Nachbehandlung auf Überweisung des Operateurs (Nrn. 92658A bzw. 92658B) auch ohne Abgabe einer Teilnahmeerklärung abrechnen, wenn die entsprechende Leistung nach diesem Vertrag erbracht wurde.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist, dass der konservativ tätige Arzt einen vom operativ tätigen Arzt übermittelten Dokumentationsbogen in Papierform ausfüllt und unverzüglich an den operativ tätigen Arzt zurück übermittelt.

**Anästhesisten** können an diesem Vertrag durch Abrechnung der Anästhesieleistungen (Nrn. 92820, 92821A, 92821B, 92822, 92823A oder 92823B) teilnehmen. Ein Teilnahmeverfahren findet nicht statt.

**Teilnahmeberechtigt** nach diesem Vertrag **sind alle bei der KKH-Allianz Versicherten mit Wohnort in Sachsen**, die das **siebte Lebensjahr noch nicht vollendet** haben.

Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 2.1) durch den/die Sorgeberechtigten. Die Teilnahmeerklärung wird durch den Arzt über die KV Sachsen entspr. der Regelungen nach § 5 (3) an die KKH-Allianz weiterleitet.

Die gemäß § 7 teilnahmeberechtigten Versicherten haben Anspruch auf die im § 8 dieses Vertrages detailliert beschriebenen Leistungen.

Die nach diesem Vertrag **abrechenbaren Leistungen** sind gemäß Anlage 3:

a) für **Operationsleistungen**

<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b> „Durchführung einer ...“	<b>Vergütung (EUR)</b>
<b>92230</b>	... Tonsillotomie	440,00
<b>92231A</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff	458,00
<b>92231B</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	473,00
<b>92231C</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff	475,00
<b>92231D</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	490,00
<b>92232</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	550,00
<b>92233A</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ohne Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	568,00
<b>92233B</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ohne Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	583,00
<b>92233C</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	585,00
<b>92233D</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	600,00

Diese Abr.-Nrn.

- können **ausschließlich von** am Vertrag teilnehmenden **operativ tätigen Fachärzten für HNO-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Sachsen und der Genehmigung zum ambulanten Operieren** abgerechnet werden,
- beinhalten neben den Operationsleistungen ebenfalls den Aufwand für die erste postoperative Nachbehandlung ein bis zwei Tage nach erfolgter Operation.

## 2.20 Vereinbarung nach § 73a SGB V über die Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit der Knappschaft, ab 01.10.2010

Diese Vereinbarung verfolgt das **Ziel**, für knappschaftlich Versicherte in vollstationären Pflegeeinrichtungen

- die ambulante medizinische Versorgung zu optimieren,
- die Lebensqualität zu verbessern,
- vorhandene Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen,
- funktionierende Strukturen für ein kooperatives Tätigwerden der Ärzte zu schaffen sowie den Informationsaustausch und die Kooperation zwischen allen an der Pflege und med. Versorgung beteiligten Leistungserbringern zu verbessern.

Die Knappschaft hat dazu mit vollstationären Pflegeeinrichtungen (aufgeführt in Anlage 1) Kooperationsvereinbarungen nach § 11 (4) SGB V bzw. § 140a ff. SGB V abgeschlossen.

Alle im Bereich der KVS tätigen **Vertragsärzte** (Haus- und Fachärzte, Psychotherapeuten), die Patienten in den in der Anlage 1 aufgeführten vollstationären Pflegeeinrichtungen betreuen und bereit sind, den Pflichten aus dieser Vereinbarung nachzukommen, können sich beteiligen. Sie erklären ihre Teilnahme gegenüber der KVS schriftlich (formlos).

Die **Aufgaben der Hausärzte** sind im § 4 detailliert beschrieben. Die Ärzte übernehmen die Steuerung der medizinischen Versorgung für die an dieser Versorgung teilnehmenden Versicherten. Insbesondere

- vereinbaren sie feste, regelmäßige Termine zur Betreuung der Versicherten im Pflegeheim in Kooperation mit diesem,
- stellen sie die med. Betreuung ihrer Patienten während der üblichen Sprechstunden/ Hausbesuchszeiten persönlich sicher,
- gewährleisten sie die med. Betreuung der Patienten auch außerhalb der Sprechstunden/ Hausbesuchszeiten, in der Zeit von Mo. bis Fr. von 7:00 – 22:00 Uhr und am Sa./So. von 9:00 – 22:00 Uhr, so dass mindestens ein teilnehmender Arzt für die jeweilige Pflegeeinrichtung rufbereit ist,
- koordinieren sie präventive, diagnostische, therapeutische, rehabilitative und pflegerische Maßnahmen sachgerecht mit den beteiligten Leistungserbringern,
- sorgen sie dafür, dass nachvollziehbar geführte patientenindividuelle Informationen im Vertretungsfall einem anderen teilnehmenden Arzt zugänglich sind.

Der Arzt entscheidet nach telefonischer Information durch die Pflegeeinrichtung, ob zur Erfüllung seiner Pflichten nach dieser Vereinbarung ein persönlicher Besuch erforderlich oder der telefonische Kontakt ausreichend ist.

Die **Aufgaben und Pflichten der teilnehmenden Fachärzte und Psychotherapeuten** sind im § 5 detailliert beschrieben. Die Teilnahme an der Rufbereitschaft obliegt im Wesentlichen den Hausärzten, dennoch informieren die teilnehmenden Fachärzte und Psychotherapeuten ihre Kooperationspartner über ihre Sprechstunden- und Bereitschafts-

zeiten und übernehmen in dringenden Fällen auf Anforderung durch den diensthabenden Arzt oder die kooperierende Pflegeeinrichtung Heimbefuche.

Sie dokumentieren die durchgeführten med. Maßnahmen entspr. der in der Kooperation geregelten Bedingungen, damit eine kontinuierliche med. Betreuung der Versicherten gewährleistet ist. Prämisse ihres Handelns ist die Vermeidung von med. nicht erforderlichen Krankenhauseinweisungen.

Die Regelungen in § 4 gelten entsprechend.

Die Ärzte und Pflegeeinrichtungen verpflichten sich zu einer engen, kooperativen und vertrauensvollen **Zusammenarbeit**, die im § 6 detailliert beschrieben ist. Dies gilt insbesondere für den zeitnahen Austausch erforderlicher Informationen zur Optimierung der medizinischen Versorgung der Versicherten sowie des Schnittstellenmanagements.

Die Ärzte führen eine nachvollziehbare Dokumentation und machen diese im Interesse einer optimierten Koordination auch den weiteren an der Versorgung beteiligten Behandlern zugänglich. Der Datenschutz ist dabei zu wahren.

Die Ärzte und Pflegeeinrichtungen erklären sich bereit, gemeinsam Kommunikationsleitfäden und verbindliche Prozessabläufe bei med. Notfällen zu allen Tageszeiten und allen Wochentagen zu erarbeiten, implementieren und zu etablieren.

Die Kooperationspartner erarbeiten und etablieren gemeinsam Handlungsabläufe zu ausgewählten kritischen Bereichen der pflegerischen und medizinischen Versorgung auch im sektorübergreifenden Zusammenhang.

**Für eine notwendige Betreuung der Versicherten** können die teilnehmenden Ärzte außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung **die nachfolgend aufgeführten Zuschläge** zusätzlich zu den Gebührenordnungspositionen (GOPs) des EBM abrechnen:

<b>Abrechnungs- Nummer</b>	<b>Erläuterung</b>	<b>zusätzliche Vergütung</b>
<b>99600</b>	Zuschlag zur GOP 01100 EBM (Unvorhergesehene Inanspruchnahme I)	10,00 EUR
<b>99601</b>	Zuschlag zur GOP 01101 EBM (Unvorhergesehene Inanspruchnahme II)	15,00 EUR
<b>99602</b>	Zuschlag zur GOP 01411 EBM (Dringender Besuch I)	35,00 EUR
<b>99602</b>	Zuschlag zur GOP 01412 EBM (Dringender Besuch II / dringende Visite)	35,00 EUR
<b>99602</b>	Zuschlag zur GOP 01415 EBM (Dringender Besuch Wohnheim)	35,00 EUR
<b>99603</b>	Zuschlag zur GOP 01413 EBM (Besuch eines weiteren Kranken)	10,00 EUR

Die jeweilige Abrechnungsnummer ist **nur im zeitlichen Zusammenhang einmal mit der betreffenden GOP** berechnungsfähig.

**2.21 Sonstiges****2.21.1 Weitere vertragliche Zusatzregelungen, ab 01.04.05****Kostenersatz Bereitschaftsdienst Belegarzt, ab 01.04.05**

**40170 Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pflorgetag**

E-GO .....	<b>3,10 EUR</b>
BMÄ .....	<b>2,56 EUR</b>

**Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung entspr. Nachtragsvereinbarung mit dem Bundesverteidigungsministerium vom 22.05.91**

**80010 Ausstellung der ärztlichen Bescheinigung über arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchungen nach den berufsgenossenschaftlichen Grundsätzen für die Bundeswehr ..... 3,89 EUR**

- Nur für den Kostenträger Bundeswehr berechnungsfähig.
- Für die Ausstellung dieser Bescheinigung kann auch die EBM-GOP 01601 abgerechnet werden.
- **Ab 01.07.2006 kann ein nicht ausschließlich auftragnehmender Vertragsarzt zur Erbringung von Leistungen im Zusammenhang mit Untersuchungen und/oder Begutachtungen** (z.B. Feststellung der Wehrendienstfähigkeit, Musterungsuntersuchungen), **zusätzlich die Versicherten- bzw. die Grundpauschale seiner Fachgruppe berechnen.** Ausschließlich auftragnehmende Ärzte können die Konsiliarpauschale berechnen.

**Telefonkosten gem. Allg. Bestimmungen, EBM, ab 01.10.96**

**80230 Telefonkosten, die entstehen, wenn der behandelnde Arzt mit dem Krankenhaus zu einer erforderlichen stationären Behandlung Rücksprache nehmen muss (Allg. Best. EBM) ..... 0,06 EUR**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- Für mehrere Gebühreneinheiten ist die Nr. 80230 mit dem entspr. Faktor abzurechnen.

## **Vereinbarung mit dem Medizinischen Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen e.V. (MDK), Neufassung mit Wirkung ab 01.01.2009**

Nach § 18 Abs. 4 SGB XI soll der **MDK**, soweit der Versicherte einwilligt, die behandelnden Ärzte, insbesondere die Hausärzte, in die Begutachtung einbeziehen und **ärztliche Auskünfte und Unterlagen** über die **für die Begutachtung der Pflegebedürftigkeit** wichtigen Vorerkrankungen sowie Art, Umfang und Dauer der Hilfsbedürftigkeit **einholen**.

Diese Vereinbarung dient dem Ziel, die im Begutachtungsverfahren erforderlichen Rückfragen der Ärzte des MDK bei den behandelnden Vertragsärzten zu regeln.

Benötigt der MDK bei der Begutachtung Auskünfte des behandelnden Arztes sowie Behandlungs-/ Befundberichte, die bei dem behandelnden Vertragsarzt bereits vorliegen, verwendet der MDK-Arzt den Vordruck „Arztanfrage“ bzw. „Arztanfrage/Verstorbene“.

Die oberen zwei Drittel der Arztanfrage (Anfrageteil) sind vom Arzt auszufüllen und an das Beratungs- und Begutachtungszentrum (BBZ) zurückzusenden, das die Arztanfrage gestellt hat.

Das untere Drittel des Arztanfragebogens (Abrechnungsteil) ist vom behandelnden Arzt abzutrennen und mit der Quartalsabrechnung vollständig ausgefüllt bei der KV Sachsen einzureichen.

**Grundlage der Vergütung** für die Vertragsärzte **ist die Einhaltung der zwei- bzw. vierwöchigen Rücklauffrist** für die beantwortete Arztanfrage.

**Für die Auskünfte des behandelnden Vertragsarztes, einschließlich der Übersendung von Behandlungs- und Befundberichten, wird bei einer Bearbeitung ...**

<b>99141</b>	<b>... innerhalb von 2 Wochen (je Patient) .....</b>	<b>15,00 EUR</b>
<b>99142</b>	<b>... innerhalb von 4 Wochen (je Patient) .....</b>	<b>10,00 EUR</b>

- VKNR für den MDK: Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz VKNR 94889  
Bezirksgeschäftsstelle Dresden VKNR 95889  
Bezirksgeschäftsstelle Leipzig VKNR 96889

- Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:

Seit 01.04.97 nur noch Einreichung der unteren Abschnitte der Arztanfrage-Vordrucke mit der Quartalsabrechnung - entsprechend als Sonderkostenträger.

- Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:

Seit 01.04.97 Einreichung der unteren Abschnitte der Arztanfrage-Vordrucke, zusätzlich je Patient einen Datensatz mit Nr. 99141 bzw. 99142 anlegen - entsprechend als Sonderkostenträger.

- Wurden die unteren Abschnitte der o. g. Vordrucke nicht mit der Abrechnung eingereicht, ist die Vergütung der o.g. Nrn. ausgeschlossen.

### 5.1.8 Besondere Kennzeichnung von Leistungen der Psycho- und Verhaltenstherapie bei begleitender Psychotherapie einer Bezugsperson, ab 01.04.05

Gemäß § 14 (5) der Psychotherapie-Vereinbarungen (Anlagen 1 BMV-Ä/EKV) sind ggf. notwendig werdende **Leistungen der Einbeziehung der Bezugsperson(en)** hinter der Gebührenordnungsposition (GOP) **mit einem "B" zu kennzeichnen**, und zwar gleichermaßen durch Ärzte und durch zugelassene/ ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

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

GOP	Im Falle der Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	Leistungsdefinition
<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</b>		
35200	35200B	Kurzzeittherapie/ Einzelbehandlung
35201	35201B	Langzeittherapie/ Einzelbehandlung
35202	35202B	Kurzzeittherapie/ Gruppenbehandlung
35203	35203B	Langzeittherapie/ Gruppenbehandlung
<b>Analytische Psychotherapie</b>		
35210	35210B	Einzelbehandlung
35211	35211B	Gruppenbehandlung
<b>Verhaltenstherapie</b>		
35220	35220B	Kurzzeittherapie/ Einzelbehandlung
35221	35221B	Langzeittherapie/ Einzelbehandlung
35222	35222B	Kurzzeittherapie/ kleine Gruppe
35223	35223B	Langzeittherapie/ kleine Gruppe
35224	35224B	Kurzzeittherapie/ große Gruppe
35225	35225B	Langzeittherapie/ große Gruppe

### 5.1.9 Kennzeichnung neben Leistungen des Abschnitts 1.7.3 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening

**Ab 01.04.2007** gibt es die abgeleitete **GOP 40100M** zur Kennzeichnung der Kostenpauschale neben den Leistungen des Abschnitts 1.7.3 zur Früherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening.

**5.1.10 Laborauftrag Knappschaft bei Nicht-GKV-Versicherten,  
ab 01.04.05**

**87777 Kennzeichnung von Laboraufträgen (Vordruck Muster 10), nur bei Knappschaftsmitgliedern, die keine GKV-Versicherten der Primärkasse Knappschaft sind, analog den Ausnahme-Kennziffern des Kapitels O zur Aussetzung des Laborbudgets**

**5.1.12 Möglichkeit des Nachweises von Arzt-Patienten-Kontakten ohne berechnungsfähige Leistungen, ab 01.04.05**

**99990 Arzt-Patienten-Kontakt ohne berechnungsfähige Leistungen**

**5.1.13 Scheinkennzeichnung, wenn vom Versicherten anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde, ab 01.07.2008**

**88190 Scheinkennzeichen für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben**

Neben dieser Pseudo-Ziffer können nur Pseudo-Ziffern zu Praxisbesonderheiten angesetzt werden, alle anderen Abr.-Nrn. sind daneben nicht berechnungsfähig.

Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 (2) gewählt haben, ist lt. § 28 (4) SGB V die Zuzahlung gemäß § 13 (2) Satz 9 SGB V von der Krankenkasse in Abzug zu bringen.

### 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)**

**Am 10. August 2010** hat die Weltgesundheitsorganisation (WHO) die **Pandemie A/H1N1** für **beendet** erklärt.

**Damit entfällt der Tatbestand für den nicht vorhersehbaren Behandlungsbedarf** und somit auch die - an dieser Stelle bisher beschriebene - notwendige Kennzeichnung der Behandlungsfälle bzw. Leistungen bei der Behandlung von Patienten aufgrund einer gesicherten Diagnose „Neue Grippe“ (Influenza A/H1N1).

Der Bewertungsausschuss hat daher in seiner 235. Sitzung beschlossen, die Vereinbarung zur Finanzierung der Diagnostik bei konkreten Verdachtsfällen der Infektion mit der Neuen Grippe A/H1N1 vorzeitig zum 30. September 2010 zu beenden.

**Die Tests zur Diagnostik der Schweinegrippe** bei konkreten Verdachtsfällen nach den bundeseinheitlichen **Vergütungsziffern 88740 und 88741 sind ab dem 1. Oktober 2010** keine GKV-Leistung mehr und somit **nicht mehr berechnungsfähig**.

34492	5009	freier Begr.-Text	... kann <b>nur mit Begründung</b> berechnet werden.
Bereich VI, Präambel 2.1 z. Anhang 2, Nr. 5	5038	Komplikation	Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind <b>Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen</b> unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig.
Bereich VI, Präambel 2.1 z. Anhang 2, Nr. 16	5041	Seiten-Lokalisation OPS	Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen o. Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr.3, sofern die Seitenlokalisierung nicht am OPS-Code benannt wird u. gesondert bewertet ist. Die entspr. OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.
92658A 92658B	5034	OP-Datum	Bei Abrechnung der Nrn. 92658A u. 92658B ist das <b>Datum der Operation</b> in der FK 5034 einzutragen.
96501	5002 (*)	Art der Unters.	... unter Angabe der <b>Therapieform</b> ...
96502 96503 96505	5002 (*)	Art der Unters.	... unter Angabe d. <b>verwendeten Medikaments</b> ...
96508	5002 (*)	Art der Unters.	... von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „ <b>Kiefernekrosen</b> “ ...
99350D 99360D	5009	freier Begr.-Text	... unter Angabe von „ <b>Neu-Manifestation</b> “ als Begründung i. R. der erstmaligen Diagnostik ...
99999	5011	Sachkosten-Bezeichn.	Sachkostenbezeichnung ( <b>Buchstabe</b> ) zur Nr. 99999 gem. „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)
	5012	Sach- / Materialkosten (Cent)	<b>Rechnungsbetrag</b> zur Nr. 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ...ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)

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

**Tabelle 2: Begründung in besonderen Fällen notwendig**

GOP / EBM-Abschnitt	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
Besuch(e), Visite(n), Schwestern- besuch, etc.	5006	Um-Uhrzeit	<p><b>weiterer Arzt-Patienten-Kontakt (APK) am Tag</b> Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte am selben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden.</p> <p><b>ambulant:</b> 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><b>belegärztlich:</b> Gemäß Belegarztvertrag (§ 2 Abs. 2) ist bei der Berechnung von mehr als einer <u>Visite</u> pro Tag - entgegen d. Präambel zum Abschn. 1.4 (Nr. 2) EBM - eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderl.</p> <p><b>Bei Ausschluss von Leistungen im APK sind weitere APK am Tag durch Angabe der Uhrzeit hinter jeder betreffenden Leistung zu begründen.</b></p>
01730, 01731, 01734, 01734M	5020	Wiederholungsunters.	Wiederholungsuntersuchung? (0 = nein ; 1 = ja)
	5021	Jahr der letzten Krebsfrüherk.-Unters.	Format: JJJJ (Angabe nur, wenn im Feld 5020 der Eintrag „1“ (ja) erfolgte)
05310, -X	5009	freier Begründungs-Text	wenn ohne Erbringung - einer OP oder Anästhesie aus Kap. 31 bzw. - Anästhesie aus Abschn. 36.5.3 EBM ist eine <b>Ausnahmeindikation</b> anzugeben (z.B. „nicht narkosefähig“ o. „belegärztliche OP/Anäst.“)
19315 99190P	5009	freier Begründungs-Text	... beim selben Material nur mit bes. Begründung (z. B. Differenzialdiagnostik bei Lymphom) neben den GOP 11320-11322. Die Begründung einschl. des ICD-10-Codes für die betreffende Erkrankung ist bei der Abrechnung anzugeben.
25320, 25321	5009	freier Begründungs-Text	Muss die Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich. (Präambel 25.1 Nr. 6)
30201	5009	freier Begründungs-Text	Nach 2-maliger Erbringung im Quartal kann jede weitere Behandlung im Ausnahmefall nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen. (Präamb. 30.2 Nr. 2)

30791	5009	freier Begr.-Text	... 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 <b>bis zum vollend. 12. Lebensjahr</b> nach den (links) genannten GOP d. Abschn. 31.2 bzw. 36.2 ber.-fähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraus. 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 GOP d. Abschn. 31.4 nicht ber.-fähig. Die in d. Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen ..., es gelten die Abr.-Regelungen der o.g. GOP entspr.
32030	5002 (*)	Art der Untersuchung	<b>Bei mehrfacher Berechnung</b> 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 <b>Anzahl der verschiedenen Bakterienarten</b> ist hinter jeder GOP anzugeben.
GOP d. Ab. 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 <b>nebeneinander nur mit besonderer Begründung</b> berechnungsfähig.
40865	5002 (*)	Art der Untersuchung	... je Wirkstoff/ je Wirkstoffkombination im Behandlungsfall ... nur einmal berechnungsfähig. Eine <b>mehrfache Berechnung</b> ist <b>nur mit gesonderter Begründung</b> möglich.
40870	5009	freier Begründungs-Text	... <b>in begründetem Einzelfall neben Besuchen</b> nach den GOP 01410 bis 01413 ber.-fähig.
40872		... <b>in begründetem Einzelfall neben Besuchen</b> nach d. GOP 01410 - 01413 und 01415 ber.-fähig.	
88895	5009	freier Begründungs-Text	... unter Angabe einer <b>besonderen Begründung</b> , <b>wenn</b> die sozialpsychiatrische <b>Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres</b> des Patienten <b>fortgesetzt wird</b>

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

**Tabelle 3: Angabe der Diagnose(n) als Begründung in Pflichtfeldern notwendig**

GOP / EBM-Abschnitt	Feld-Kennung	Feldbezeichnung	Begründung
01422, 01424, 01770, 04433/ -, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435/ -, 13675/ -, 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 34600	6001	ICD-Code	Die <b>Angabe der Diagnose</b> nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung ...
	6003	Diagnosensicherheit	bzw. Die GOP ... ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: ...
	6008	Diagnosen- ausnahmetatbestand	
<b>Abr.-Nrn. der Verträge:</b> Diabetes-Vereinbarung Sachsen  DMP's: Diabetes mellitus Typ 2 Diabetes mellitus Typ 1 KHK Asthma bronchiale COPD Brustkrebs	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
Tonsillotomie-Vertrag	3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	

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