



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**21. Lieferung  
Austauschseiten**

**Stand 01.07.2009**

**Beilage zu den KVS-Mitteilungen 9/2009**

## Anleitung zum Einordnen der Austauschseiten

## Anleitung zum Einordnen der 21. Lieferung von Austauschseiten

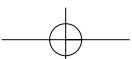
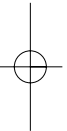
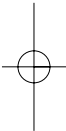
<b>Hinweis: Bitte beiliegende Seite(n) austauschen</b>
--

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
<b>2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN</b>			
2.3 Seiten 3-6	2	2.3 Seiten 3-6	2
2.4 Seiten 1-4	2	2.4 Seiten 1-2	1
2.5 Seiten 1-2	1	2.5 Seiten 1-2	1
2.8 Seiten 5-6	1	2.8 Seiten 5-6	1
---	---	2.9 Seiten 5-6	1
2.11 Seiten 1-2	1	2.11 Seiten 1-2	1
2.13 Seiten 1-2	1	2.13 Seiten 1-2	1
<b>3. Teil VORSTANDSBESCHLÜSSE</b>			
Seiten 1-6	3	Seiten 1-6	3
<b>5. Teil SONSTIGES</b>			
5.3 Seiten 1-6	3	5.3 Seiten 1-6	3
5.6 Seiten 1-4	2	5.6 Seiten 1-2	1
<b>SUMMEN:</b>	<b>17</b>		<b>16</b>



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**Stand 01.07.2009**



### 2.3.2 Onkologievereinbarung gem. § 73a SGB V mit der AOK PLUS, ab 01.01.2008

#### 1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.01.2008

#### 2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.07.2009

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

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

Durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten nach diesem Vertrag bestehen für den onkologisch verantwortlichen Arzt erhöhte zeitliche, fachliche, strukturelle und personelle Anforderungen, insbesondere auch in dem Bereich der Sicherung und Steigerung der Qualität bei der Behandlung krebskranker Patienten. Diesem Umstand wird durch die Zahlung einer zusätzlichen Vergütung nach dieser Vereinbarung Rechnung getragen.

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

**Berechtigt zur Teilnahme an diesem Vertrag sind:**

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

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

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

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

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

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

**Versorgungsebene 1****96500 Behandlung florider Hämoblastosen**einmal je Behandlungsfall, **AOK** ..... **15,00 EUR**

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

**96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie**einmal je Behandlungsfall, **AOK** ..... **15,00 EUR**

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

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

**96502 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie**einmal je Behandlungsfall, **AOK** ..... **20,00 EUR**

- Die Nr. 96502 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96503 und 96505 berechnungsfähig.
- Die Nr. 96502 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten Medikaments<sup>1)</sup> (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.

**96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatifusionstherapie**einmal je Behandlungsfall, **AOK** ..... **10,00 EUR**

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

- 96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden, einmal je Behandlungsfall, AOK ..... 25,00 EUR**
- Die Nr. 96508 ist von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „Kiefernekrosen“ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
  - Die Nr. 96508 ist nur berechnungsfähig bei Anwendung von Chlodron- oder Pamidronsäure.
  - Die Nr. 96508 ist im Behandlungsfall nicht neben der Nr. 96507 berechnungsfähig.

### Versorgungsebene 2

- 96503 Intravasale zytostatische Tumorthherapie einmal je Behandlungsfall, AOK ..... 160,00 EUR**
- Die Nr. 96503 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96501, 96502 und 96505 berechnungsfähig.
  - Die Nr. 96503 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten Medikaments<sup>1)</sup> (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
- 96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung (entspr. Leistungslegende der GOP 13500 EBM) und/oder bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxizitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung (entspr. Leistungslegende der GOP 13502 EBM) einmal je Behandlungsfall, AOK ..... 15,00 EUR**
- Bei Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung und bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxizitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung ist die Nr. 96504 zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
  - Die Nr. 96504 ist nur von gynäkologischen Onkologen berechnungsfähig.
- 96505 Orale zytostatische Chemotherapie einmal je Behandlungsfall, AOK ..... 60,00 EUR**
- Die Nr. 96505 ist im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96501, 96502 und 96503 berechnungsfähig.
  - Die Nr. 96505 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten Medikaments<sup>2)</sup> (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
- 96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Thrombozytenkonzentraten einmal je Behandlungstag, AOK ..... 40,00 EUR**

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

<sup>2)</sup> Das verwendete Medikament muss in der Liste oraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein.

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

**2.3.3 Onkologievereinbarung gem. § 73a SGB V mit d. Ersatzkassen, ab 01.07.2009**

**86502 Onkologische Behandlung einer Hämoblastose**  
gemäß § 3 Abs. 1 - 3,  
**je Behandlungsfall**  
**E-GO ..... 23,00 EUR**

**86503 Onkologische Behandlung solider Tumoren**  
gemäß § 3 Abs. 1 - 3,  
**je Behandlungsfall**  
**E-GO ..... 23,00 EUR**

**86504 Intrakavitäre (intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal) zytostatische Tumorthapie**  
gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.4,  
**je Behandlungsfall**  
**E-GO ..... 23,00 EUR**

**86505 Intravasale (intravenös, intraarteriell) zytostatische Chemotherapie** gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.1 bzw. 4.2,  
**je Behandlungsfall**  
**E-GO ..... 120,00 EUR**

- Für alle Kostenträger nach E-GO berechnungsfähig.
- Genehmigung gemäß Onkologievereinbarung erforderlich.
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Für die Nrn. 86504 und 86505 sind die Angaben der Diagnose und der verwendeten Arzneimittel erforderlich.
- Die Nrn. 86502 bis 86505 werden pro Behandlungsfall nur an einen onkologisch verantwortlichen Arzt bezahlt.  
Wird der Patient an einen anderen onkologisch verantwortlichen Arzt mit der Maßgabe überwiesen, dass dieser die Behandlung und Betreuung übernimmt, hat der überweisende Arzt den Arzt, an den überwiesen wurde, auf seiner Abrechnung anzugeben. (Die Aufteilung der Kosten hat im Innenverhältnis zu erfolgen.)
- Aus gegebenem Anlass weist der Vorstand der KV Sachsen darauf hin, dass die Nrn. 86502 bis 86505 nur berechnungsfähig sind, wenn die koordinierende Gesamtbetreuung eines onkologischen Patienten i. S. des Begriffs des „onkologisch verantwortlichen Arztes“ (gem. § 2) der Onkologie-Vereinbarungen erfolgt.  
Ausschlaggebend für die Abrechnung der Nrn. 86502 bis 86505 ist die Supervision des gesamten Falles mit Planung und Durchführung der Therapie, Dokumentation, Koordination anderer Fachgebiete, Erfassung und Behandlung von Nebenwirkungen etc.

## 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Diese Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband tritt am 01.07.2009 in Kraft und ersetzt als bundesmantelvertragliche Anschlussregelung (Anlage 11 zu den Bundesmantelverträgen) die bestehenden regionalen Vereinbarungen.

Die Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Die sozialpsychiatrische Behandlung ist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten aufzunehmen, zu einem späteren Zeitpunkt begonnene Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. Die Fortführung einer solchen sozialpsychiatrischen Behandlung nach dieser Vereinbarung über die Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten hinaus ist nur unter Angabe einer besonderen Begründung möglich.

**Teilnahmeberechtigt** sind Ärzte, die die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater erworben haben sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit entsprechender Qualifikation, d.h. mit mind. zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn sie die in den §§ 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllen und sich gegenüber der KV Sachsen verpflichten, eine qualifizierte sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sinne dieser Vereinbarung sicher zu stellen.

Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten und hierdurch – zusätzlich zu den in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungs- und verordnungsfähigen Leistungen – die in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sicherstellen.

Weitere Anforderungen für die interdisziplinäre psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Zusammensetzung des Praxisteam, räumliche Anforderungen, kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten, ...) sind in den §§ 3 und 4 dieser Vereinbarung detailliert beschrieben.

**Voraussetzung für die Teilnahme** an dieser Vereinbarung ist ein entspr. Antrag an die KV Sachsen, welchem die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen (gem. § 3) sowie eine Erklärung über die Erfüllung der aufgeführten Anforderungen sowie der Sicherstellung einer umfassenden sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von ihm betreuten Patienten beizufügen sind.

Ärzte, die bereits an bisherigen regionalen Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen teilnehmen, können auf Grundlage einer formlosen schriftlichen Erklärung gegenüber der KV Sachsen, dass sie die Voraussetzungen zur Teilnahme an dieser Vereinbarung erfüllen, ohne erneutes Antragsverfahren zur Teilnahme an dieser Vereinbarung zugelassen werden.

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

---

**Zur Erstattung des besonderen Aufwands**, welcher i. R. der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit deren multiprofessionellen Betreuung nach Maßgabe dieser Vereinbarung verbunden ist, wird dem teilnehmenden Arzt zusätzlich zu den nach EBM abrechnungsfähigen Leistungen je Behandlungsfall eine Kostenpauschale in Abhängigkeit von der Anzahl der im Quartal erbrachten Behandlungsfälle vergütet (gemäß Anlage 2).

Soweit die Zahl der erbrachten Behandlungsfälle je Praxis im Quartal 400 Behandlungsfälle nicht übersteigt, gelten für diese Kostenpauschale folgende gestaffelte Vergütungen:

**88895 Kostenpauschale für den besonderen Aufwand** (gem. § 6 Abs. 2),  
**je Behandlungsfall**

- für den **1. bis 350. Behandlungsfall** (BMÄ / E-GO) ..... **163,00 EUR**
- **ab dem 351. bis 400. Behandlungsfall** (BMÄ / E-GO) ..... **122,25 EUR**

- Diese Obergrenze von 400 Behandlungsfällen im Quartal kann aus Gründen d. Sicherstellung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern u. Jugendlichen durch die KV Sachsen und die Landesverbände der Krankenkassen und die Ersatzkassen gemeinsam modifiziert werden.
- Für jeden weiteren sozialpsychiatrisch zugelassenen Arzt, der in der Praxis tätig ist, erhöhen sich die Fallzahlgrenzen der Behandlungsfälle um 80 vom Hundert.
- Auf nicht vollzeitig tätige Ärzte gelten die genannten Obergrenzen sowie deren Erhöhung anteilig entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges.
- Für **alle Versicherten nach BMÄ bzw. E-GO** berechnungsfähig.
- **Genehmigung** gemäß o. g. Vereinbarung **erforderlich**.
- Nur **einmal pro Behandlungsfall** berechnungsfähig.
- Voraussetzung sind **mind. drei Patienten-Kontakte im Behandlungsfall**, d.h.
  - \* mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt  
(Kennzeichnung: Versicherten-/ Grundpauschale oder Nr. 99990),
  - \* und mindestens ein SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt  
(Kennzeichnung: Abrechnung der Nr. 99990M),
  - \* und ein dritter Patienten-Kontakt, entweder als  
Arzt-Patienten- oder Arzt-Eltern- oder SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt  
(Kennzeichnung: Abrechnung von Leistungen o. Nr. 99990 o. Nr. 99990M).
- Voraussetzung für die Vergütung der Kostenpauschale ist die Bestätigung, auch unter Angabe der Diagnose, dass bei dem betreffenden Patienten eine psychische Erkrankung, Behinderung oder Konfliktsituation mit fortgesetztem Interventionsbedarf unter Einbeziehung komplementärer Dienste vorgelegen hat.

Der teilnehmende Arzt hat den Patienten bzw. dessen Eltern vor Aufnahme der Behandlung zu befragen, ob bereits eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird und das Ergebnis dieser Befragung zu dokumentieren. Ergibt die Befragung eine solche bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung, besteht vor deren Beendigung kein Anspruch auf eine Versorgung und Vergütung i. R. dieser Vereinbarung.

## 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten

### 2.5.1 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von amb. Katarakt-Operationen (Katarakt-Vereinbarung) mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.04.2009

Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2009 in Kraft und ersetzt die vom 01.01.1999, die Nachträge dazu vom 19.03.1999 u. 23.06.2004 sowie die Protokollnotiz vom 02.06.1999.

Gegenstand der Vereinbarung ist die Vergütung und Abgeltung der im Zusammenhang mit ambulanten Katarakt-Operationen entstehenden Sachkosten für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung im Freistaat Sachsen.

Die teilnehmenden zugelassenen oder angestellten Vertragsärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung entspr. ambulanter Operationen durch die KV Sachsen erhalten haben, garantieren die notwendigen räumlichen, apparativ technischen und hygienischen Standards, um eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung zu gewährleisten.

**Die Krankenkassen vergüten** zur Abgeltung der Sachkosten bei ambulanten Katarakt-Operationen **je implantierte Intraokularlinse** einschl. der Kosten für notwendiges visko-chirurgisches Material (Viskoelastika) sowie der MWSt. nachfolgende Gesamtpauschalen:

<b>99102 Sachkostenpauschale PMMA-Linse</b> (bzw. nicht faltbare Linsen) .....	<b>120,00 EUR</b>
<b>99103 Sachkostenpauschale Silikonlinse</b> .....	<b>180,00 EUR</b>
<b>99104 Sachkostenpauschale Acryllinse</b> (bzw. faltbare Linsen) .....	<b>210,00 EUR</b>
<b>99105 Sachkostenpauschale Einmalschlauchsystem und Einmalartikel</b> zusätzlich zu Nrn. 99102, 99103, 99104, <b>je implantierter Intraokularlinse</b> , einschl. aller Einmalprodukte (z. B. Einmaloperationsbestecke, Spülkassetten) .....	<b>73,00 EUR</b>

- für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig
- jeweils nur zweimal pro Behandlungsfall berechnungsfähig
- nur im Zusammenhang mit dem intraokularen Eingriff berechnungsfähig
- Nr. 99105 nur im zeitlichen Zusammenhang mit den Nrn. 99102, 99103 oder 99104

Ist im Einzelfall eine Sonderlinse oder ein Kapselspannung medizinisch notwendig, können diese Sachkosten unter Angabe der Begründung mit der zuständigen Krankenkasse in nachgewiesener Höhe gesondert abgerechnet werden.

Die Abrechnung der Kosten für die implantierte Intraokularlinse sowie für Viskoelastika erfolgt in diesem Fall mit der zuständigen Krankenkasse. Eine zusätzliche Abrechnung über die KV Sachsen ist nicht möglich.

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

**2.5.2 Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der ambulanten Durchführung von Apheresen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen**

1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 1. April 2006
2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 1. Januar 2008
3. Protokollnotiz mit Wirkung ab 1. Juli 2007

**99180 Kostenpauschale LDL-Apherese, je Behandlung**

..... ab 01.07.04 ..... 985,00 EUR

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- Genehmigung gemäß o. g. Vereinbarung erforderlich.
- Je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtig gemäß § 3 der Vereinbarung.
- Nur im zeitlichen Zusammenhang mit den GOP 04572, 13620 oder 13622\* einmal je Behandlung berechnungsfähig.

\* Die Sachkostenpauschale 99180 kann auch im Zusammenhang mit der ab 01.04.2009 neuen Gebührenordnungsposition 13622 „Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese ... , bei isolierter Lp(a)-Erhöhung“ abgerechnet werden. Eine entspr. Anfrage der KV Sachsen wurde durch die Landesverbände der Krankenkassen/Verband der Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) vom 18.06.2009 bestätigt.

**99181 ~~Kostenpauschale Apherese bei rheumatoider Arthritis, je Behandlung~~**..... ab 01.07.04 ..... ~~2.218,37 EUR~~

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- Genehmigung gemäß o. g. Vereinbarung erforderlich.
- Je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtig gemäß § 3 der Vereinbarung.
- Nur im zeitlichen Zusammenhang mit den GOP 04573 oder 13621 einmal je Behandlung berechnungsfähig.

Gemäß der 3. Protokollnotiz zur o.g. Vereinbarung ist die **Sachkostenpauschale 99181 seit 01.07.2007 nicht mehr abrechenbar**, da die einzige für die Immunapherese bei rheumatoider Arthritis zugelassene Immunadsorptionssäule Prosorba® unter Berücksichtigung der maximal zulässigen Lagerdauer von einem Jahr seit 1. Juli 2007 nicht mehr verfügbar ist.

Die EBM-GOP 04573 und 13621 sind bis zur Markteinführung einer für die Immunapherese bei rheumatoider Arthritis zugelassenen Immunadsorptionssäule nicht mehr abrechenbar.

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

---

- Die Leistungen nach den Nrn. 99190P, 99190Q und 99190H sind nur durch Pathologen sowie Dermatologen mit histopathologischer Weiterbildung (i.S. des § 3 Abs. 1 Satz 2) berechnungsfähig.
- Der Pathologe trägt die Ergebnisse seiner histologischen Untersuchung auf dem rechten Teil des Untersuchungsbogens ein und sendet das Original sowie den Durchschlag des Untersuchungsbogens an den Dermatologen zurück.
- Mit den Leistungen nach den Nrn. 99190P, 99190Q und 99190H sind die histologische Untersuchung, deren Dokumentation und die Weiterleitung an Herrn Prof. Sebastian abgegolten.

Notwendige Exzisionen sowie die pathologischen Untersuchungen nach dieser Vereinbarung können noch ein Quartal nach Vollendung des 35. Lebensjahres des Versicherten erbracht und abgerechnet werden, wenn das Hautscreening kurz vor Vollendung des 35. Lebensjahres erbracht wurde.

Die Einreichung der Abrechnungsunterlagen an die jeweilige Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen erfolgt im Rahmen der Quartalsabrechnung.

Die **Untersuchungsbögen** sind (im Original) ebenfalls mit der Abrechnung bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen einzureichen. Der Durchschlag des verbleibt in der Patientenakte des Dermatologen.

Ein Anfügen der Untersuchungsbögen an die jeweiligen Behandlungsausweise bei manuell abrechnenden Ärzten ist nicht erforderlich. Das bedeutet, dass die Untersuchungsbögen getrennt von den Abrechnungsunterlagen in einem verschlossenen Umschlag bei der KV Sachsen einzureichen sind.

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

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

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

Die AOK PLUS vergütet die o.g. ärztlichen Leistungen zusätzlich zur budgetierten Gesamtvergütung.

Für Behandlungsfälle mit ausschließlich Leistungen nach dieser Vereinbarung ist keine Praxisgebühr einzuziehen.

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

---

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

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

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

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

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

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

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

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

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

**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**  
(Minstdauer 40 Minuten)

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

- nur für Versicherte der SECURVITA BKK
- innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar
- ist eine Erstanamnese bereits erfolgt, ist diese Leistung in den Folgejahren nur bei medizin. Indikation (z.B. bei Diagnoseänderung) abrechenbar

**81202 Repertorisation**  
(BMÄ, nur SECURVITA BKK) ..... **20,00 EUR**

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

**81203 Homöopathische Analyse**  
(BMÄ, nur SECURVITA BKK) ..... **20,00 EUR**

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

**Homöopathische Folgeanamnese**

**81204 ... Minstdauer 30 Minuten (BMÄ, nur SECURVITA BKK) ... 45,00 EUR**  
(höchstens einmal pro Quartal abrechnungsfähig)

**81205 ... Minstdauer 15 Minuten (BMÄ, nur SECURVITA BKK) ... 22,50 EUR**  
(höchstens zweimal pro Quartal abrechnungsfähig)

Die Nrn. 81204 und 81205 sind berechnungsfähig:

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

**81206 Homöopathische Beratung**  
(BMÄ, nur SECURVITA BKK) ..... **10,00 EUR**

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

Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, darüber hinaus für homöopathische Leistungen eine privatärztliche Vergütung von dem Patienten zu verlangen.

## 2.11 Impfvereinbarungen

### 2.11.1 Impfvereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2008

1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 1. Juli 2008

2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 11. Februar 2009

Impfungen	Für die ersten Dosen eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie		Für die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation		Für die Auffrischungsimpfung	
	Abr.-Nr. <sup>1)</sup>	Pauschale	Abr.-Nr. <sup>1)</sup>	Pauschale	Abr.-Nr. <sup>1)</sup>	Pauschale
<b>Diphtherie (Standardimpfung)</b> • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89100A	5,20 €	89100B	5,20 €	89100R	5,20 €
<b>Diphtherie</b> • sonstige Indikationen	89101A	5,20 €	89101B	5,20 €	89101R	5,20 €
<b>Frühsummermeningo-Enzephalitis (FSME)</b>	89102A	5,20 €	89102B	5,20 €	89102R	5,20 €
<b>Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung)</b> • Säuglinge und Kleinkinder	89103A	5,20 €	89103B	5,20 €		
<b>Haemophilus influenzae Typ b</b> • sonstige Indikationen	89104A	5,20 €	89104B	5,20 €		
<b>Hepatitis A</b>	89105A	5,20 €	89105B	5,20 €	89105R	5,20 €
<b>Hepatitis B (Standardimpfung)</b> • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	89106A	5,20 €	89106B	5,20 €		
<b>Hepatitis B</b> • sonstige Indikationen	89107A	5,20 €	89107B	5,20 €	89107R	5,20 €
<b>Hepatitis B (Dialysepatienten)</b>	89108A	5,20 €	89108B	5,20 €	89108R	5,20 €
<b>Humane Papillomaviren (HPV)</b> • Mädchen und weibl. Jugendliche 12 - 17 Jahre	89110A	5,20 €	89110B	5,20 €		
<b>Influenza (Standardimpfung)</b> • Personen über 60 Jahre	89111	6,00 €				
<b>Influenza</b> • sonstige Indikationen	89112	6,00 €				

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

<b>Masern (Erwachsene)</b>	<b>89113</b>	<b>5,20 €</b>				
<b>Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)</b> • Kinder	<b>89114</b>	<b>5,20 €</b>				
<b>Meningokokken</b> • sonstige Indikationen	<b>89115A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89115B</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89115R</b> 2)	<b>5,20 €</b>
<b>Pertussis (Standardimpfung)</b> • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>89116A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89116B</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89116R</b>	<b>5,20 €</b>
<b>Pertussis</b> • sonstige Indikationen	<b>89117A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89117B</b>	<b>5,20 €</b>		
<b>Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung)</b> • Kinder bis 24 Monate	<b>89118A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89118B</b>	<b>5,20 €</b>		
<b>Pneumokokken Polysaccharidimpfstoff (Standardimpfung)</b> • Personen über 60 Jahre	<b>89119</b>	<b>5,20 €</b>				
<b>Pneumokokken</b> • Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit	<b>89120</b>	<b>5,20 €</b>			<b>89120R</b>	<b>5,20 €</b>
<b>Poliomyelitis (Standardimpfung)</b> • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>89121A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89121B</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89121R</b>	<b>5,20 €</b>
<b>Poliomyelitis</b> • sonstige Indikationen	<b>89122A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89122B</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89122R</b> 2)	<b>5,20 €</b>
<b>Röteln (Erwachsene)</b>	<b>89123</b>	<b>5,20 €</b>				
<b>Tetanus</b>	<b>89124A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89124B</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89124R</b>	<b>5,20 €</b>
<b>Varizellen (Standardimpfung)</b> • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	<b>89125A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89125B</b>	<b>5,20 €</b>		
<b>Varizellen</b> • sonstige Indikationen	<b>89126A</b>	<b>5,20 €</b>	<b>89126B</b>	<b>5,20 €</b>		

## 2.13 Wegegeldregelungen

### 2.13.1 Wegepauschalen im Bereich der KV Sachsen, ab 01.01.2008

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

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

In der folgenden Tabelle finden sich die neuen Abrechnungsnummern:

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

- Die **KV Sachsen setzt** zu jeder o.g. Wegepauschale **folgende Zuschläge zu:**
  - ... **im organisierten Notfalldienst** (Scheinuntergruppe 41) 6,00 €<sup>\*)</sup>
  - ... **im organisierten Notfalldienst mit** (durch die KV organisierten)  
**zentralem Fahrdienst** (Scheinuntergruppe 46) 5,00 €<sup>\*)</sup>

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

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

---

- Für **Fahrten im Rahmen des** von der KV Sachsen **organisierten Notfalldienstes (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst) mit zentralem Fahrdienst** (Scheinuntergr. 46) sind die **Wegepauschalen mit Buchstaben zu kennzeichnen**, dabei gelten folgende Kennzeichnungen für den Fahrdienst:
  - > Zentraler Fahrdienst **Stadt Leipzig:** „A“
  - > Zentraler Fahrdienst **Dresden-Freital-Radebeul** „B“
  - > Zentraler Fahrdienst **Pirna** „C“
  - > Zentraler Fahrdienst **Dippoldiswalde** „D“
  
- **Organisierter Notfalldienst mit eigenem PKW:** Wegepauschale ohne Kennzeichnung

- **Organisierter Notfalldienst mit privat organisierten Fahrdiensten:**  
 Zur Abrechnung der Zuschläge für Fahrten im org. Notfalldienst bzw. kassenärztlichen Bereitschaftsdienst mit privat organisierten Fahrdiensten benötigen Sie eine besondere Genehmigung der KV Sachsen.  
 Bitte beachten Sie die gesonderte Kennzeichnung der Zuschläge für diesen Fahrdienst, die Ihnen mit der Erteilung der Genehmigung bekannt gegeben wird.

- Außerdem gilt

### **im ambulanten Bereich:**

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

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

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

### **im belegärztlichen Bereich:**

Die Berechnung von Visiten ist im § 2 der ab 01.01.2009 geltenden „Vereinbarung über die Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit (belegärztlichen Behandlung)“ geregelt.

Darin heißt es (gemäß Absatz 2):

„Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten kann der Belegarzt die Leistungen nach der GO-Nr. 01414 EBM oder bei Erfüllung der Voraussetzungen die GO-Nr. 01100 oder 01101 oder 01412 je Betriebsstätte einmalig berechnen.“

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

**„Nur bei Erfüllung der Voraussetzungen der GO-Nrn. 01100 bzw. 01101 kann jeweils die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld angesetzt werden.“**

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

#### 4. Teil Vorstandsbeschlüsse

---

### 3.1 Angabe der Uhrzeit im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst)

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

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

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

### 3.2 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

#### Abrechnung der Nr. 13250 (Ganzkörperstatus u.a.) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.07.09

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

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

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

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

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

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

### 3. Teil Vorstandsbeschlüsse

---

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

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

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

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

#### **3.5 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, 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.

### 3. Teil Vorstandsbeschlüsse

---

#### 3.6 Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarungen, ab 01.07.97

Aus gegebenem Anlass weist der Vorstand der KV Sachsen darauf hin, dass die Nrn. der Onkologie-Vereinbarungen nur berechnungsfähig sind, wenn die koordinierende Gesamtbetreuung eines onkologischen Patienten i. S. des Begriffs des „onkologisch verantwortlichen Arztes“ der Onkologie-Vereinbarungen erfolgt.

Ausschlaggebend für die Abrechnung dieser Nrn. ist **die Supervision des gesamten Falles** mit Planung und Durchführung der Therapie, Dokumentation, Koordination anderer Fachgebiete, Erfassung und Behandlung von Nebenwirkungen etc.

#### 3.7 Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen, ab 01.04.05

Nach den Impfvereinbarungen beinhalten Impfleistungen u. a. die Erhebung der Impfanamnese, einschl. Befragung über das Vorliegen von Allergien, und das Erfragen der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen. Wenn keine Diagnosen für kurative Leistungen angegeben wurden, sind Untersuchungen zur Feststellung der Impftauglichkeit nicht gesondert berechnungsfähig.

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist daher die Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfleistungen zur Feststellung der Impftauglichkeit ausgeschlossen.

Die Abrechnung neben Impfleistungen ist nur möglich, **wenn entsprechende Diagnosen angegeben wurden**. Untersuchungen bei der Impfung von Kleinkindern sind nicht gesondert berechnungsfähig.

#### 3.8 Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall, ab 01.07.96

Bei Schutzimpfungen im Verletzungsfall sind alle postexpositionellen Injektionen von Tollwut-Aktivimpfstoff, die Erstinjektion von Tetanus-Aktivimpfstoff sowie ggf. erforderliche Injektionen von Passivimpfstoffen mit der Grund- bzw. Versichertenpauschale abgegolten.

Wird jedoch gleichzeitig neben dieser Impfung eine weitere, rein präventive Impfung vorgenommen, z. B. gegen Diphtherie, kann diese lt. Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen nach der Impfvereinbarung abgerechnet werden.

Aus dem Behandlungsausweis muss eindeutig hervorgehen, **welche Impfungen** erbracht wurden bzw. **welche Impfstoffe** verwendet wurden.

### 3. Teil Vorstandsbeschlüsse

---

## 3.9 Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ab 01.01.96

Das Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich der Betreuung und Überwachung von Schwangerschaften, Geburten, ... sowie der Prä- und Perinatalmedizin.

Der Vorstand der KV Sachsen beschloss in Auslegung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, dass die Behandlung von Männern (außer bei Transsexuellen) auf deren Behandlungsausweis für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiterhin grundsätzlich fachfremd und damit nicht berechnungsfähig ist. **Das gilt auch bezogen auf regionale Vereinbarungen.**

Von dieser Regelung ausgenommen sind:

- sämtliche erbrachte Leistungen im Rahmen der Partnerbehandlung bei Infektionen des Genitaltraktes,
- erbrachte Leistungen im Zusammenhang mit der Mammographie und der Mammasonographie,
- Impfleistungen bei Männern lt. der entspr. Vereinbarung,
- regionale Vereinbarungen, in denen explizit die Fachgebietsgrenzen aufgehoben wurden; eine Abrechnung der Versicherten- bzw. Grundpauschale ist in diesen Fällen nicht möglich.

Die zu Lasten des Ehemannes berechnungsfähigen Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung sind im EBM abschließend geregelt.

Der Vorstand der KV Sachsen beschloss, dass **Akupunkturleistungen** bei Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe - auch bei Erbringung dieser Leistungen im Notfall - **ab 01.01.2010 nicht mehr berechnungsfähig** sind. Bereits begonnene Akupunkturleistungen sind bis Ende 2009 abzuschließen.

## 3.10 Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ab 01.01.96

Das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller Erkrankungen, Entwicklungsstörungen ... des Kindes von der Geburt bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie, Sozialpädiatrie und der Schutzimpfungen.

Daher ist die Behandlung Erwachsener (ab dem Alter von 18 Jahren) gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin weiterhin grundsätzlich fachfremd damit nicht berechnungsfähig.

**Das gilt auch bezogen auf regionale Vereinbarungen.**

### 3. Teil Vorstandsbeschlüsse

---

Besondere Ausnahmefälle, für die dieser Regelung nicht gilt:

- für einen eng befristeten Zeitraum nach dem 18. Geburtstag des Patienten zum Abschluss einer laufenden Behandlung bzw. zur ordnungsgemäßen Übergabe der Behandlung an den weiterbehandelnden Arzt,
- bei der Behandlung geistig behinderter Patienten, die langjährig in der Betreuung eines Kinderarztes sind, sofern dies der KV nachgewiesen wird und nicht im Einzelfall spezifische Facharztleistungen erbracht werden,
- Impfleistungen für Mütter oder Väter auf Vertreterschein, wenn bei Mutter oder Vater die gleiche Impfung wie beim Kind vorgenommen wird,
- regionale Vereinbarungen, in denen explizit die Fachgebietsgrenzen aufgehoben wurden; eine Abrechnung der Versicherten- bzw. Grundpauschale ist in diesen Fällen nicht möglich.

Der Vorstand der KV Sachsen beschloss, dass **Akupunkturleistungen** bei Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin - auch bei Erbringung dieser Leistungen im Notfall - **ab 01.01.2010 nicht mehr berechnungsfähig** sind. Bereits begonnene Akupunkturleistungen sind bis Ende 2009 abzuschließen.

#### 3.11 Belegarzt-Vergütung, ab 01.01.09

Für die stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Tätigkeit gilt die mit Wirkung ab 1. Januar 2009 mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen geschlossene „Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)“ mit den darin aufgeführten Vergütungssätzen für belegärztliche Leistungen (gem. § 3) sowie weiteren Regelungen.

Vertragsdetails finden Sie im Internet auf der Homepage der KV Sachsen (<http://www.kvs-sachsen.de>) unter „Mitglieder“ > „Verträge“ > „B“ > „Belegarztvertrag 2009“.

#### 3.12 Berechtigungsprüfung im Rahmen des Notfall- und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes

Auch im Notfall und im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst dürfen nur die berechnungspflichtigen Leistungen erbracht werden, für die der jeweilige Arzt eine Genehmigung besitzt. Dies betrifft insbesondere Leistungen, die eine kontinuierliche Betreuung von Patienten fordern, die so, ohne Vorhalten der entsprechenden Berechtigung, im Notfall nicht gewährleistet werden kann.

### 3. Teil Vorstandsbeschlüsse

---

### 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 GO-Nrn. 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 <b>Arztabrechnungs-Nr. oder der Name des Hausarztes</b> ... anzugeben.
01741, 01741M	5040	Patienten-Nr. (EDV) des FEK-Bogens	<b>Patientennummer</b> des Dokumentationsbogens, seit 01.07.2006 anzugeben
01854, 01855, OP der Kap. 31.2 und 36.2	5035	OP-Schlüssel	Der <b>operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren</b> und auf dem Behandlungsschein anzugeben.
17310	5015 (*)	Organ	...unter Angabe der/ des <b>untersuchten Organe/-s</b>
19320 (-A, -K)	5002 oder 5009	Art der Untersuchung	...unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur
19321 (-A, -K)		freier Begründungs-Text	...unter Angabe der Art des Rezeptors
30720		Die GOP 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder Ganglions berechnungsfähig.	
30706	5016 oder 5009	Name d. Arztes oder freier Begr.-T.	Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte dürfen die GOP unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortl. Arztes berechnen.
GOP des Abschnitts 31.4.	5034	OP-Datum	Der die GOP des Abschnitts 31.4. abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein <b>das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes</b> zu dokumentieren.

## 5. Teil Sonstiges

32182, 32195, 32198, 32208, 32227, 32246, 32262, 32294, 32313, 32337, 32346, 32361, 32381, 32405, 32416, 32455, 32475, 32505, 32527, 32555, 32641, 32664, 32707, 32791	5002 (*)	Art der Untersuchung	"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, - die Erregerart und die Art der Färbung - der Faktor - die Substanz(en) oder Substanzgruppe - der Antikörper - die Antikörperspezifität - der Krankheitserreger - das Antigen
32292, 32293, 32305, 32306, 32307, 32311			... 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
Bereich VI, Präambel 2.1 z. Anhang 2, Nr. 5	5038	Komplikation	Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind <b>Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen</b> unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig.
Bereich VI, Präambel 2.1 zum 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.

## 5. Teil Sonstiges

86504	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe d. <b>verwendeten Medikaments</b> ...
86505			
88741	5009	freier Begründungstext	... <b>nur in besonders begründeten Ausnahmefällen bei Zugehörigkeit</b> des Patienten zu den über das RKI definierten <b>Risikogruppen</b> , wenn die Untersuchung entspr. der GOP 88740 nach den dort definierten Fristen nicht durchgeführt werden kann.
96501	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe der <b>Therapieform</b> ...
96502	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe d. <b>verwendeten Medikaments</b> ...
96503			
96505			
96508	5002 (*)	Art der Untersuchung	... von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „ <b>Kiefernekrosen</b> “ ...
99350D	5009	freier Begründungstext	... unter Angabe von „ <b>Neu-Manifestation</b> “ als Begründung i. R. der erstmaligen Diagnostik ...
99360D			
99999	5011	Sachkosten-Bezeichnung	Sachkostenbezeichnung ( <b>Buchstabe</b> ) zur Nr. 99999 gem. „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)
	5012	Sachkosten/ Materialkosten in Cent	<b>Rechnungsbetrag</b> zur Nr. 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)

## 5. Teil Sonstiges

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

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

## 5. Teil Sonstiges

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 <b>bis zum vollendeten 12. Lebensjahr</b> nach den (links) genannten GOP der Abschn. 31.2 bzw. 36.2 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Vorauss. gem. § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zu diesem Vertrag genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen des Abschn. 31.4 nicht ber.-fähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsregelungen der o.g. GOP entsprechend.
32030	5002 (*)	Art der Untersuchung	<b>Bei mehrfacher Berechnung</b> der GOP 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.
32760 bis 32765	5002 (*)	Art der Untersuchung	...nebeneinander nur berechnungsfähig, wenn es sich um verschiedene Bakterienarten handelt. <b>Die Anzahl der verschiedenen Bakterienarten</b> ist hinter jeder GOP anzugeben.
GOP der Abschnitte 34.4.1 - 34.4.6 und 34.4.7	5009	freier Begründungs-Text	GOP der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 und 34.4.7 sind <b>nebeneinander nur mit besonderer Begründung</b> berechnungsfähig.
40865	5002 (*)	Art der Untersuchung	... je Wirkstoff/ je Wirkstoffkombination im Behandlungsfall ... nur einmal berechnungsfähig. Eine <b>mehrfache Berechnung</b> ist <b>nur mit gesonderter Begründung</b> möglich.
40870	5009	freier Begründungs-Text	Die Kostenpauschale 40870 ist <b>in begründetem Einzelfall neben Besuchen</b> nach den GOP 01410 bis 01413 berechnungsfähig.
40872			Die Kostenpauschale 40872 ist <b>in begründetem Einzelfall neben Besuchen</b> nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 berechnungsfähig.
88740	5009	freier Begründungs-Text	... <b>sofern</b> aufgrund der Schwere der Erkrankung <b>die Befundmitteilung innerhalb von 48 Stunden nicht erfolgen kann</b>
88895	5009	freier Begründungs-Text	... unter Angabe einer <b>besonderen Begründung</b> , <b>wenn</b> die sozialpsychiatrische <b>Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres</b> des Patienten <b>fortgesetzt wird</b>

**Tabelle 3: Begründung/ Angabe in Pflichtfeldern notwendig**

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

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

## 5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung - Stand: 1. Quartal 2009

Leistungsgruppen (LG)-Repräsentant	Bezeichnung
Akupunkt	Schmerztherapie Akupunktur
amb.OP	Ambulante Operationen gemäß Beschluss Bewertungsausschuss
Amb_NS	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge
Anäst_53	Anästhesien aus Kapitel 5.3 EBM
Beleg_OP	Belegärztliche Leistungen Kap. 36 EBM
Bes.Inan	Besondere Inanspruchnahme
Diabetes	Diabetesvereinbarung
DialSach	Dialyse Sachkosten
DMP	DMP Brustkrebs, DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 (einschließlich augenärztliche Untersuchungen), DMP KHK
DringBes	Dringende Besuche
ESWL	Extrakorporale Stoßwellenlithotripsie
HausAZV	Hausarztzentrierte Versorgung
HeilMiZu	Zuzahlungen Heilmittel
HistZyto	Histologie/Zytologie (GOP 19319 bis 19312, 19331)
Impfen	Schutzimpfungen
IV_Baby	IV: Hallo Baby
IV_SBI	IV: Sächsische Brustkrebsinitiative
Kosten	Kosten (u. a. Sachkosten LHK, PTCA, Radionuklide, Linsen, Sklerosierungsnadeln, Mammographie-Screening, regionale Vereinbarungen, Hautscreening, Sozialpsychiatrie, Durchführungsvereinbarung Schwangerschaftsabbruch, Homöopathie)
KüBe	Künstliche Befruchtung
kurativ	nicht gesondert genannte EBM-Leistungen (u. a. Versicherten-/Grundpauschalen, Beratungs-/Betreuungsleistungen, Briefe, fachgruppenspezifische Leistungen, radiologische Leistungen)
Labor_P	Laborpauschalen
LaborBon	Wirtschaftlichkeitsbonus
LaborEUR	Laboranalytik
LZ_EKG	Auswertung Langzeit-EKG

## 5. Teil Sonstiges

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