



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

**27. Lieferung
Austauschseiten**

Stand 01.01.2011

Beilage zu den KVS – Mitteilungen 02/2011

Anleitung zum Einordnen der 27. 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 | 2 |
| 1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen | | | |
| 1.1 Seiten 1-4 | 2 | 1.1 Seiten 1-6 | 3 |
| 2. Teil Regionale Vereinbarungen | | | |
| Inhaltsverzeichnis | 1 | Inhaltsverzeichnis | 1 |
| 2.2 Seiten 1-2 | 1 | 2.2 Seiten 1-10 | 5 |
| 2.6 Seiten 1-2 | 1 | 2.6 Seiten 1-2 | 1 |
| 2.9 Seiten 1-2 | 1 | 2.9 Seiten 1-2 | 1 |
| 2.11 Seiten 5-12 | 4 | 2.11 Seiten 5-10 | 3 |
| 2.13 Seiten 1-2 | 1 | 2.13 Seiten 1-4 | 2 |
| 2.14 Seiten 9-10 | 1 | 2.14 Seiten 9-10 | 1 |
| 2.21 Seiten 1-2 | 1 | 2.21 Seiten 1-6 | 3 |
| --- | --- | 2.22 Seiten 1-6 | 3 |
| --- | --- | 2.23 Seiten 1-6 | 3 |
| --- | --- | 2.24 Seiten 1-2 | 1 |
| 3. Teil Vorstandsbeschlüsse | | | |
| Seiten 1-2 | 1 | Seiten 1-2 | 1 |
| 5. Teil Sonstiges | | | |
| 5.1 Seiten 1-2 | 1 | 5.1 Seiten 1-2 | 1 |
| 5.3 Seiten 1-6 | 3 | 5.3 Seiten 1-6 | 3 |
| SUMMEN: | 20 | | 35 |



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Stand 01.01.2011

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 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG), ab 01.01.2008
- 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 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
 - 2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Versicherten, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (RheumaAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
 - 2.23 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz (UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
 - 2.24 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

1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05

§ 28 (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) und zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 (1) Satz 4 und 5 SGB V sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 (1) der Reichsversicherungsordnung und § 23 (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 (2) SGB V: Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 (4) SGB V zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten, sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ...

Im Bereich der KV Sachsen sind die Pseudo-Ziffern für die Praxisgebühr durch den Arzt anzusetzen.

Bitte sichern Sie ab, dass auf jedem Datensatz die entspr. Pseudo-Ziffer der Praxisgebühr für den jeweiligen Sachverhalt vorhanden ist.

Damit können Sie sich vor Honorareinbußen schützen. Sofern die Zusetzung der Pseudo-Ziffern durch das Praxisverwaltungssystem erfolgt, prüfen Sie bitte den korrekten Ansatz.

1.1.1 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 (= <i>Praxisgebühr erhoben</i>) | -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 (= <i>Praxisgebühr erhoben</i>) | -10,00 € |
| 80030 * | Behandlungsfälle mit ausschließlich Präventionsleistungen, wenn Überweisungen zu kurativen Leistungen oder Rezepte ausgestellt werden, die GOP 01430, 01820 aber neben anderen Leistungen nicht berechnungsfähig sind (= <i>Praxisgebühr erhoben</i>) | -10,00 € |
| 80030N * ab Quartal 2004/3 | Praxisgebühr bei eigenen Patienten bei Erstinanspruchnahme im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst (= <i>Praxisgebühr erhoben</i>) | -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).

** Gemäß SGB V bzw. BMV-Ä/EKV ist der säumige Patient bei nicht geleisteter Zahlung der Praxisgebühr von der Praxis bzw. Einrichtung schriftlich mit Fristsetzung zur Zahlung aufzufordern.

Die Kopien der Zahlungsaufforderungen, die Sie den Patienten übermittelt haben, reichen Sie bitte als abrechnungsbegründende Unterlage für den Ansatz der Pseudo-Ziffer 80044 mit der Quartalsabrechnung in der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle ein.

Sollte die Frist für die Zahlung der Praxisgebühr am Quartalsende noch nicht verstrichen sein, so gibt es zwei Möglichkeiten:

- 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 | Auftragsüberweisungen 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 (10) BMV-Ä, § 27 (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 oder „gut DABE!“ DMP Knappschaft |
| 80033 | Inanspruchnahme, wenn 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 Musters 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.

| Pseudo-Nr. | Zuzahlungsbefreite Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG |
|--|---|
| 80033 ab Quartal 2004/3 | Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Bereitschaftsdienst, wenn mit der im Notfall gekennzeichneten Quittung nachgewiesen wird, dass in demselben Kalendervierteljahr bereits im Rahmen einer Erstinanspruchnahme im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst die Zuzahlung geleistet wurde |
| 80033 | Hilfskennzeichnung ab dem zweiten Datensatz eines Behandlungsfalls, wenn auf dem ersten Schein die Pseudo-Nr. 80030 (= Praxisgebühr erhoben) angesetzt wurde; das gilt ab 01.07.2006 auch bei gezahlter Praxisgebühr für die Inanspruchnahme desselben Arztes im Rahmen der Regelversorgung und im Notfall bzw. organisierten Notfalldienst |
| 80034 ab Quartal 2007/3 | Keine erneute Erhebung der Praxisgebühr bei arztpraxisübergreifender Behandlung durch denselben Arzt bzw. Therapeuten |
| 80040 80040A, wenn von KV zugefügt | Versicherte bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres , d.h. wenn die Erstinanspruchnahme des Vertragsarztes vor dem 18. Geburtstag des Patienten stattfindet |
| 80040 | Versicherte mit Kassenwechsel im Quartal (bei der neuen Kasse) |
| 80040 | Versicherte mit Wechsel von Kostenerstattung zu Sach- und Dienstleistung im Quartal |
| 80040 | Behandlungsfälle mit ausschließlich Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall (wenn lt. EBM kurativ abgerechnet) |
| 80040 80040Z, wenn von KV zugefügt | Behandlungsfälle mit ausschließlich - Mutterschaftsvorsorge (§ 196 (1) RVO bzw. § 23 (1) KVLG), - Impfungen (§ 20d SGB V), - Krebsfrüherkennungs- u. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), - Befundmitteilungen an einen anderen Vertragsarzt, Arztbriefen, Kassenanfragen, MDK-Anfragen, Pauschalerstattungen. |
| 80040 | Behandlungsfälle, in denen Proben am Ende des Vorquartals entnommen, aber erst zu Beginn des neuen Quartals im Labor untersucht werden und es zu keinen weiteren Inanspruchnahme kommt ***** |

***** Lt. Vordruckvereinbarung sind Laboruntersuchungen unter dem Datum einzutragen, an dem die letzte Einzeluntersuchung durchgeführt wurde.

Von der Zuzahlung nach § 28 (4) SGB V ausgenommen sind außerdem

- **belegärztliche** (stationäre) Fälle,
- Fälle im **Notarzt dienst/Rettungsdienst**,
- **Fälle der folgenden Kostenträger:**
 - Sozialhilfeträger/Asylstellen/Jugendämter, Postbeamtenkrankenkasse A,
 - Bundeswehr, Bundespolizei (BPOL), Zivildienst,
 - Heilfürsorge Polizei, Heilfürsorge Feuerwehr,
 - Justizvollzugsanstalten, BVG, BEG, SMS, MDK.

In diesen Fällen ist eine Kennzeichnung der Scheine nicht erforderlich.

Regionale Vereinbarungen unterliegen grundsätzlich der Praxisgebühr, sofern in der jeweiligen Vereinbarung keine andere Regelung getroffen wurde (z.B. Vertrag „Ganzkörperuntersuchung Haut-Check 14 bis 34 Jahre“ mit der AOK PLUS).

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 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung der Versicherten
mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)
mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4
des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen
in besonderen Fällen (SchwHG), ab 01.01.2008
- 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 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Versicherten, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (RheumaAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.23 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz (UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.24 Sonstiges

2.2 Strukturvertrag gemäß § 73a SBG V zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011

Gegenstand des Vertrages ist die Koordination der Behandlung von Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom (DFS) in Form des „auffälligen Fußstatus“, d.h. bei angiopathischen und/oder neuropathischen und/oder osteoarthropathischen Auffälligkeiten und/oder prä- oder postulcerösen sowie ulcerative Veränderungen klassifiziert nach dem Schweregrad durch Wagner/Armstrong.

Ziele des Vertrages (detailliert im § 1 aufgeführt) bestehen darin, die bisherigen ambulanten Versorgungsstrukturen bei der Behandlungskoordination des diabetischen Fußsyndroms weiterzuentwickeln und maßgeblich zu verbessern und somit schwere Stadien vom auffälligen Fußstatus zu vermeiden/zu reduzieren, Laufzeiten der Behandlung des auffälligen Fußstatus zu verkürzen, stationäre Aufenthalte und die Amputationsrate (Majoramputationen) zu verringern.

Erreicht werden sollen diese Ziele sollen durch die enge strukturierte Zusammenarbeit von HAUSARZT, DIABETOLOGISCHER SCHWERPUNKTPRAXIS sowie ambulanten und stationären Einrichtungen, die auf die Behandlung des Diabetischen Fußes spezialisiert sind. Kernelement dieser besonderen Versorgungsstruktur bildet der vom Versicherten gewählte Verbund von HAUSARZT und DIABETOLOGISCHER FUßAMBULANZ sowie ggf. ANGIOLOGISCH QUALIFIZIERTEM FACHARZT und WUNDCHIRURGISCHEM TATIGEM FACHARZT.

Versicherte der AOK PLUS können am Vertrag teilnehmen, sofern

- bei ihnen ein auffälliger Fußstatus gemäß § 2 (1) besteht und
- sie durch Unterzeichnung der Teilnahme-/Einwilligungserklärung (Anlage 1) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren und
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden HAUSARZT und eine teilnehmende DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ als patientenbezogener Versorgungsverbund gewählt haben und
- der Hausarzt nach Prüfung der o.g. Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der Teilnahme-/Einwilligungserklärung bestätigt hat.

Die Einschreibung des Versicherten erfolgt beim HAUSARZT.

Einzelheiten zur Teilnahme der Versicherten (Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen und Verpflichtungen, zur Einschreibung und Beginn, zur Beendigung und zum Wechsel des Vertragsarztes) sind in den §§ 8, 9 und 10 des Vertrages beschrieben.

Als **HAUSARZT** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV

mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KV Sachsen, die als Allgemeinärzte, Internisten, Praktische Ärzte oder Ärzte an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen sowie Fachärzte von Schwerpunktpraxen ohne Fußspezialisierung (SPPoF).

Der Facharzt für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie bzw. der Facharzt für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung „Diabetologie“, der auch die Koordination der Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Typ 1 übernommen hat, ist HAUSARZT nach dieser Vereinbarung.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
- Bildung der für die optimierte Behandlung erforderlichen Struktur und d. funktionierende Kooperation zwischen Hausarzt mit mind. einer Diabetologischen Fußambulanz.

Der Hausarzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 2) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 4, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11b detailliert beschriebenen **Leistungen des HAUSARZTES** gehören:

- darauf hinzuwirken, dass alle Versicherten, die von einer Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Typ 1 profitieren können, in dieses eingeschrieben sind/werden,
- die Koordination der Behandlung und Umsetzung der Nat. Versorgungsleitlinien (NVL) bei Feststellung eines auffälligen Fußstatus entspr. der hausärztlichen Grunddiagnostik (Anlage 10),
- Einschreibung d. Versicherten in diesen Vertrag mit Teilnahme-/Einwilligungserklärung,
- einmal jährlich Überweisung an eine Diabetologische Fußambulanz von Versicherten mit angio- und/oder neuro- und/oder osteoarthropathischen Auffälligkeiten und/oder Wagner-/Armstrong-Stadium bis 0/A oder postulcerativen Läsionen,
- sofortige Überweisung an eine Diabetologische Fußambulanz für Versicherte mit auffälligem Fußstatus mit Wagner-/Armstrong-Stadium ab 0/B (Anlage 11) oder Verdacht auf einen akuten Charcot-Fuß,
- Überweisung an eine Diabetologische Fußambulanz bzw. Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung mit einem Facharzt der Diabetologischen Fußambulanz vor Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus.

Der **Hausarzt erstellt den „Fuß-Dokumentationsbogen der AG Fuß in der DDG“** (Anlage 12) **und stellt diesen zusammen mit den Vorbefunden der Diabetologischen Fußambulanz für die überwiesenen Versicherten (§ 11b Abs. 3, 4, 7) zur Verfügung**

- nachfolgend als „Fuß-Doku“ bezeichnet.

Der HAUSARZT ist verpflichtet, i. d. R. innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Einschreibung des Versicherten das Original der TE/EWE an die AOK PLUS zu senden.

Der **HAUSARZT erhält im Rahmen dieses Vertrages** zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **die folgenden Vergütungen:**

98300 Einschreibepauschale Hausarzt

- für jeden neu eingeschriebenen Versicherten
 nach § 11b (1) und (2) für
- die Beratung zur DMP-Teilnahme und
 - hausärztliche Grunddiagnostik und
 - Beratung und Motivation zur Einschreibung des Versicherten in den Vertrag mit Bildung "Behandlerpaar" mit Diab. Fußambulanz und
 - Übermittlung des Wagner-Stadiums

einmalig je Versicherten

BMÄ (nur AOK PLUS) 20,00 EUR

98301 Hausarzt-Koordinierungspauschale

- für jeden eingeschriebenen Versicherten
 nach § 11b (3) für
- die Behandlungs koordinierung der Versicherten mit auffälligem Fußstatus (Wagner-/Armstrong-Klassifikation bis 0/A) und/oder
 - jährliche Überweisung des Versicherten mit auffälligem Fußstatus an die Diab. Fußambulanz (mit „Fuß-Doku“)

einmal je Behandlungsfall (quartalsweise)

mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

BMÄ (nur AOK PLUS) 10,00 EUR

Die Abrechnung der Koordinierungspauschale (Nr. 98301)

- ist erst nach Abrechnung der Einschreibepauschale (Nr. 98300) möglich,
- kann nur in den Quartalen abgerechnet werden, in denen der Hausarzt die Fuß-Kontrolle des Versicherten durchführte und/oder eine Überweisung des Versicherten an die Diabetologische Fußambulanz realisierte,
- beinhaltet die Koordination des rechten oder linken Fußes oder beider Füße (ein auffälliger Fußstatus am anderen Fuß des Versicherten löst keine Abrechnung einer weiteren Koordinierungspauschale aus),
- ist für einen aufgetretenen auffälligen Fußstatus am anderen Fuß nicht möglich, wenn der Versicherte zur gleichen Zeit wegen eines auffälligen Fußstatus mit Wagner-/Armstrong-Stadium ab 0/B in einer Diabetologischen Fußambulanz betreut wird.

Eine erneute Abrechnung der Koordinierungspauschale (Nr. 98301) nach Überweisung an die Diabetologischen Fußambulanz ist erst im Folgequartal nach der Abrechnung der Diabetologischen Fußambulanz-Koordinierungspauschale-Ende (Nr. 98312E) möglich.

Als **DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ** können an diesem Vertrag teilnehmen:

1. Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Innere und Allgemeinmedizin:
 - Diabetologe DDG oder
 - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ Sächsische Landesärztekammer (SLÄK)
2. Fachärzte für Innere Medizin
 - Anerkennung als Diabetologe DDG oder mit der Subspezialisierung Endokrinologie und Diabetologie (Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) oder SLÄK)
 - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“
3. MVZ, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, wenn Qualifizierung nach Nr. 1 oder 2 vorliegt
oder
4. Vertragsärzte mit angestellten Fachärzten gem. § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, wenn Qualifizierung nach Nr. 1 oder Nr. 2 vorliegt
sowie
5. Internisten gem. § 73 (1a) Satz 1 Nr. 3 SGB V, wenn Qualifizierung nach Nr. 1 oder 2 vorliegt,

die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 9 erfüllen.

Ebenfalls als DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ teilnahmeberechtigt sind ermächtigte in stationären Einrichtungen (in der Regel am ambulanten Fußbehandlungszentrum eines klinischen Fußbehandlungszentrums - als Diabetes-Fuß-Ambulanz) tätige Fachärzte, die entsprechend des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die berechtigt, im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insb. die Mitwirkung und Kooperation innerhalb der etablierten Versorgungsverbunde gemäß § 11a,
- Bildung der für die optimale Behandlung erforderlichen Strukturen und funktionierenden Kooperationen mit mind. einem Hausarzt oder einer Diab. Schwerpunktpraxis ohne Fußbehandlung (SPPoF) und mind. einem angiologisch qualifizierten FA sowie mind. einem wundchirurgisch tätigen FA,
- enge Zusammenarbeit mit mind. einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker.
- Sollte die DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ nach § 5a (1) Nrn. 1 bis 5 Leistungen nach § 11d (1), d.h. als angiologisch qualifizierter FA, erbringen wollen, ist die Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der extramitärenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren nachzuweisen; Leistungen nach § 11d (2), d.h. als wundchirurgisch tätiger FA erbringen wollen, sind die Teilnahmevoraussetzungen nach § 5b (2) Nr. 4 nachzuweisen.

Der Facharzt der Diabetologischen Fußambulanz erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahmeerklärung (Anlage 3a bzw. 3b) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 5a, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den **Leistungen des FA in der DIAB. FUßAMBULANZ** gehören gemäß § 11c:

- Aufbau der für die Umsetzung des Vertrages erforderlichen organ. Strukturen zum Hausarzt und zum angiologisch qualifizierten und zum wundchirurgisch tätigen FA,
- Koordinierung des Versicherten mit auffälligem Fußstatus mit Verdacht auf akuten Charcot-Fuß bzw. mit Wagner-/Armstrong-Stadium ab 0/B, bis ein chronisch stabiler Charcot-Fuß bzw. bis ein Wagner-/Armstrong-Stadium 0/A erreicht und eine ausreichende Schuhversorgung realisiert ist, entsprechend der Richtlinien der NVL,
- bei gegebener med. Notwendigkeit Überweisung zum angiologisch qualifizierten bzw. zum wundchirurgisch tätigen FA mit „Fuß-Dokumentationsbogen der AG-Fuß in der DDG“ (Anlage 12) und aktuellem Behandlungs- und Ordnungsplan (beinhaltet z. B. Arzneimittel, Wundaufgaben entspr. wirtschaftl. Verordnungsweise unter Nutzung der Vertragssoftware gem. Anlage 4),
- Veranlassung einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Schuhversorgung inkl. der Schuhabnahme entsprechend der „Empfehlung zur Schuhversorgung“ (Anlage 13) mittels „Anlage zur ärztlichen Hilfsmittelverordnung“ (Anlage 14),
- bei med. Notwendigkeit einer stationären Behandlung des diabetischen Fußsyndroms gem. § 39 SGB V Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus gem. Anlage 15,
- zur Wiedervorstellung des Versicherten beim Hausarzt Übermittlung eines aktuellen „Fuß-Dokumentationsbogen der AG-Fuß in der DDG“ (Anlage 12), nachfolgend als „Fuß-Doku“ bezeichnet und eines aktuellen Behandlungs- und Ordnungsplans.

Die **DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ** erhält i. R. dieses Vertrages zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) **folgende Vergütungen:**

98310 Jährliche Qualitätssicherungspauschale

für jeden eingeschriebenen Versicherten nach § 11c (1) Nr. 2 mit vom Hausarzt festgestelltem auffälligen Fußstatus (angio- u./o. neuro- u./o. osteoarthropatische Auffälligkeiten) und/oder Wagner-/ Armstrong-Stadium bis 0/A für

- Befunderhebung und Therapieempfehlung und
- Übermittlung des Wagner-Stadiums

einmal pro Kalenderjahr

BMÄ (nur AOK PLUS) 25,00 EUR

- erst nach Abrechnung der Einschreibepauschale (Nr. 98300) berechnungsfähig

98311 Diab. Fußambulanz-Koordinierungspauschale

Für jeden eingeschriebenen Versicherten nach § 11c (1) Nr. 4 für

- Behandlungskoordination der Versicherten mit auffälligem Fußstatus (Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 0/B bis 1/A) und
- ggf. Überweisung an angiologisch qualifizierten FA mit „Fuß-Doku“
- und Wiedervorstellung beim Hausarzt mittels „Fuß-Doku“
- und Therapieempfehlungen
- Übermittlung des Wagner-Stadiums je Koordinierungsfall¹

einmal je Behandlungsfall (quartalsweise)

mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt

BMÄ (nur AOK PLUS) 15,00 EUR

- 1) Koordinierungsfall:
auffälliger Fußstatus mit Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/B bis 1/A, bis für den Versicherten an beiden Füßen eine Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/A, inkl. einer ausreichenden Schuhversorgung, erreicht ist.

Die Abrechnung der Koordinierungspauschale (Nr. 98311)

- ist erst nach Abrechnung der Einschreibepauschale (Nr. 98300) möglich,
- kann nur in Quartalen abgerechnet werden, in denen die Diabetologische Fußambulanz die Fuß-Kontrolle des Versicherten durchführte,
- ist nicht mehr möglich, wenn eine ausreichende Schuhversorgung realisiert und für den Versicherten an beiden Füßen eine Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/A erreicht ist,
- beinhaltet die Koordination des rechten oder linken Fußes oder beider Füße (ein auffälliger Fußstatus am anderen Fuß des Versicherten löst keine Abrechnung einer weiteren Nr. 98311 aus).

98312A Diab. Fußambulanz-Koordinierungspauschale (Koordinierungs-Beginn)

für jeden eingeschriebenen Versicherten nach § 11c (1) Nr. 4 für

- Behandlungskoordination der Versicherten mit auffälligem Fußstatus bei einer Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bzw. Verdacht auf akuten Charcot-Fuß und
- Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins innerhalb von 2 Werktagen und
- ggf. Überweisung an angiologisch qualifizierten FA bzw. wundchirurgisch tätigen FA mit „Fuß-Doku“ und aktuellem Behandlungs- u. Ordnungsplan und
- Übermittlung des Wagner-Stadiums

zu Beginn, einmal je Koordinierungsfall²

BMÄ (nur AOK PLUS) 100,00 EUR

Die Abrechnung der Nr. 98312A

- ist erst nach Abrechnung der Einschreibepauschale (Nr. 98300) möglich,
- beinhaltet die Koordination des rechten oder linken Fußes oder beider Füße (ein auffälliger Fußstatus am anderen Fuß des Versicherten löst keine Abrechnung einer weiteren Nr. 98312A aus),
- neben der Nr. 98312E am gleichen Koordinierungstag ist nicht möglich,
- kann erneut frühestens im Folgequartal nach Abrechnung der Nr. 98312E erfolgen.

98312E Diab. Fußambulanz-Koordinierungspauschale (Koordinierungs-Ende)

für jeden eingeschriebenen Versicherten nach § 11c (1) Nr. 4 für

- Behandlungskoordination der Versicherten mit auffälligem Fußstatus bei einer Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bzw. Verdacht auf akuten Charcot-Fuß und
- Wiedervorstellung beim Hausarzt mittels „Fuß-Doku“ und
- Therapieempfehlungen und
- Übermittlung des Wagner-Stadiums

nach Abschluss, einmal je Koordinierungsfall²

BMÄ (nur AOK PLUS) 120,00 EUR

- 2) Koordinierungsfall:
auffälliger Fußstatus mit Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bzw. Verdacht auf akuten Charcot-Fuß, bis für den Versicherten an beiden Füßen eine Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/A bzw. ein chronisch stabiler Charcot-Fuß, inkl. einer ausreichenden Schuhversorgung, erreicht ist.

Die Abrechnung der Koordinierungspauschale-Ende (Nr. 98312E)

- ist möglich, wenn eine ausreichende Schuhversorgung realisiert und für den Versicherten an beiden Füßen eine Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/A bzw. ein chronisch stabiler Charcot-Fuß erreicht ist oder spätestens 9 Kalendermonate nach Abrechnung d. Nr. 98312A,
- erst nach Abrechnung der Nr. 98312A möglich,
- beinhaltet die Koordination des rechten oder linken Fußes oder beider Füße (ein auffälliger Fußstatus am anderen Fuß des Versicherten löst keine Abrechnung einer weiteren Nr. 98312E aus),
- ist nur einmalig je Koordinierungsfall entweder von d. Diab. Fußambulanz (§ 5a (1) Nrn. 1-5) oder vom ermächtigten FA an einer Diabetes Fuß-Ambulanz (§ 5a (1) Nr. 6) möglich.

Als **FACHARZT (wundchirurgisch tätig bzw. angiologisch qualifiziert)** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene
Fachärzte für Chirurgie und
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten bzw.
Fachärzte für Innere Medizin und Angiologie,
Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie/Teilgebiet Angiologie und angiologisch besonders qualifizierte Ärzte mit der Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren,
- Medizinische Versorgungszentren und Einrichtungen gem. § 311 (2) SGB V sowie
- Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-ZV mit der Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS sowie
- ermächtigte tätige FÄ für Chirurgie, die entspr. des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die sie berechtigen, i. R. der amb. vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Unters. und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen,
- ermächtigte Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Angiologie, ermächtigte Fachärzte für Innere Medizin mit dem Teilgebiet Angiologie und angiologisch besonders qualifizierte Ärzte, die entspr. des „Zulassungsausschusses Ärzte“ eine Ermächtigung haben, die sie berechtigen, i. R. der amb. vertragsärztlichen Versorgung Leistungen zur Untersuchung und Behandlung diabetischer Füße durchzuführen bzw. mit Genehmigung zur sonographischen Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbkodiertem Duplexverfahren.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insb. die Mitwirkung und Kooperation innerhalb der etablierten Versorgungsverbände gemäß § 11a,
- der WUNDCHIRURGISCHE TÄTIGE FACHARZT hat im letzten Jahr vor der Vertragsteilnahme mind. 30 Patienten mit DFS behandelt,
- Bildung der für die optimale Behandlung erforderlichen Strukturen und funktionierenden Kooperationen mit mindestens einer Diabetologischen Fußambulanz gemäß § 5a.

Der angiologisch qualifizierte bzw. wundchirurgisch tätige Facharzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen TN-Erklärung (Anlage 3c / 3d) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 5b, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den **Leistungen des FACHARZTES** gehören gemäß § 11d:

- Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für die von den Diabetologischen Fußambulanzen überwiesenen Versicherten innerhalb von 7 Werktagen,
- bei Notwendigkeit Einleitung von revaskularisierenden Maßnahmen inkl. Vereinbarung eines zeitnahen Termins (nur für angiologisch qualifizierte FÄ),
- zur Wiedervorstellung des Versicherten Übermittlung eines aktuellen „Fuß-Dokumentationsbogen der AG-Fuß in der DDG“ (Anlage 12) und eines aktuellen Behandlungs- und Ordnungsplans an die Diabetologische Fußambulanz.

Der **FACHARZT erhält im Rahmen dieses Vertrages** zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **folgende Vergütungen:**

Facharzt-Koordinierungspauschale,

- jeweils einmal pro Kalenderjahr

für jeden eingeschriebenen Versicherten nach § 11d (1) bzw. (2) bei gegebener medizinischer Notwendigkeit ...

98315 ... einer fachärztlichen angiologischen Diagnostik,

(sonographische Untersuchung der Extremitätenver- und entsorgenden Gefäße mittels farbcodiertem Duplexverfahren)

BMÄ (nur AOK PLUS) 25,00 EUR

98316 ... eines speziellen wundchirurgischen Eingriffs

BMÄ (nur AOK PLUS) 55,00 EUR

jeweils für

- Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins innerhalb von 7 Werktagen
- Vereinbarung eines zeitnahen Termins bei Notwendigkeit von revaskularisierenden Maßnahmen (nur für Nr. 98315)
- und Erstellung eines aktuellen/aktualisierten „Fuß-Dokumentationsbogen der AG-Fuß in der DDG“ (Anlage 12) zur Wiedervorstellung des Versicherten bei der Diabetologischen Fußambulanz
- und Erstellung eines aktuellen/aktualisierten Behandlungs- und Ordnungsplans

Die Abrechnung der Nr. 98315 ist erst möglich nach Abrechnung

- der Qualitätssicherungspauschale (Nr. 98310) oder
- der Diabetologische Fußambulanz-Koordinierungspauschale (Nr. 98311) oder
- der Diabetologischen Fußambulanz-Koordinierungspauschale-Beginn (Nr. 98312A).

Die Abrechnung der Nr. 98316 ist erst möglich nach Abrechnung

- der Diabetologischen Fußambulanz-Koordinierungspauschale-Beginn (Nr. 98312A).

Übermittlung des Wagner-Stadiums

Eine **Abrechnung der Koordinierungspauschalen** nach den Abr.-Nrn. 98300 bzw. 98310 bzw. 98311 bzw. 98312A bzw. 98312E kann **nur** erfolgen, **wenn zeitgleich das Wagner-Stadium** des Versicherten mit **mindestens einer der folgenden Kennzeichnungsziffern angegeben wird:**

98320 - bei Wagner-Stadium **0**

98321 - bei Wagner-Stadium **1**

98322 - bei Wagner-Stadium **2**

98323 - bei Wagner-Stadium **3**

98324 - bei Wagner-Stadium **4**

98325 - bei Wagner-Stadium **5**

98326 - bei **Charcot Fuß (akut instabil)**

98327 - bei **Charcot Fuß (chronisch stabil)**

Weitere Hinweise zur Abrechnung aller o.g. Leistungen des Vertrages „DFS Sachsen“:

Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, für die i. R. des Vertrages koordinierten Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gem. § 11b bzw. § 11c bzw. § 11d keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

Eine umfassende Erläuterung zu den einzelnen Vergütungspauschalen finden Sie in der Anlage 6 (www.aok-gesundheitspartner.de).

2.6 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG), ab 01.01.2008

Diese Vereinbarung regelt das Verfahren zur Umsetzung der Kostenabrechnung und -erstattung für ab dem 1. Januar 2008 durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen nach § 3 Abs. 4 und § 4 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG) vom 21. August 1995 in der jeweils gültigen Fassung. Sie gilt für Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen, die im Freistaat Sachsen Ihren Wohnsitz oder gewöhnlichen Aufenthalt haben.

Zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gelten die Regelungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei amb. Operationen gemäß dem Vertrag nach § 115b (1) SGB V. Danach sind zur Durchführung eines Schwangerschaftsabbruches FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechtigt, die gegenüber der KV Sachsen eine Erklärung abgegeben haben, dass sie die in den Regelungen genannten baulichen, apparativ-technischen, hygienischen und personellen Voraussetzungen erfüllen.

99165 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

einschließlich aller erforderlichen Untersuchungen,
Laborleistungen, Infusionen und Dokumentationsgebühr,
inkl. Kostenerstattung für den Bezug von Mifepreston (81,80 €),
Beobachtung und Betreuung nach Durchführung des Abbruchs,
einmal pro Behandlungsfall

ambulant **245,00 EUR**
belegärztlich *) **70,00 EUR**

*) *Bei belegärztlicher Behandlung erfolgt der Bezug von Mifepreston sowie die Beobachtung und Betreuung nach Durchführung des Abbruchs durch das Belegkrankenhaus.*

99166 Schwangerschaftsabbruch

einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen,
Laborleistungen, Infusionen und Dokumentationsgebühr

ambulant **165,00 EUR**
belegärztlich **120,00 EUR**

99170 Beobachtung und Betreuung

nach Durchführung des Abbruchs nach der Nr. 99166
durch Gynäkologen oder Anästhesisten

einmal pro Behandlungsfall

nur ambulant **50,00 EUR**

Bei belegärztlicher Behandlung erfolgt die Beobachtung und Betreuung nach Durchführung des Abbruchs durch das Belegkrankenhaus.

99172 Narkose / Anästhesie

einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen
des Anästhesisten und Laborleistungen

ambulant **150,00 EUR**
belegärztlich **155,00 EUR**

99175 Wegepauschale

durch Gynäkologen oder Anästhesisten

einmal pro Behandlungsfall

nur ambulant **5,00 EUR**

S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat

(durch Operateur)

bei ambulanten oder medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen

unter Beifügung der Rechnung **ambulant: Betrag in Cent**

- Abrechnung entsprechend als Sonderkostenträger mit VKNR 96888
 - Für den Bereich der KV Sachsen wird ab dem Abrechnungsquartal 1/2009 ausschließlich die einheitliche VKNR 96888 verwendet.
Bei Fragen zur Abrechnung der o.g. Leistungen wenden Sie sich bitte an die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Telefonnummer 0341/24 32 -430.
- Für die Nr. 99166 ist die Genehmigung „Ambulantes Operieren“ erforderlich.
- Die Werte werden gemäß o. g. Durchführungsvereinbarung ggf. quotiert und stehen somit unter Vorbehalt.
- Es sind nur die Nrn. für Pauschalbeträge für "Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen" berechnungsfähig, keine weiteren Leistungen des EBM.
- Neben der Nr. 99165 sind die Nrn. 99166, 99170, 99172 und 99999S nicht berechnungsfähig.
- Neben der Nr. 99166 ist die Nr. 99172 nicht berechnungsfähig.
- Abrechnung der Sachkosten für Prostaglandin durch Operateur:
 - Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:
Feldkennung 5001 (Nr.): 99999
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): S
Feldkennung 5012 (Kosten): Betrag in Cent.
Die Zuordnung zu einer anderen Nr. als 99999 ist unzulässig.
 - Ansatz durch Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:
Auf dem Behandlungsausweis mit dem Cent-Betrag und der vorangestellten Zusatzbezeichnung „S“ abzurechnen.
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999S.
 - Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigelegt wurde.
- Mit der Abgabe der Abrechnungsunterlagen hat auch die Bestätigung des Abbruchs der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 (1) des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 Strafgesetzbuch zu erfolgen.

2.9 Homöopathie-Vereinbarungen

2.9.1 Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie gemäß § 73c SGB V mit der IKK classic, ab 01.01.2011

Dieser Vertrag der Arbeitsgemeinschaft Vertragskoordination der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung löst den bisher geltenden Vertrag der KV Sachsen mit der IKK Sachsen (jetzt IKK classic) über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V ab.

Durch diesen Vertrag soll für die Versicherten der IKK classic der Zugang zu adäquater Beratung und Behandlung mit der klassischen Homöopathie i. R. der vertragsärztlichen Versorgung verbessert werden.

Die Behandlung mit klassischer Homöopathie besteht aus spezifisch-ärztlich-homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen sowie der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Es gelten die Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Arzneimittel-Richtlinien/AMR“) in der jeweils gültigen Fassung.

An diesem Vertrag können **alle Versicherten der IKK classic** auf freiwilliger Basis teilnehmen, wenn sie bereit sind, einen homöopathisch tätigen, nach diesem Vertrag zugelassenen Vertragsarzt aufzusuchen und sich mit Einzelmitteln nach den Regeln der Homöopathie behandeln zu lassen.

Der Versicherte erklärt seine Teilnahme schriftlich mittels der Teilnahmeerklärung Versicherter (Anlage 2). Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Vertragsarzt.

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte einen teilnehmenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt. Es steht dem Versicherten frei, den betreuenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt zu wechseln. Hierzu unterschreibt er bei seinem neuen Vertragsarzt erneut eine Teilnahmeerklärung.

Zur **Teilnahme an diesem Vertrag** sind niedergelassene **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 und zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sind in den §§ 6 und 7 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.

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, die Teilnahmeerklärungen der Versicherten mit der Quartalsabrechnung bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen zur Weiterleitung an die IKK classic abzugeben.

Nachfolgend aufgeführte homöopathische ärztliche Leistungen sind i. R. dieses Vertrages **abrechnungsfähig**, und werden von der IKK classic außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V vergütet:

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 berechnungsfähig)

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

Die Nrn. 81204 und 81205 sind berechnungsfähig:

- nur nach Erbringen der Leistungen nach den 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)

Die Nr. 81206 ist berechnungsfähig:

- höchstens fünfmal pro Quartal,
- nach Erbringen der der Leistungen nach den 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 IKK classic** berechnungsfähig.
- Innerhalb dieses Vertrages ist die **Praxisgebühr** nach § 28 (4) SGB V durch den betreuenden homöopathischen Vertragsarzt zu erheben, sofern der Versicherte diese im entsprechenden Quartal noch nicht entrichtet hat und nicht von der Zuzahlung befreit ist. Die geleistete Praxisgebühr wird dem Versicherten durch den Arzt quittiert.
- Der Arzt ist nicht berechtigt, darüber hinaus für homöopathische Leistungen eine privatärztliche Vergütung vom Versicherten zu verlangen.

2.11.2 Zusatzvereinbarung/ Erweiterung der ab 01.01.2008 gültigen Impfvereinbarung Sachsen um Satzungsleistungen

- der AOK PLUS
- der IKK classic
- der Ersatzkassen in Sachsen

In Ergänzung der ab 01.01.2008 geltenden Impfvereinbarung Sachsen auf Grundlage der bundesweit gültigen STIKO-Empfehlung vergüten die nachfolgend aufgeführten Krankenkassen auf der Grundlage der öffentlichen Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) zusätzliche Impfungen als Satzungsleistungen gemäß § 20d (2) SGB V.

In der folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht dieser Impfungen.

- Gültigkeit:**
- für die **AOK PLUS** (nur Anspruchsberechtigte mit VKNR 95101)
 - für die **IKK classic** (auch Nrn. 89102S, 99791, 99793, 99795)
 - für alle **Ersatzkassen**
 - für die **BARMER GEK** (auch Nrn. 89102S, 99795)
 - für die **BIG direkt gesund** (nur Nrn. 99791, 99795)
 - für die **Techniker Krankenkasse** (auch Nrn. 99791, 99795)

| Bezeichnung | Abrechnungsbestimmung(en) | Abr.-Nr. | Wert |
|--|---|-----------------|-------------|
| FSME | - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung und ohne Beschränkung auf FSME-Risikogebiete (nur IKK classic , ab 01.04.2010, und BARMER GEK , ab 01.07.2010) | 89102S | 5,20 € |
| Hepatitis A | - für Kinder und seronegative Erwachsene ¹⁾ (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung (IKK classic) | 89105S | 5,20 € |
| Hepatitis B | - für seronegative Versicherte über 18 Jahre ¹⁾ (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung (IKK classic) | 89106S | 5,20 € |
| Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB) | - für Kinder und seronegative Erwachsene ¹⁾ (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung (IKK classic) | 89202S | 7,30 € |
| Influenza | - für Versicherte über 50 Jahre bis zum vollendeten 60. Lebensjahr (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene (IKK classic) | 89111S | 6,00 € |

2. Teil Regionale Vereinbarungen

| | | | |
|--|---|--------|---------|
| Masern ²⁾ | - Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO | 89113S | 5,20 € |
| Röteln ²⁾ | | 89123S | 5,20 € |
| Masern, Mumps, Röteln (MMR) | | 89301S | 12,00 € |
| Meningokokken | - für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat, Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (IKK classic) | 89114S | 5,20 € |
| Pertussis ³⁾ | - Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen | 89116S | 5,20 € |
| Poliomyelitis ³⁾ | | 89121S | 5,20 € |
| Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV) | - Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen | 89302S | 9,40 € |
| Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap) | | 89303S | 9,40 € |
| Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV) | | 89400S | 10,40 € |
| Humane Papillomaviren (HPV)-Impfung gegen Cervixkarzinom* | - für Frauen ab 18 Jahre bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres | 99791 | |
| | IKK classic , ab 01.01.2011 | | 5,20 € |
| | BIG direkt gesund , ab 01.01.2009 | | 10,00 € |
| | Techniker Krankenkasse , ab 01.08.2007 | | 5,20 € |
| Herpes Zoster | - für alle Versicherten über 50 Jahre (nur IKK classic , ab 01.04.2010) | 99793 | 5,20 € |
| Rotaviren | - für Säuglinge ab 7. Lebenswoche (orale Impfung) im 1. Lebenshalbjahr | 99795 | |
| | IKK classic , ab 01.01.2008 | | 5,20 € |
| | Techniker Krankenkasse , ab 01.04.2008 | | 5,20 € |
| | BIG direkt gesund , ab 01.01.2009 | | 7,00 € |
| | BARMER GEK , ab 01.07.2010 - Pauschale pro Impfserie - Vergütung erfolgt zu Beginn der Impfserie - nur einmal pro Patient abrechenbar | | 12,00 € |

1) Die Kosten für die entspr. Antikörperbestimmung sind durch den Versicherten zu tragen (Ausnahmen: Polizeibeamte u. Beamte d. kommun. feuerwehrtechn. Dienstes - siehe unten)

2) Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe (MMR) einzusetzen.

3) Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe einzusetzen.

Wie die **AOK PLUS** informierte, können Schutzimpfungen der o.g. Vereinbarung auch dann zu deren Lasten abgerechnet werden, wenn die Erbringung nicht als Standardimpfung, sondern im Rahmen einer Indikationsstellung erforderlich war.

Gemäß § 5 der „Impfvereinbarung Sachsen“ werden die nach dieser Vereinbarung verwendungsfähigen Impfstoffe zu Lasten der AOK PLUS auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) - auch im Einzelfall - ohne Namensnennung des Versicherten verordnet. Dabei ist das Feld „8“ (Impfstoffe) durch Eintragung d. Ziffer 8 zu kennzeichnen.

(Ausnahmen:

Werden Versicherte der **BIG direkt gesund** gegen HPV (Nr. 99791) oder gegen Rotaviren (Nr. 99795) bzw. Versichert der **Techniker Krankenkasse (TK)** gegen HPV (Nr. 99791) geimpft, ist der Impfstoff auf den Namen des Versicherten zu Lasten der BIG direkt gesund bzw. der TK zu verordnen/zu beziehen.)

Erfolgt der Bezug des Impfstoffes aus der Apotheke, ist für Versicherte der TK die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V zu leisten; für Versicherte der BIG direkt gesund ist das Rezept als zuzahlungsfrei zu kennzeichnen (Vorsorgeleistungen).

Beim Bezug der Impfstoffe ist - soweit möglich und sinnvoll - wirtschaftlichen Großpackungen und Kombinationsimpfstoffen Vorrang zu geben.

Für die in diesen Vereinbarungen geregelten Impfleistungen und Impfstoffe ist eine private Liquidation ausgeschlossen.

Für die Abrechnung der nach dieser Vereinbarung durchgeführten Leistungen gelten die o.g. Abrechnungs-Nrn. und Vergütungsbeträge, die finanziellen Mittel dafür werden jeweils außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

Die **o.g. Zusatzvereinbarung** über weitergehende Schutzimpfungen auf Grundlage des § 20d (2) SGB V und der Empfehlungen der SIKO **gilt** - bis auf Widerruf - **auch für**

- **heilfürsorgeberechtigte Polizeibeamte** im Freistaat Sachsen sowie
- **heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes** (Ausnahme: Impfungen gegen Hepatitis B bzw. der Kombiimpfung gegen Hepatitis A/B).

Im Gegensatz zu GKV-Versicherten sollen die im Zusammenhang mit den Schutzimpfungen entstehenden **Kosten für die Antikörperbestimmung** (Laborleistungen gem. EBM) **ebenfalls zu Lasten der jeweils zuständigen Heilfürsorgestellen** abgerechnet werden.

* Anmerkung:

Aufgrund der ab 01.01.2011 wirksam werdenden Erweiterung der „Vereinbarung“ über die Durchführung weitergehender Schutzimpfungen auf Grundlage des § 20d (2) SGB V mit der IKK classic um die HPV-Impfung (Nr. 99791), wurde im Sinne einer besseren Übersichtlichkeit diese bislang unter dem Punkt 2.11.3 veröffentlichte Nr. mit in die o.g. Tabelle integriert.

Für die **HPV-Impfung** gelten weiterhin die folgenden vertraglich vereinbarten Regelungen:

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.

2.11.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung

- von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen

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

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

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

Die BIG direkt gesund, die Techniker Krankenkasse (TK), die KKH-Allianz* und die ~~BARMER-GEK*~~ übernehmen für ihre Versicherten mit Wohnort in Deutschland die Kosten für Impfungen nach § 20d (2) SGB V 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) zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen empfohlen sind.

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

Sofern bei einem Patientenkontakt die Indikation für eine Schutzimpfung nach der Impfvereinbarung Sachsen und zur gleichen Indikation gleichzeitig nach diesen Vereinbarungen vorliegt, hat die Abrechnung der Schutzimpfung über die Impfvereinbarung Sachsen zu erfolgen.

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.

Gelbfieberimpfungen dürfen nur zugelassene Gelbfieber-Impfstellen vornehmen.

Tollwutschutzimpfungen sollen vorrangig von erfahrenen Ärzten in den Tollwutberatungs- und -impfstellen durchgeführt werden, zumindest sollte deren fachlicher Rat eingeholt werden.

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

| | Leistungsbeschreibung | Abr.-Nr. | Vergütung (€) | Abrechnungsbestimmungen |
|--------------------------------|--|----------|----------------------------------|--|
| Beratungs-Leistungen | Beratungshonorar für den besonderen Aufwand für die Beratung zu den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826 | 99800 | nur TK10,00 | max. einmal pro Reise-schutzimpfung berechn.-fähig ¹⁾ |
| | Beratungshonorar für den besonderen Aufwand i. R. der Malariaphylaxe (Tabletten) inkl. Ausstellung der Verordnung | 99802 | nur TK10,00 | einmal im Behandlungsfall |
| Einfach-Impfungen | Hepatitis A | 99805 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impf. im Arzt-Patienten-Kontakt (APK) |
| | Hepatitis B | 99806 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | FSME (Frühsommermeningoenzephalitis) | 99807 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | Meningokokken-Infektionen | 99808 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | Tollwut | 99809 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | Typhus | 99810 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | Cholera | 99811 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | Gelbfieber (<i>Genehmigung notw.</i>) | 99812 | BIG 15,00 TK 6,00 | pro 1. Impfung im APK |
| Kombi-nations-Impfungen | Hepatitis A und B | 99825 | BIG 22,00 TK 8,00 | pro 1. Impfung im APK |
| | Typhus und Hepatitis A | 99826 | BIG 22,00 TK 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 (vollständige 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 versehen.

- Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „W“** zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
 - Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „W“** zu versehen. Diese Abr.-Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 7,00 EUR (BIG) bzw. mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. (TK) vergütet.
 - Ist die **weitere Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung eine Auffrischimpfung**, so ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „Y“** zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet. (nur TK)
 - Die **Anplikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung**.
 - Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung Sachsen (§ 5) erfolgt die **Verordnung** des jeweiligen Impfstoffes (sowie Arzneimittels i. R. der Malariaprophylaxe) **auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) auf den Namen des Versicherten** zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse. Dabei ist das Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen.
Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.
 - Erfolgt der Bezug des Impfstoffes aus der Apotheke, ist für Versicherte der TK die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V zu leisten; für Versicherte der BIG direkt gesund ist das Rezept als zuzahlungsfrei zu kennzeichnen (Vorsorgeleistungen).
 - 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.
 - Die Krankenkassen stellen sicher, dass die i. R. 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 morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.
- * Die o.g. **Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen mit der KKH-Allianz** (infolge einer Satzungsänderung) **und der BARMER GEK** (mit Inkrafttreten einer Anschlussvereinbarung, d.h. Übernahme der von der SIKO empfohlenen Schutzimpfungen gegen Rotaviren und FSME ab 01.07.2010, siehe Punkt 2.11.2 dieser Abrechnungshinweise) **enden zum 30.06.2010.**

Sofern mit dem Impfen eines Versicherten von KKH-Allianz oder BARMER GEK vor dem 30.06.2010 begonnen wurde, sind die restlichen Impfungen bis zur Vervollständigung des Impfschutzes noch nach den o. g. Vereinbarungen berechnungsfähig. Das Beginnen einer Impfserie auf Grund von Auslandsreisen ist ab 01.07.2010 nicht mehr möglich.

2.13 Wegegeldregelungen

2.13.1 Wegepauschalen im Bereich der KV Sachsen, ab 01.01.2008

Seit 01.01.2008 gelten im Bereich der KV Sachsen die folgenden Abrechnungsnummern für Wegepauschalen. Mit deren Einführung und der damit verbundenen tieferen Untergliederung bezüglich der Radien soll den tatsächlichen Gegebenheiten (u. a. größeren Bereitschaftsdienstbereichen) besser Rechnung getragen werden.

| Bezeichnung: „Wegepauschale für Besuche ...“ | am Tag (zwischen 7 und 19 Uhr) | | in der Nacht (zwischen 19 und 7 Uhr) | |
|---|--|-------------|--|-------------|
| | <i>Abr.-Nr.</i> | <i>Wert</i> | <i>Abr.-Nr.</i> | <i>Wert</i> |
| ... 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 € |

Zuschläge zu den o.g. Wegepauschalen:

1. Zuschlag im organisierten Notfalldienst (kassenärztl. Bereitschaftsdienst)

(Scheinuntergruppen 41 und 46)

93250 6,00 €

2. Zuschlag für Fahrdienste (FD)

im organisierten Notfalldienst (kassenärztlichen Bereitschaftsdienst)

- durch die KV Sachsen organisierter, zentraler FD (Scheinuntergruppe 46)

- privat organisierter FD (Scheinuntergruppe 41)

93251 5,00 €

Bei der Abrechnung von Wegepauschalen und Zuschlägen für **Fahrten im Rahmen des** von der KV Sachsen **organisierten Notfalldienstes** (kassenärztlichen Bereitschaftsdienst) gelten die nachfolgend beschriebenen Regelungen:

Fahrten mit **durch die KV Sachsen organisierten zentralem Fahrdienst** (Scheinuntergruppe 46 „Zentraler Fahrdienst“):

- Die **Wegepauschalen** sind 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** „E“
- Beide **Zuschläge*** werden **von der KV Sachsen zugesetzt**.

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

Fahrten mit **privat organisierten Fahrdiensten** (Scheinuntergruppe 41 „Organisierter Notfalldienst“):

- Die **Wegepauschalen** sind **ohne Buchstaben** abzurechnen.
- Der **Zuschlag im organisierten Notfalldienst** wird **von der KV Sachsen zugesetzt** (ist vom Arzt selbst nicht abrechenbar).
- Der **Zuschlag für den Fahrdienst** (Nr. 93251) ist **vom Arzt selbst abzurechnen, unter Verwendung der gesonderten Kennzeichnung** (Buchstaben).

Die Abrechnung der Zuschläge für Fahrten im organisierten Notfalldienst bzw. kassenärztlichen Bereitschaftsdienst mit privat organisierten Fahrdiensten erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen.

Mit der Erteilung dieser Genehmigung wird Ihnen die gesonderte Kennzeichnung der Zuschläge für diesen Fahrdienst bekannt gegeben.

Fahrten mit eigenem PKW

(Scheinuntergruppe 41 „Organisierter Notfalldienst“):

- Die **Wegepauschalen** sind **ohne Buchstaben** abzurechnen.
- Der **Zuschlag im organisierten Notfalldienst** wird **von der KV Sachsen zugesetzt** (ist vom Arzt selbst nicht abrechenbar).

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) oder 01412 (Dringender Besuch / dringende Visite) die Wegepauschale, wird durch die KV Sachsen die am niedrigsten bewertete (Nr. 93220) zugefügt!

2.14.4 Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V mit der IKK Sachsen (jetzt IKK classic), ab 01.10.2008

Die **IKK classic** hat den - bisher hier veröffentlichten - **Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung mit der KV Sachsen** zum 31. Dezember 2010 **gekündigt**.

Bitte beachten Sie, dass **somit ab 1. Januar 2011 keine Leistungen** aus diesem Vertrag **mehr abgerechnet und vergütet werden können**.

2.21 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011

Gegenstand dieses Vertrages ist der Aufbau eines interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsverbundes (gemäß § 11a) sowie die Etablierung neuer Behandlungsabläufe und -strukturen im Rahmen der Diagnostik, Therapie u. sozialen Betreuung. Details dazu sind im § 2 des Vertrages beschrieben.

Die **Ziele des Vertrages** (detailliert im § 1 aufgeführt) bestehen insbesondere in

- der Weiterentwicklung und Verbesserung der ambulanten Versorgung durch den Aufbau von Versorgungsnetzen sowie neuen Versorgungsstrukturen und -abläufen (Zweitmeinungsverfahren, Entlassungsmanagement, Interdisziplinäre psychiatrische Versorgung) und damit
- der frühzeitigen Erkennung einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung und einem frühzeitigen Therapiebeginn mit dem Ziel der Vermeidung bzw. Verminderung der Symptome und Folgen einer psychischen Erkrankung und
- einer intensiven sozialpsychiatrischen Betreuung von Patienten mit spez. psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, affektive Störungen, Depressionen) im amb. Bereich.

Kernelement zur Verwirklichung dieser Ziele ist die enge Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern. Der Versicherte wählt einen HAUSARZT und einen FACHARZT, welche gemeinsam und in Abstimmung die Behandlung i. R. des Vertrages durchführen. Darüber hinaus arbeitet der FACHARZT gemeinsam mit einem Fallmanager und einem o. mehreren Krankenhäusern (KH) innerhalb eines Versorgungsnetzes zusammen, um insbes. bei komplexen psychischen Erkrankungen die ambulante Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung zu ermöglichen.

Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr können am Vertrag teilnehmen, sofern mind. eine der nachfolgenden Erkrankungen diagnostiziert wurde:

- a) für das ZWEITMEINUNGSVERFAHREN (ZMV)
 - alle psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen: F00-F99 (ICD-10), aufgrund derer eine stationäre Behandlung durch den Hausarzt für notwendig erachtet wird.
- b) für das ENTLASSUNGSMANAGEMENT (EM)
 - folgende psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen (gem. ICD-10) als gesicherte Diagnosen:
 - F20.- (Schizophrenie), F31.3 - F31.5 (Bipolare affektive Störungen bzw. Psychosen), F32.- (Affektive Störungen, depressive Episode), F33.- (Rez. depressive Störungen).
- c) für die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
 - die unter b) genannten psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen als gesicherte Diagnosen und
 - Vorliegen eines Schweregrades der Erkrankung gemäß der MADRS (mind. 26 Pkt.) (außer bei Schizophrenie und manischer Episode bei bipolarer affektiver Störung)
 - und mangelhafte soziale Einbindung des Versicherten in die Gesellschaft.

Die Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn mind. eines der folgenden Kriterien vorliegt:

- eine vordergründig bestehende Suchterkrankung gem. ICD-10 als gesicherte Diagnose: F10.2 (Alkoholabhängigkeit)
F11.2, F12.2, F13.2, F14.2, F15.2, F16.2, F19.2 (Arzneimittel- o. Drogenabhängigkeit)
- bestehende Gefahr einer schweren Fremd- und Selbstgefährdung.

Die Einschreibung erfolgt beim HAUSARZT (ZMV) oder FACHARZT (EM, IPV).

Je nach medizinischer Notwendigkeit kann ein Versicherter einzelne oder alle drei der vorstehenden Versorgungssäulen (ZMV, EM, IPV) in Anspruch nehmen.

Einzelheiten zur Teilnahme der Versicherten (Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen und Verpflichtungen, zur Einschreibung und Beginn, zur Beendigung) sind in den §§ 8, 9 und 10 des Vertrages beschrieben.

Als **HAUSARZT** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung bzw. Genehmigung ... für den Bezirk der KVS, die als Allgemeinärzte, Internisten, Praktische Ärzte o. Ärzte an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insb. die Mitwirkung und Kooperation innerhalb der etablierten Versorgungsverbände gemäß § 11a (1) u. (2),
- Bereitschaft zur Anregung von und zur Teilnahme an Fallberatungen gemäß § 12 (3) sowie Bereitschaft zur Teilnahme an den Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 12 (4).

Der Hausarzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 2) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 4, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11b detailliert beschriebenen **Leistungen des HAUSARZTES** gehören:

- i. R. des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS (ZMV) gemäß § 11b (1):
 - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten gemäß § 8 Abs. 2,
 - Information und Aufklärung des Versicherten und ggf. des Angehörigen/gesetzlichen Vertreters über das ZWEITMEINUNGSVERFAHREN,
 - Unterstützung des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters beim Ausfüllen der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1),
 - Kontaktaufnahme zu einem teilnehmenden Facharzt zur Durchführung des ZMV; Terminvereinbarung mit diesem in Abhängigkeit der Dringlichkeit und Übermittlung einer Kurzepikrise bzw. vorhandener, relevanter Befunde,
 - Übermittlung/ Aushändigung der vom Versicherten/ggf. gesetzlichen Vertreter und Hausarzt unterzeichneten TN-Erklärung an den Versicherten zur Übergabe an den das ZMV durchführenden Facharzt.

- i. R. der INTERDISZIPLINÄREN PSYCH. VERSORGUNG (IPV) gemäß § 11b (2):
 - Durchführung der Behandlung des Versicherten in Abstimmung mit dem Facharzt (Umsetzung des vom Facharzt empfohlenen Therapieplanes und Weiterverordnung der empfohlenen Medikamente unter Berücksichtigung der Anlage 8),
 - möglichst sofortige Kontaktaufnahme mit dem den Versicherten betreuenden Facharzt bei dringendem Verdacht auf eine Krisensituation,
 - Teilnahme an den innerhalb des Versorgungsverbundes stattfindenden persönlichen oder telefonischen Fallberatungen gemäß § 12 (3).
- Teilnahme an den stattfindenden Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 12 (4).

Der **HAUSARZT (HA)** erhält im Rahmen dieses Vertrages zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **die nachstehend aufgeführte Vergütung:**

98100 Zweitmeinungspauschale Hausarzt

für die im § 11b (1) aufgeführten Leistungen

- **einmal** für jeden vom HA neu eingeschriebenen Versicherten, der zum ZMV überwiesen worden ist und bei dem der FA das ZMV durchgeführt und die TN-/Einwilligungs-Erklärung bestätigt hat

BMÄ (nur AOK PLUS) 25,00 EUR

Als **FACHARZT** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Fachärzte im Sinne des § 5 (3), d.h.
 - Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie,
 - Fachärzte für Nervenheilkunde,
 - Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - Fachärzte für Psychiatrie,
 - Fachärzte für Neurologie mit Qualifikation zur Behandlung psychisch Kranker (entspr. Abrechnungsgenehmigung für Leistungen aus dem Kap. 21 EBM 2000plus)
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten o.g. Fachärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung oder Ermächtigung im Bezirk der KVS.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus dem Vertrag, insbes. die Etablierung eines Versorgungsnetzes unter Einbindung eines Fallmanagers u. eines KH gem. § 11a,
- Sicherstellung, dass die Leistungserbringer innerhalb eines Versorgungsverbundes, insbes. der Hausarzt und der Fallmanager, über eine Tel.-Nr. des Facharztes verfügen, unter der sie den Facharzt bei dringendem Abstimmungsbedarf erreichen können,
- Bereitschaft zur Organisation von Fallberatungen (§ 12 (3)), und Teilnahme an diesen, zur Organisation, Durchführung u. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen (§ 12 (4)).

Der Facharzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 3) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 5, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den **Leistungen des FACHARZTES** gehören gemäß § 11c:

- i. R. des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS (ZMV) gemäß § 11c (1):
 - Realisierung eines Vorstellungstermins zur Durchführung des ZMV in Abhängigkeit der durch den Hausarzt festgestellten Dringlichkeit,
 - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Bestätigung dieser auf der bereits vom Hausarzt unterzeichneten Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1),
 - Durchführung des ZMV zur Feststellung der Notwendigkeit einer Krankenhausbehandlung und zur Diagnosesicherung,
 - Koordination der weiteren Behandlung im Ergebnis des ZMV:
Einweisung zur Krankenhausbehandlung
(Anmeldung des Versicherten in einem KH des Versorgungsnetzes inkl. aller diesbezüglich erforderlichen Unterlagen, Information des betreuenden Hausarztes) oder Überweisung in die ambulante Regelversorgung
(inkl. Begleitbrief/Therapieempfehlung für den Hausarzt oder ggf. anderen Ärzten/ Einrichtungen)
oder Einbindung in die IPV (inkl. Information des betreuenden Hausarztes).
- i. R. des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS (EM) gemäß § 11c (2):
 - Absicherung der sozialpsychiatrischen Betreuung während des KH-Aufenthaltes zur Vorbereitung und Durchführung der Entlassung in Abstimmung mit dem KH,
 - Realisierung eines Vorstellungstermins in der Regel am Entlassungstag oder am der Entlassung folgenden Arbeitstag in Abstimmung mit dem KH,
 - Koordination der weiteren Behandlung:
Überweisung in die ambulante Regelversorgung (zur Weiterbehandlung, inkl. Begleitbrief, Therapieempfehlung und ggf. Krisenplan) oder Einbindung in die IPV.
- i. R. der INTERDISZIPLINÄREN PSYCH. VERSORGUNG (IPV) gemäß § 11c (3):
 - Information/Aufklärung des Versicherten, der Angehörigen oder ggf. des gesetzlichen Vertreters über die IPV, Erläuterung der Vorteile, damit verbundener Verpflichtungen sowie Information über Inhalte und Möglichkeiten,
 - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten,
 - Sicherstellung einer kurzfristigen hochfrequenten ärztlichen Behandlung,
 - Durchführung aller med. erforderlichen diagnostischen u. therapeutischen Leistungen,
 - Koordination und Abstimmung aller i. R. des Versorgungsverbundes erforderlichen diagnostischen, therapeutischen u. sozialpsychiatrischen Leistungen, insb. Abstimmung und Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, Erarbeitung eines Krisenplans und Erstellung einer Therapieempfehlung,
 - Koordinierung der Versorgung durch weitere tangierende Leistungsbereiche, wie z.B. Psycho-, Ergo- oder Physiotherapeuten, sofern dies aus med. Sicht angezeigt ist,
 - Einbindung eines Fallmanagers u. Absicherung d. sozialpsych. Betreuung i. R. d. IPV.
- Organisation der und Teilnahme an den Fallberatungen gemäß § 12 (3) sowie Organisation der bzw. Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen gemäß § 12 (4).

Der **Facharzt ist verpflichtet**, in der Regel **innerhalb von 10 Arbeitstagen** nach der Einschreibung des Versicherten das Original der **Teilnahme-/ Einwilligungserklärung** (Anlage 1) **an die AOK PLUS zu senden** (gemäß § 9 Abs. 4).

Der **FACHARZT (FA)** erhält im Rahmen dieses Vertrages zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **folgende Vergütungen:**

98110 Zweitmeinungspauschale Facharzt

für die im § 11c (1) aufgeführten Leistungen

- **einmal** für jeden vom HA neu eingeschriebenen Versicherten, der zum ZMV überwiesen wurde, bei dem der FA das ZMV durchgeführt hat und wenn der Versicherte im Quartal der Durchführung des ZMV nicht innerhalb der IPV (Nrn. 98105E, 98105F) behandelt wurde

BMÄ (nur AOK PLUS) **100,00 EUR**

98115 Entlassungsmanagement-Pauschale

für die im § 11c (2) aufgeführten Leistungen

- **einmal je Versicherten**

- mit einer der im Vertrag definierten spez. psychischen Erkrankung, der entweder im Ergebnis des ZMV im KH behandelt oder der i. R. des EM in diese Versorgung eingeschrieben wurde und wenn der Versicherte im Quartal der Durchführung des EM nicht innerhalb der IPV (Nrn. 98105E, 98105F) betreut wurde

BMÄ (nur AOK PLUS) **100,00 EUR**

98105E Pauschale IPV - Erstkontakt

für die im § 11c (3) aufgeführten Leistungen

für jeden neu durch den FA in die IPV eingeschriebenen Versicherten

- **einmalig, im Quartal des Erstkontaktes**

BMÄ (nur AOK PLUS) **170,00 EUR**

98105F Pauschale IPV - Folgekontakt

für die im § 11c (3) aufgeführten Leistungen

- für jeden eingeschriebenen Versicherten, dessen Versorgung bereits im zweiten Quartal (Folgequartal) i. R. der IPV erfolgt oder bei dem im vorangegangenen Quartal das ZMV (Nr. 98110) und/oder das EM (Nr. 98115) durchgeführt und abgerechnet wurde(n)

- **einmal je Behandlungsfall**

ab den auf den Erstkontakt folgenden Quartalen

BMÄ (nur AOK PLUS) **155,00 EUR**

Ist die Teilnahme eines Versicherten an dieser Versorgung gemäß § 10 beendet, so gibt der Facharzt i. R. seiner Abrechnung neben der/den o.g. Abrechnungsnummern die **Ende-Kennziffer 98112** an.

Hinweise zur Abrechnung o.g. Leistungen:

- Mit der Vergütung der Nrn. 98105E, 98105F sind auch die Leistungen des Fallmanagers (§ 11a (3a)) und die Kosten abgegolten, die dem Facharzt für die Beschäftigung des Fallmanagers und für die gemäß § 11c (3h) definierten Leistungen entstehen.
- Die Nrn. 98105E, 98105F werden für das laufende Quartal auch dann gezahlt, wenn im laufenden Quartal die IPV und damit die Teilnahme des Versicherten an dieser Versorgung beendet oder durch den Versicherten abgebrochen wird.
- Eine Abrechnung der Nrn. 98105E, 98105F ist ausgeschlossen, wenn während der Dauer des Einschlusses des Versicherten innerhalb der IPV eine Behandlung des Versicherten in einer Einrichtung gemäß § 118 (1) o. (2) SGB V (Psychiatrische Institutsambulanz) erfolgt.
- Die Nrn. 98105E, 98105F, 98110 und 98115 sind je Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Wurde während der Dauer der Teilnahme des Versicherten mind. eine der Nrn. 98110 (ZMV) oder 98115 (EM) berechnet, dann ist für die IPV ab dem Folgequartal die Nr. 98105F (IPV-Folgekontakt) anzusetzen - ein Ansatz der Nr. 98105E (IPV-Erstkontakt) ist ausgeschlossen.
- Die Nrn. 98110 (ZMV) und 98115 (EM) sind nebeneinander berechnungsfähig, sofern im selben Quartal keine IPV erfolgt.
- Die Nr. 98105E (IPV-Erstkontakt) ist nur dann berechnungsfähig, wenn während der Dauer der Teilnahme des Versicherten keine andere Abrechnungsziffer durch den Facharzt abgerechnet worden ist.
- Alle o.g. Nrn. sind nur abrechnungsfähig, wenn gemäß § 8 (2) Punkt 2 des Vertrages mindestens eine der für die jeweilige Versorgungssäule genannten und entsprechend § 8 (2) Punkt 2 b) und c) gesicherten Diagnosen bei der Abrechnung vorliegen.

Weitere Hinweise zur Abrechnung aller Leistungen des Vertrages „PsycheAktiv Sachsen“:

Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. ggf. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, für die i. R. des Vertrages koordinierten Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß § 11b bzw. § 11c keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

Eine umfassende Erläuterung zu den einzelnen Vergütungspauschalen finden Sie in der Anlage 6 (www.aok-gesundheitspartner.de).

2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Versicherten, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (RheumaAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011

Gegenstand dieses Vertrages ist der Aufbau von Versorgungsverbunden zwischen HAUSÄRZTEN und RHEUMATOLOGEN, die an der ambulanten Behandlung von Versicherten der AOK PLUS ab Vollendung des 18. Lebensjahres mit rheumatoider Arthritis beteiligt sind. Mit der Teilnahme an diesem Vertrag soll die Eigenverantwortung des Patienten durch die Einbeziehung in die Behandlungsabläufe gestärkt werden.

Die **Ziele des Vertrages** (detailliert im § 1 aufgeführt) bestehen insbesondere in

- der Weiterentwicklung und Verbesserung der qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung durch die Etablierung einer koordinierten und arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen HAUSARZT und RHEUMATOLOGEN als patientenbezogener Versorgungsverbund (Rheumateam) und damit
- der frühzeitigen Diagnosestellung und Einleitung von Interventionen.

Kernelement zu deren Verwirklichung ist die enge Zusammenarbeit im Rheuma-Team. Der Versicherte wählt einen Hausarzt und einen Rheumatologen, welche gemeinsam und in Abstimmung die Behandlung im Rahmen dieses Vertrages durchführen.

Die Zusammenarbeit innerhalb des Rheuma-Teams ist im § 11a beschrieben.

Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr können am Vertrag teilnehmen, sofern sie:

- an rheumatoider Arthritis leiden
(gesicherte Diagnosen gemäß ICD-10: M05.-, M06.-, M13.0, M13.1*),
- durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (Anlage 1) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren,
- einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt und einen teilnehmenden Rheumatologen als ihr patientenbezogenes Rheumateam gewählt haben,
- und der gewählte Rheumatologe nach Prüfung der vorstehenden Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung bestätigt hat.

Die Einschreibung des Versicherten erfolgt beim RHEUMATOLOGEN.

- * Wählt(e) der Versicherte als behandelnden Rheumatologen einen FA für Innere Medizin, der im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig ist und den Schwerpunkt Rheumatologie besitzt (gem. § 5 (1)), kann dieser auch gleichzeitig der betreuende Hausarzt sein.

Einzelheiten zur Teilnahme der Versicherten (Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen und Verpflichtungen, zur Einschreibung und Beginn, zur Beendigung und zum Wechsel des Vertragsarztes) sind in den §§ 8, 9 und 10 des Vertrages beschrieben.

Als **HAUSARZT** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung bzw. Genehmigung ... für den Bezirk der KVS, die als Allgemeinärzte, Internisten, Praktische Ärzte o. Ärzte an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insbesondere die Mitwirkung und Kooperation innerhalb des Rheumateams sowie Berücksichtigung der von der AOK PLUS abgeschlossenen Arzneimittel-Rabattverträge gemäß § 17,
- jährlich 6 CME-Punkte in der Rheumatologie in zertifizierten, von der Pharmaindustrie unabhängigen, Veranstaltungen ab dem Jahr der Teilnahme zu erwerben.
(Die Fortbildungen haben den Bedingungen der SLÄK zu entsprechen.)

Der Hausarzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 2) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 4, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11b detailliert beschriebenen **Leistungen des HAUSARZTES** gehören:

- Anmelden des Versicherten bei dem von diesem zu wählenden Rheumatologen bei einer erhobenen positiven Verdachtsdiagnose (gem. Anlage 9) zur Diagnosesicherung und ggf. zur Mit-/Weiterbehandlung, Übermittlung relevanter Vorbefunde/ -erkrankungen und Medikamente, Vermerk seiner eigenen Teilnahme an diesem Vertrag,
- wohnortnahe Betreuung des Versicherten mit Fortführung der vom Rheumatologen vorgeschlagenen Therapie unter Berücksichtigung von evtl. bestehenden Komorbiditäten,
- bei mind. 10 verschiedenen verordneten Wirkstoffen einmal jährlich ein Medikations-Check zur Vermeidung von Interaktionen mit ggf. weiteren Medikamenten und zur Sicherstellung der Gesamtverträglichkeit für den Patienten (im Bedarfsfall unter Inanspruchnahme des Beratungspapothekers der KVS oder des pharmakologischen Beratungsdienstes der Universität Dresden),
- Gewährleistung i. R. der laufenden Betreuung einer vollständigen Dokumentation und Übermittlung der erforderlichen Daten an den Rheumatologen gemäß Anlage 9a.

Der **HAUSARZT erhält im Rahmen dieses Vertrages** zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **die nachstehend aufgeführte Vergütung:**

98400 Betreuungspauschale Hausarzt

für jeden eingeschriebenen Versicherten, für das Erbringen der in § 11b aufgeführten Leistungen

- **einmal pro Kalenderjahr**

BMÄ (nur AOK PLUS) 20,00 EUR

Als **RHEUMATOLOGE** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie,
- niedergelassene Fachärzte für Innere Medizin, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind und den Schwerpunkt Rheumatologie besitzen,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten Fachärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung oder Ermächtigung im Bezirk der KVS.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insbesondere die Mitwirkung und Kooperation innerhalb des Rheumateams sowie Berücksichtigung der von der AOK PLUS abgeschlossenen Arzneimittel-Rabattverträge gemäß § 17,
- pro Quartal und rheumatologischer Einrichtung mindestens 150 GKV-Versicherte mit rheumatoider Arthritis und 50 GKV-Vers., die mit den in Anlage 8 definierten Arzneimitteln therapiert wurden,
- jährlich 25 CME-Punkte in der Rheumatologie in zertifizierten, von der Pharmaindustrie unabhängigen, Veranstaltungen ab Jahr der Teilnahme, davon 5 Pkt. im Selbststudium, (Die Fortbildungen haben den Bedingungen der SLÄK zu entsprechen.)
- Vorhaltung von nach Curriculum ausgebildetem Personal oder von Arzthelferinnen mit mind. 2-jähriger Praxiserfahrung in der Rheumatologie. (Befinden sich Arzthelferinnen in einer Weiterbildung, kann die Teilnahme am Vertrag vorbehaltlich der erfolgreichen Weiterbildung erfolgen.)

Der Rheumatologe erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 3) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 5, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den **Leistungen des RHEUMATOLOGEN** gehören gemäß § 11c:

- Terminvergabe für eine Erstvorstellung des Patienten i. d. R. innerhalb von 14 Tagen bis max. 6 Wochen bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose gemäß Anlage 9,
- Beratung des Versicherten über die Versorgung, Unterstützung bei der Einschreibung,
- Sicherung d. Diagnose, Festlegung d. einzelnen Therapieschritte (Anlagen 10, 11),
- Aufklärung/Information des Versicherten über die Erkrankung u. den Behandlungsplan, gemeinsame Entscheidungsfindung zu Therapiezielen unter Berücksichtigung med. und individueller Bedingungen,
- „Rücküberweisung“ zum Hausarzt inkl. zeitnaher Übermittlung der gestellten Diagnose sowie des Therapieplans, i. d. R. nach 2, spätestens nach 6 Wochen (Anlagen 11, 11a) inkl. Vermerk der Teilnahme des Versicherten am Vertrag,
- Sicherstellung einer leitliniengemäßen Therapie inkl. Erhebung der Aktivitäts- bzw. Funktions-Scores entspr. der Leitlinien auf Basis evidenzbasierter med. Kriterien,
- Sicherstellung der patientenbezogenen Überprüfung des Behandlungsverlaufes und der Therapie, sowie ggf. Korrektur d. Behandlungsplanes (Näheres: siehe Anlage 11),
- Gewährleistung einer vollständigen Dokumentation und Daten-Übermittlung (Anlagen 10, 12 i.V.m. Anlage 12a),
- Arzneimitteltherapie (nach Anlage 8), die dort empfohlenen Wirkstoffe u./o. -klassen sind zu bevorzugen. (Dabei sind die von Rabattverträgen der AOK PLUS umfassten Arzneimittel zu nutzen, sofern keine med. Gründe entgegenstehen.)

Der **Rheumatologe ist verpflichtet**, in der Regel **innerhalb von 10 Arbeitstagen** nach der Einschreibung des Versicherten das Original der **Teilnahme-/ Einwilligungserklärung** (Anlage 1) **an die AOK PLUS zu senden** (gemäß § 9 Abs. 4).

Der **RHEUMATOLOGE erhält im Rahmen dieses Vertrages** zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **folgende Vergütungen:**

Einschreibepauschale Neupatient

für das Erbringen der in § 11c aufgeführten Leistungen

- **jeweils einmalig pro Versicherten**

98410 ... frühe rheumatoide Arthritis (nur AOK PLUS) **80,00 EUR**

98411 ... etablierte rheumatoide Arthritis (nur AOK PLUS) **80,00 EUR**

- für jeden neu eingeschriebenen Versicherten mit früher bzw. etablierter rheumatoider Arthritis gemäß Anlage 10, der in den 4 Quartalen vor dem Quartal der Einschreibung nicht bei demselben Rheumatologen in Behandlung war

98412 Einschreibepauschale Bestandspatient

für das Erbringen der im § 11c (3) - (9) aufgeführten Leistungen

- **einmalig pro Versicherten**

BMÄ (nur AOK PLUS) **50,00 EUR**

- für jeden neu eingeschriebenen Versicherten, der in den 4 Quartalen vor dem Quartal der Einschreibung mind. einmal bei demselben Rheumatologen in Behandlung war
oder
- für jeden eingeschriebenen Versicherten beim Wechsel des Rheumatologen

Die Nr. 98412 ist nicht berechnungsfähig

- bei einem Vertragsarzt-Wechsel innerhalb einer Gemeinschaftspraxis
oder innerhalb eines MVZ,
- im Behandlungsfall neben den Nrn. 98410 und 98411.

98415 Betreuungspauschale Rheumatologe

für jeden eingeschriebenen Versicherten, für das

Erbringen der im § 11c (4) - (9) aufgeführten Leistungen

- **einmal pro Kalenderjahr ab Folgejahr der Einschreibung**

BMÄ (nur AOK PLUS) **40,00 EUR**

98425 Pauschale Dokumentation

für jeden eingeschriebenen Versicherten, für das

ordnungsgemäße Übermitteln der in § 12 (5) benannten

Daten nach Anlage 12 i. V. m. Anlage 12a

- **einmal pro Kalenderjahr**

BMÄ (nur AOK PLUS) **5,00 EUR**

- nur im IV. Quartal eines Kalenderjahres abrechenbar

Weitere Hinweise zur Abrechnung o.g. Leistungen d. Vertrages „RheumaAktiv Sachsen“:

Die o.g. Leistungen sind nur abrechnungsfähig, wenn mind. eine der in § 8 (2) Nr. 2 des Vertrages genannten gesicherten Diagnosen bei der Abrechnung vorliegt.

Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. ggf. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, für die i. R. des Vertrages koordinierten Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß § 11a bis § 11c keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

Eine umfassende Erläuterung zu den einzelnen Vergütungspauschalen finden Sie in der Anlage 6 (www.aok-gesundheitspartner.de).

2.23 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz (UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011

Gegenstand dieses Vertrages die Optimierung und damit Verbesserung der Behandlung von Versicherten mit folgenden gesicherten Diagnosen:

- Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration (ICD-10: I83.0) und/oder
- Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung (ICD-10: I83.2) u./o.
- Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert (ICD-10: L97.0).

Die **Ziele des Vertrages** (detailliert im § 1 aufgeführt) bestehen insbesondere in

- der Weiterentwicklung und Verbesserung der interdisziplinären Versorgung durch den Aufbau von Versorgungsnetzen und neuen Versorgungsstrukturen vom HAUSARZT, Facharzt (SPEZIALIST), Pflegedienst und Krankenhaus und damit
- einer auf die Bedürfnisse von Wundpatienten bezogenen Therapie zur schnellen Abheilung chronischer Wunden.

Kernelement zu deren Verwirklichung ist die enge Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern. Der Versicherte wählt einen Hausarzt und einen Spezialisten, welche gemeinsam und in Abstimmung die Behandlung i. R. des Vertrages durchführen.

Versicherte der AOK PLUS können am Vertrag teilnehmen, sofern sie:

- an folgenden gesicherten Diagnosen erkrankt sind:
Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration (ICD-10: I83.0) und/oder
Varizen der unteren Extremitäten mit Ulzeration und Entzündung (ICD-10: I83.2) u./o.
Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert (ICD-10: L97.0).
- einen teilnehmenden HAUSARZT sowie teilnehmenden SPEZIALISTEN gewählt haben.

Die Einschreibung des Versicherten erfolgt beim SPEZIALISTEN.

Die Einschreibung eines Versicherten, der an mind. einer der o.g. Diagnosen erkrankt ist, ist im Rahmen dieses Vertrages jeweils nur einmal für jedes Bein möglich.

Einzelheiten zur Teilnahme der Versicherten (Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen und Verpflichtungen, zur Einschreibung und Beginn, zur Beendigung) sind in den §§ 8, 9 und 10 des Vertrages beschrieben.

Als **HAUSARZT** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV

mit Zulassung bzw. Genehmigung ... für den Bezirk der KVS, die als Allgemeinärzte, Internisten, Praktische Ärzte o. Ärzte an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen.

Der Hausarzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 2) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 4, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11b detailliert beschriebenen **Leistungen des HAUSARZTES** gehören:

- Überweisung an den Spezialisten, wenn er eine Diagnose gem. § 2 (1) gestellt hat,
- Erstellung eines versichertenbezogenen Anamnesebogens (Anlage 9) und Weiterleitung, zusammen mit den Vorbefunden, an den Spezialisten,
- Umsetzung des vom Spezialisten erstellten Behandlungsplanes der Aussagen über die erforderlichen Heilmittel, Hilfsmittel und Arzneimittel in Art und Umfang ihrer Anwendung beinhaltet,
- Durchführung einer bedarfsorientierten Kontrolle der Wundheilung in der Praxis,
- sofortige Wiedervorstellung beim Spezialisten bei dringendem Verdacht auf Verschlechterung der Wundheilung,
- Teilnahme an vom Spezialisten organisierten Fallkonferenzen gemäß § 12 (3).

Der **HAUSARZT erhält im Rahmen dieses Vertrages** zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **die folgenden Vergütungen:**

98200 Koordinationspauschale Hausarzt
für den erhöhten Organisations- und Koordinationsaufwand
- **je eingeschriebenen Versicherten innerhalb seiner Teilnahme (12 Monate) nur einmal**
BMÄ (nur AOK PLUS) 15,00 EUR

98200A Koordinationspauschale Hausarzt anderes Bein
für den erhöhten Organisations- und Koordinationsaufwand
- **je eingeschriebenen Versicherten für die Erkrankung am anderen Bein innerhalb einer bestehenden Teilnahme nur einmal**
BMÄ (nur AOK PLUS) 7,50 EUR

Wenn ein Versicherter aufgrund der Erkrankung des anderen Beines nach Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung erneut eingeschrieben wird, ist die Nr. 98200 ein weiteres Mal berechnungsfähig.

98205 Betreuungs- und Qualitätspauschale Hausarzt
für die Umsetzung der Qualitätsstandards
- **einmal je Behandlungsfall in maximal 2 Quartalen nach der Einschreibung des Versicherten**
BMÄ (nur AOK PLUS) 10,00 EUR

98205A Betreuungs- und Qualitätspauschale Hausarzt anderes Bein
für die Umsetzung der Qualitätsstandards
- **einmal je Behandlungsfall in maximal 2 Quartalen nach der Einschreibung des Versicherten**
BMÄ (nur AOK PLUS) 10,00 EUR

Die Nr. 98205A ist
- nur mit Angabe des Datums der Zweiteinschreibung (Feldkennung 5009),
- im Behandlungsfall nicht neben der Nr. 98205 berechnungsfähig.

Als **SPEZIALIST** können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Haus- oder Fachärzte (FÄ)
mit Zusatz-Weiterbildung „Phlebologie“ o. FÄ für Innere Medizin u. (SP) Angiologie
und/oder
die die in der Anlage 13 aufgeführten GOP gegenüber der KVS abrechnen,
- ermächtigte Haus- oder Fachärzte
mit Zusatz-Weiterbildung „Phlebologie“
und/oder
die die in Anlage 13 aufgeführten GOP gegenüber der KVS abrechnen und über
eine Ermächtigung zur Leistungserbringung für die Behandlung der Diagnosen
nach § 2 (1) verfügen, soweit dies für die Sicherstellung der Versorgung i. R. dieses
Vertrages i. V. mit § 18 (4) Nr. 3 notwendig ist
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 311 (2) SGB V oder
Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV
mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS.

Der Spezialist erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen
Teilnahme-Erklärung (Anlage 3) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie
zur Beendigung der Teilnahme ... sind in den §§ 5, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11c detailliert beschriebenen **Aufgaben des SPEZIALISTEN** gehören:

- Überprüfung der Diagnose entspr. § 2 (1) und die Beratung der Versicherten zur
Teilnahme an diesem Vertrag,
- Ausführliche Information des Versicherten über die Ziele des Vertrages und die
Teilnahmebedingungen der Versicherten,
- Einschreibung des Versicherten in den Vertrag gemäß § 9,
- Einteilung des Status der Erkrankung auf Grundlage des Scoring-Systems
(Anlage 10) in drei Schweregrade
(zum Tag der Einschreibung, nach drei und nach sechs Monaten),
- Durchführung einer phlebologischen Diagnostik, wenn 3 Monate vor der Einschreibung
des Versicherten kein Befund vorliegt,
bzw. Überweisung an eine dazu befähigten Arzt,
- Erstellung, Umsetzung und Kontrolle des Behandlungsplanes,
- Kontrolle der Umsetzung des Behandlungsplanes und des Verlaufes der Wundheilung
insb. der wirtschaftlichen Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln, Verband- und
Arzneimitteln, vorzugsweise im persönlichen Kontakt mit dem Versicherten,
- Jährliche Erstellung eines Qualitätsberichtes,
- Therapieempfehlung für den Hausarzt bei Rücküberweisung am Ende der Behandlung
beim Spezialisten,
- Organisation und regelmäßige Durchführung von Fallkonferenzen mit den Hausärzten.

Der **Spezialist ist verpflichtet**, in der Regel **innerhalb von 10 Arbeitstagen** nach der
Einschreibung des Versicherten das Original der **Teilnahme-/ Einwilligungserklärung**
(Anlage 1) **an die AOK PLUS zu senden** (gemäß § 9 Abs. 4).

Der **SPEZIALIST erhält im Rahmen dieses Vertrages** zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), **folgende Vergütungen:**

98210 Einschreibepauschale Spezialist

für den erhöhten Organisations- und Koordinationsaufwand

- **je eingeschriebenen Versicherten**

innerhalb seiner Teilnahme (12 Monate) nur einmal

BMÄ (nur AOK PLUS) 10,00 EUR

98210A Einschreibepauschale Spezialist anderes Bein

für den erhöhten Organisations- und Koordinationsaufwand

- **je eingeschriebenen Versicherten** für die Erkrankung am anderen Bein

innerhalb einer bestehenden Teilnahme nur einmal

BMÄ (nur AOK PLUS) 5,00 EUR

Wenn ein Versicherter aufgrund der Erkrankung des anderen Beines nach Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung erneut eingeschrieben wird, ist die Nr. 98210 ein weiteres Mal berechnungsfähig.

98215 Koordinations-, Betreuungs- und Qualitätspauschale Spezialist

für die Umsetzung der Qualitätsstandards, Erstellung der Qualitätsberichte

- **einmal im Behandlungsfall in maximal 2 Quartalen**

nach der Ersteinschreibung des Versicherten

BMÄ (nur AOK PLUS) 50,00 EUR

98215A Koordinations-, Betreuungs- und Qualitätspauschale anderes Bein

für die Umsetzung der Qualitätsstandards

- **einmal im Behandlungsfall in maximal 2 Quartalen**

nach der Einschreibung des Versicherten

BMÄ (nur AOK PLUS) 50,00 EUR

Die Nr. 98215A ist

- nur mit Angabe des Datums der Zweiteinschreibung (Feldkennung 5009),

- im Behandlungsfall nicht neben der Nr. 98215 berechnungsfähig.

Pauschale Fallkonferenz

für Vorbereitung u. Durchführung der patientenbezogenen Fallkonferenzen

- **einmal pro Quartal**

BMÄ (nur AOK PLUS) 150,00 EUR

- Voraussetzung ist die Übermittlung der vollständig ausgefüllten

„Teilnahmeliste Fallkonferenz“ (Anlage 12) an die KVS.

Voraussetzung für deren Anerkennung ist die Teilnahme von

mind. 2 am Vertrag teilnehmenden Hausärzten und die Besprechung

der Fälle von mind. 5 eingeschriebenen Versicherten.

Weitere Hinweise zur Abrechnung o.g. Leistungen des Vertrages „UlzeraCvi Sachsen“:

Der Anspruch auf die Vergütung der Nrn. 98200, 98200A bzw. 98205 sowie 98210, 98210A bzw. 98215 besteht grundsätzlich jeweils im Quartal der Einschreibung und dem der Einschreibung folgendem Quartal.

Ein Vergütungsanspruch für die Nebeneinanderabrechnung der Nrn. 98205 und 98205A bzw. 98215 und 98215A in demselben Quartal durch die zeitgleiche Behandlung beider Beine besteht nicht.

Ebenso ist innerhalb einer bestehenden Teilnahme eine erneute Abrechnung der Nrn. 98200 bzw. 98210 aufgrund einer Erkrankung am anderen Bein ausgeschlossen.

Erkrankt der Versicherte im zweiten Quartal, gerechnet vom Quartal der Ersteinschreibung, am jeweils anderen Bein und möchte - weil Behandlungsbedürftigkeit weiterhin besteht - auch für dieses Bein an dieser Versorgung teilnehmen, so besteht ein zusätzlicher Anspruch auf die Vergütung der Nrn. 98205A bzw. 98215A im dritten Quartal, gerechnet vom Quartal der Ersteinschreibung.

Erkrankt der Versicherte im dritten oder im vierten Quartal, gerechnet vom Quartal der Ersteinschreibung, am jeweils anderen Bein und möchte auch für dieses Bein an dieser Versorgung teilnehmen, so besteht ein zusätzlicher Anspruch auf die Vergütung der Nrn. 98205A bzw. 98215A im dritten und vierten Quartal, bzw. im vierten und fünften Quartal, gerechnet vom Quartal der Ersteinschreibung.

Erkrankt der Versicherte nach Ende der Teilnahme am jeweils anderen Bein und möchte auch für dieses Bein an dieser Versorgung teilnehmen, so besteht nochmals und letztmalig der Anspruch auf die Vergütung der Nrn. 98200 bzw. 98210 und 98205A bzw. 98215A für das erste und zweite Quartal nach der Neueinschreibung.

Der Anspruch auf Zahlung der Einschreibepauschale ist bei einem Arztwechsel innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft ausgeschlossen.

Die **o.g. Leistungen sind nur abrechnungsfähig**, wenn **mind. eine der in § 2 (1) des Vertrages genannten gesicherten Diagnosen** bei der Abrechnung vorliegt.

Die Regelungen zum Ausstellen von Überweisungen und zur Zahlung der Praxisgebühr werden durch diesen Vertrag nicht außer Kraft gesetzt.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, für die i. R. des Vertrages koordinierten Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß § 11b und § 11c keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

Eine umfassende Erläuterung zu den einzelnen Vergütungspauschalen finden Sie in der Anlage 6 (www.aok-gesundheitspartner.de).

2.24 Sonstiges**2.24.1 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 | 3,10 EUR |
| BMÄ | 2,56 EUR |

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 Wehrdienstfähigkeit, 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 ...

| | | |
|--------------|--|------------------|
| 99141 | ... innerhalb von 2 Wochen (je Patient) | 15,00 EUR |
| 99142 | ... innerhalb von 4 Wochen (je Patient) | 10,00 EUR |

- 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.

3.1 Angabe der Uhrzeit im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst)

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

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

Das Feld 5006 ist daher entfallen, die „Rosa Erklärung“ wurde entspr. geändert.

3.2 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

Aufgrund der geänderten Abrechnungsbestimmungen der Leistung „Ganzkörperstatus“ **wurde der bislang an dieser Stelle veröffentlichte Vorstandsbeschluss zur Abrechnung des Ganzkörperstatus** im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen **mit Wirkung ab dem 01.07.2010 außer Kraft** gesetzt.

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist mit Wirkung **ab 01.01.2011** die **Gebührenordnungsposition 13250** „Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung“ sowohl im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) als auch in der Notfallbehandlung nicht mehr berechnungsfähig.

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen sind die Gebührenordnungspositionen **14240** und **21232** im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen nicht berechnungsfähig.

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

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

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

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

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

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

z. B.

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

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

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

5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05

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

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

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

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

Die nachfolgenden Leistungen sind zum Zwecke der Evaluation und der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen immer, wenn sie bei Männern erbracht wurden, mit „M“ (Ausnahme: GOP 01740, 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) „Höchstwert ...“ |
|---------|---|
| 01605 | ... für die GOP 01600 bis 01601 |
| 02318 | ... für die GOP 02312 |
| 02319 | ... für die GOP 02313 |
| 11505 | ... für die Gebührenordnungsposition 11500 |
| 32118 | ... für die GOP 32110 bis 32116 |
| 32138 | ... im Behandlungsfall für die GOP 32137 und 32140 bis 32148 ab 3. Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung |
| 32139 | ... im Behandlungsfall für die GOP 32137 und 32140 bis 32148S im 1. und 2. Quartal der Substitutionsbehandlung |
| 32286 | ... für die GOP 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283 |
| 32339 | ... für die GOP 32330 bis 32337 |
| 32432 | ... für die GOP 32430 |
| 32433 | ... im Behandlungsfall für die GOP 32426 und 32427 |
| 32434 | ... im Behandlungsfall für die GOP 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (die GOP 32426 und 32427 sind dafür mit dem Buchstaben „U“ zu kennzeichnen) |
| 32458 | ... für die GOP 32435 und 32437 bis 32456 |
| 32511 | ... für die GOP 32489 bis 32505 |
| 32536 | ... für die GOP 32528 |
| 32644 | ... für die GOP 32569 - 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 - 32664 |
| 32695 | ... für die GOP 32690 |
| 32751 | ... für die GOP 32750 |
| 32771 | ... für die GOP 32770, je Mykobakterienart |
| 32797 | ... für die GOP 32792 bis 32794, je Körpermaterial |
| 35303 | ... Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr |
| 35304 | ... für die GOP 35300 bis 35302 bei ... Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres |

5.3 Begründungen zu Leistungen, die gemäß EBM in der Quartalsabrechnung anzugeben sind, ab 01.04.05

Im Rahmen der Abrechnungsprüfung ist aufgefallen, dass vermehrt Begründungen zu Gebührenordnungspositionen vergessen oder fehlerhaft angegeben werden. Dies kann zur Aberkennung von Leistungen führen. Um dies zu vermeiden bitten wir Sie, die notwendigen Begründungen anzugeben.

Die bundeseinheitliche KVDT-Datensatzbeschreibung bietet zur Abrechnung von Leistungen eine Reihe von Begründungsfeldern.

Die drei nachfolgend aufgeführten Übersichten zu GOP/Nrn./EBM-Abschnitten sollen Ihnen die Erstellung Ihrer Abrechnung erleichtern:

- Tabelle 1: für deren Abrechnung eine Begründung **generell**,
- Tabelle 2: für deren Abrechnung eine Begründung **in besonderen Fällen** und
- Tabelle 3: für deren Abrechnung **eine Begründung/ Angabe in Pflichtfeldern** notwendig ist.

Tabelle 1: Begründung **generell** notwendig

| GOP / Nr. / EBM-Abschn. | Feld-Kennung | Feld-Bezeichnung | Begründung |
|---|----------------|--------------------------------------|--|
| 01602 | 5016 (*) | Name des Arztes | Bei der Berechnung der GOP 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztrechnungs-Nr. oder der Name des Hausarztes ... anzugeben. |
| 01741, 01741M | 5040 | Patienten-Nr. (EDV) des FEK-Bogens | Patientennummer des Dokumentationsbogens, seit 01.07.2006 anzugeben |
| 01854, 01855, OP der Kap. 31.2 und 36.2 | 5035 | OP-Schlüssel | Der operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben. |
| 11320, -X | 5002 und 5009 | Art der Unters. und freier Begr.-T. | Die Berechnung setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, und die Angabe der Art der Untersuchung (Gennummer, -name nach OMIM) und den Multiplikator ... voraus. |
| 11321, -X | | | |
| 11322, -X | | | |
| 11500 | 5002 oder 5009 | Art der Unters. oder freier Begr.-T. | Die Berechnung ... setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, voraus. |
| 17310 | 5015 (*) | Organ | ...unter Angabe der/ des untersuchten Organe/-s |
| 19320 (-A, -K) | 5002 oder 5009 | Art der Unters. oder freier Begr.-T. | ...unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur |
| 19321 (-A, -K) | | | ...unter Angabe der Art des Rezeptors |
| 30720 | | | ...nur bei Angabe des betr. Nerven o. Ganglions ... |

| | | | |
|---|---|--|--|
| 30706 | 5016 oder 5009 | Name d. Arztes oder fr. Begr.-T. | Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte dürfen die GOP unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortl. Arztes berechnen. |
| GOP des Abschn. 31.4. | 5034 | OP-Datum | Der die GOP des Abschnitts 31.4. abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren. |
| 32182 | 5002 (*) | Art der Unters. | ... unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung |
| 32195, 32198, 32208, 32227, 32246, 32262, 32294, 32313, 32337, 32346, 32361, 32381, 32405, 32416, 32455, 32475, 32505, 32527, 32555, 32641, 32664, 32707, 32791 | <i>bei Diagn. außer „UUU“</i> 5002 oder 5009 <i>bei Diagn. „UUU“</i> 5002 und 5009 | Art der Unters. oder freier Begr.-Text Art d. Unters. und freier Begr.-Text | " Ähnliche Untersuchungen " können nur dann abgerechnet werden, wenn dies die entspr. Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige GOP vorhanden ist. Anzugeben ist dabei (je nach Art der Untersuchung): - die Art der Untersuchung - der Faktor - die Substanz(en) oder Substanzgruppe - der Antikörper - die Antikörperspezifität - der Krankheitserreger - das Antigen Die Berechnung ... setzt die Begründung der med. Notwendigkeit der jeweiligen Unters. im Einzelfall voraus. (D.h. Angabe einer Diagnose anstelle „UUU“ <u>oder</u> bei Diagnose „UUU“ zusätzliche Begründung der med. Notwendigkeit in FK 5009) (Zum Teil kann davon abweichend die Begründung der med. Notwendigkeit der jeweiligen Unters. im Einzelfall entfallen - siehe Anmerkung zur entspr. GOP im EBM). |
| 32292, 32293, 32305, 32306, 32307, 32311 | 5002 (*) | Art der Unter- suchung | ... unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n) |
| 32283, 32314, 32476, 32571, 32681 | | | ... unter Angabe der Art der Untersuchung |
| 32430 | | | ... unter Angabe der Art des Proteins |
| 32541, -V 32542, -V | | | ... unter Angabe der Art des Antigens |
| 32642 | | | ... unter Angabe des Antikörpers |
| 32680, 32685, 32686, 32700 | | | ... unter Angabe des Antigens |
| 32687 | | | ... unter Angabe d. Art d. Untersuchungsmaterials |
| 32725 - 32727 | | | ... unter Angabe der Materialart |
| 32748 | | | ... unter Angabe des Krankheitserregers |
| 32749 | | | ... unter Angabe des Toxins |

| | | | |
|--|----------|-------------------------------|--|
| 34281 | 5009 | freier Begründungs-Text | ... kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnost. Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungs-Ausweis zu dokumentieren. |
| 34492 | | | ... kann nur mit Begründung 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 Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen 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 | 5034 | OP-Datum | Bei Abrechnung der Nrn. 92658A u. 92658B ist das Datum der Operation in der FK 5034 einzutragen. |
| 92658B | | | |
| 96501 | 5002 (*) | Art der Unters. | ... unter Angabe der Therapieform ... |
| 96502 | 5002 (*) | Art der Unters. | ... unter Angabe d. verwendeten Medikaments ... |
| 96503 | | | |
| 96505 | | | |
| 96508 | 5002 (*) | Art der Unters. | ... von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „ Kiefernekrosen “ ... |
| 98205A | 5009 | freier Begr.-Text | ... nur mit Angabe des Datums der Zweiteinschreibung ... |
| 98215A | | | |
| 99350D | 5009 | freier Begr.-Text | ... unter Angabe von „ Neu-Manifestation “ als Begründung i. R. der erstmaligen Diagnostik ... |
| 99360D | | | |
| 99999 | 5011 | Sachkosten-Bezeichn. | Sachkostenbezeichnung (Buchstabe) zur Nr. 99999 gem. „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise) |
| | 5012 | Sach- / Materialkosten (Cent) | Rechnungsbetrag 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 / Nr. / EBM-Abschn. | Feld-Kennung | Feld-Bezeichnung | Begründung |
|--|--------------|--|---|
| Besuch(e), Visite(n), Schwestern- besuch, 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 d. Präambel zum Abschn. 1.4 (Nr. 2) EBM - eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderl.</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 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 Kapitel 31 oder 36 EBM ist eine Ausnahmeindikation anzugeben (z.B. „nicht narkosefähig“ oder „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 |
| 31101 / 36101 | 5036 | GNR als Begründung | Die GOP ... |
| 31221 / 36221 | | | 02300, 02301, 02302 bzw. 10340, 10341, 10342 |
| 31231 / 36231 | | | 15321, 15322, 15323 |
| 31271 / 36271 | | | 09351, 09360, 09361, 09362 |
| 31321 / 36321 | | | 26350, 26351, 26352 |
| | | | 06350, 06351, 06352 ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollend. 12. Lebensjahr 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 | 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 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 nebeneinander nur mit besonderer Begründung berechnungsfähig. |
| 40870 | 5009 | freier Begründungs-Text | ... in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach den GOP 01410 bis 01413 ber.-fähig. |
| 40872 | | | ... in begründetem Einzelfall neben Besuchen nach d. GOP 01410 - 01413 und 01415 ber.-fähig. |
| 88895 | 5009 | freier Begründungs-Text | ... unter Angabe einer besonderen Begründung , wenn die sozialpsychiatrische Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten fortgesetzt wird |

* 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 / Abr.-Nrn. der Verträge | Feld- Kennung | Feldbezeichnung | Begründung |
|--|------------------|--------------------------------------|--|
| 01422, 01424, Leistungen des Abschnitts 1.7.4 EBM „Mutterschaftsvorsorge“ (01770 bis 01816), 04433/ -I, 07345, 08345, 09345, 10345, 10350, 13435/ -I, 13675/ -I, 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 34600 | 6001 | ICD-Code | Die Angabe der Diagnose 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 | |
| Abr.-Nrn. der Verträge: Diabetes-Vereinbarung Sachsen DMP's: Diabetes mellitus Typ 2 Diabetes mellitus Typ 1 KHK | 3673 | Dauerdiagnose (ICD-Code) | |
| Asthma bronchiale COPD Brustkrebs Tonsillotomie PsycheAktiv Sachsen RheumaAktiv Sachsen UlzeraCvi Sachsen | 3674 | Diagnosensicherheit Dauerdiagnose | |

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