



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

24. Lieferung Austauschseiten

Stand 01.04.2010

Beilage zu den KVS-Mitteilungen 5/2010

Anleitung zum Einordnen der 24. Lieferung von Austauschseiten

Hinweis: Bitte beiliegende Seite(n) austauschen

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1	Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1
1. Teil ZUZAHLUNGEN UND KENNZEICHNUNGEN			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
1.2 Seiten 1-2	1	1.2 Seiten 1-2	1
1.3 Seiten 1-2	1	1.1 Seiten 1-2	1
2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN			
2.0 Seiten 1-2	1	2.0 Seiten 1-2	1
2.3 Seiten 1-4	2	2.3 Seiten 1-4	2
2.7 Seiten 1-2	1	2.7 Seiten 1-2	1
2.8 Seiten 11-12	1	2.8 Seiten 11-12	1
2.9 Seiten 1-2	1	2.9 Seiten 1-2	1
2.9 Seiten 5-6	1	2.9 Seiten 5-6	1
2.11 Seiten 5-12	4	2.11 Seiten 5-14	5
2.14 Seiten 1-2	1	2.14 Seiten 1-2	1
2.14 Seiten 11-14	2	2.14 Seiten 11-14	2
2.15 Seiten 15-16	1	2.15 Seiten 15-16	1
2.16 Seiten 3-4	1	2.16 Seiten 3-4	1
5. Teil SONSTIGES			
5.5 Seiten 5-6	1	5.5 Seiten 5-6	1
5.6 Seiten 1-2	1	5.6 Seiten 1-2	1
SUMMEN:	23		24



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Stand 01.04.2010

Inhaltsverzeichnis

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

- 1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05
- 1.2 **Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.04.10**
- 1.3 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

2. Teil Regionale Vereinbarungen

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

3. Teil Vorstandsbeschlüsse

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

4. Teil Beschlüsse und Feststellungen

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

5. Teil Sonstiges

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

1. TEIL ZUZAHLUNGEN UND KENNZEICHNUNGEN

- 1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05
- 1.2 **Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.04.10**
- 1.3 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

1.2 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.04.2010

Nach § 32 Abs. 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel entsprechende Zuzahlungen zu leisten.

GO-Nr. <small>(lt. Codierungstabelle der KBV)</small>	Durch den Arzt vom Patienten einzubehaltende Zuzahlungsbeträge <small>PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG, BPOL</small>	Kennzeichnung bei Zuzahlungsbefreiung nur für u.g. Personenkreis
30300	1,49 EUR	30300A
30301	0,62 EUR	30301A
30400	0,78 EUR	30400A
30402	1,38 EUR	30402A
30410	1,14 EUR	30410A
30411	0,45 EUR	30411A
30420	1,14 EUR	30420A
30421	0,45 EUR	30421A

Von den Zuzahlungen befreit sind Versicherte:

- die das **18. Lebensjahr noch nicht vollendet** haben,
- die eine **gültige Bescheinigung** ihrer Krankenkasse **über Zuzahlungsbefreiung** vorlegen,
- **der folgenden Kostenträger:**

Sozialhilfeträger/Asylstellen/Jugendämter, Postbeamtenkrankenkasse A, Bundeswehr, Zivildienst, Heilfürsorge Polizei, Heilfürsorge Feuerwehr, Justizvollzugsanstalten, BVG, BEG.

Bei diesem Versichertenkreis sind die o. g. Leistungen mit „A“ zu kennzeichnen!

1.3 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

Gemäß § 27a Abs. 3 SGB V ist vor Beginn der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.

Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Ein 50%iger Eigenanteil ist vom Versicherten zu tragen.

Einzelheiten zur Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (wie z. B. Anzahl der Versuche, Altersgrenzen, Behandlungsplan) sind den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

Die gemäß Behandlungsplan erbrachten Leistungen müssen im direkten Zusammenhang mit der Künstlichen Befruchtung stehen und sind **durch alle in die Behandlung eingebundenen Ärzte** entsprechend zu kennzeichnen. Sie werden mit dem 50%igen Wert vergütet. Der verbleibende Anteil von 50 % ist dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

Nach Konsentrierung im Arbeitsausschuss des Bewertungsausschusses handelt es sich dabei um folgende Leistungen:

GO-Nr. - Wert 50 % (Zuzahlung)		
Maßnahmen nach:		
10.1 Insemination im Spontanzyklus	10.2 Insemination nach horm. Stimulation	10.3 IVF mit Embryotransfer
10.4 Intratubarer-Gameten-Transfer	10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	
01510X		
01511X		
01512X		
02100X		
02341X		
05310X		
05330X		
05340X		
05341X		
05350X		
08510X		
08530X		
08531X		
08540X		
08541X		
08542X		

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

GO-Nr. - Wert 50 % (Zuzahlung)		
Maßnahmen nach		
10.1 Insemination im Spontanzklus	10.2 Insemination nach horm. Stimulation	10.3 IVF mit Embryotransfer
10.4 Intratubarer-Gameten-Transfer	10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	
08550X		
08551X		
08552X		
08560X		
08561X		
08570X		
08571X		
08572X		
08573X		
08574X		
11311X		
11312X		
11320X		
11321X		
11322X		
31272X		
31503X		
31600X		
31608X		
31609X		
31822X		
32354X		
32356X		
32357X		
32575X		
32576X		
32614X (Neu ab 01.01.2010)		
32618X (Neu ab 01.01.2010)		
32660X		
32781X		
33043X		
33044X		
33090X		
36272X		
36503X		
36822X		

2.0 Diabetes-Diagnostik

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

1. Nachtrag mit Wirkung zum 01. April 2010

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

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

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Ärzte beachten bei der Durchführung des Screenings auf Gestationsdiabetes die jeweils gültigen Leitlinien der DDG und der DGGG zur Diagnostik und Therapie des Gestationsdiabetes und die Praxisleitlinien Diabetes der Fachkommission Diabetes Sachsen (Diabetes und Schwangerschaft) und arbeiten entsprechend dieser Vorgaben auch mit den Diabetes Schwerpunktpraxen zusammen.

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

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

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

Ergeben sich aus den o.g. durchgeführten 75g oGTT die Diagnosen „Gestationsdiabetes“ oder „gestörte Glukosetoleranz“ erfolgt gemäß § 3 (5) sofort eine Überweisung in eine diabetologische SPP.

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

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

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

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

99110A je erstmaligen Test bei Schwangeren mit und ohne Risikofaktoren für Gestationsdiabetes
BMÄ (nur AOK) 14,25 EUR

- nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig

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

99110B ... 1. Folgetest in der 24. bis zur 28. SSW (nur AOK) 14,25 EUR

99110C ... 2. Folgetest in der 32. bis zur 34. SSW (nur AOK) 14,25 EUR

- jeweils nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig

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

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

- max. 3 mal je Test berechnungsfähig

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

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

- max. 3 mal je Test berechnungsfähig

Hinweise zur Abrechnung:

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

2.3 Onkologie-Vereinbarung

2.3.1 Onkologie-Vereinbarung gemäß § 73a SGB V

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 im Bereich der Sicherung und Steigerung der Qualität bei der Behandlung krebskranker Patienten. Diesem Umstand wird durch die Zahlung einer zusätzlichen Vergütung nach dieser Vereinbarung Rechnung getragen.

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

Berechtigt zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind:

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

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

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

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

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

Versorgungsebene 1

96500 Behandlung florider Hämoblastosen

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **15,00 EUR**

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

96501 Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **15,00 EUR**

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

Therapieform	Kürzel
Endokrine Therapie	ET
Bisphosphonattherapie bei Knochenmetastasen	BIS
Intrakavitäre Chemotherapie (gültig ab 01.10.2009)	ICT
Interferontherapie	INF
Interleukintherapie	IL
Parenterale Therapie bei Tumorkachexie (keine enterale Zusatznahrung)	PAR
Betreuung bei Radatio	RAD
Tumorschmerztherapie WHO III	WHOIII
Transfusionspflichtige Tumoranämie	TRA
Planung/ perioperative Versorgung bei Tumor-OP	OP
Aktive Überwachung bei florider Tumorerkrankung (längstens 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung oder nach Beendigung der letzten antineoplastischen Tumortherapie, unter entspr. Angabe von Quartal/Jahr).	AÜ

96502 Intrakavitäre zytostatische Tumortherapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO **20,00 EUR**

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

- 96507 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie**
 einmal je Behandlungsfall,
BMÄ / E-GO **10,00 EUR**
 - Die Nr. 96507 ist im Behandlungsfall nicht neben
 der Nr. 96508 berechnungsfähig.
- 96508 Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie
 ab 2 Stunden,**
 einmal je Behandlungsfall,
BMÄ / E-GO **25,00 EUR**
 - Die Nr. 96508 ist von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe
 „Kiefernekrosen“ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
 - Die Nr. 96508 ist nur berechnungsfähig bei Anwendung von
 Chlodron- oder Pamidronsäure.
 - Die Nr. 96508 ist im Behandlungsfall nicht neben der
 Nr. 96507 berechnungsfähig.

Versorgungsebene 2

- 96503 Intravasale zytostatische Tumorthherapie**
 einmal je Behandlungsfall,
BMÄ / E-GO **160,00 EUR**
 - Die Nr. 96503 ist im Behandlungsfall nicht neben den
 Nrn. 96500, 96501, 96502 und 96505 berechnungsfähig.
 - Die Nr. 96503 ist ab 2008/2 nur unter Angabe des verwendeten
 Medikaments¹⁾ (FK 5002 oder 5009) berechnungsfähig.
- 96504 Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histologisch/
 zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder
 onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung**
 (entspr. Leistungslegende der GOP 13500 EBM)
**und/oder bei intensiver, aplasieinduzierender
 und/oder toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung**
 (entspr. Leistungslegende der GOP 13502 EBM)
 einmal je Behandlungsfall,
BMÄ / E-GO **15,00 EUR**
 - Bei Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder
 histologisch/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen
 und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung
und bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder
 toxisitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung ist die
 Nr. 96504 zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig.
 - Die Nr. 96504 ist nur von gynäkologischen Onkologen berechnungsfähig.

96505 Orale zytostatische Chemotherapie

einmal je Behandlungsfall,

BMÄ / E-GO 60,00 EUR

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

96506 Gabe von Bluttransfusionen oder Thrombozytenkonzentraten

einmal je Behandlungstag,

BMÄ / E-GO 40,00 EUR

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

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

2.7 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention

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

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

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

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

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

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

Anspruchsberechtigt sind alle Versicherten

- der AOK PLUS bzw.
- der IKK classic.

Der **Verfahrensablauf**

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

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

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

Hinweise zur Abrechnung:

- nur gültig für Versicherte der AOK PLUS („-A“) bzw. Versicherte der **IKK classic** („-X“)
- berechnungsfähig: jeweils nur einmal pro Behandlungsfall (AOK PLUS) bzw. nur einmal pro Fall und Jahr (**IKK classic**)
- Die **Programme der AOK PLUS** sind **ausschließlich für Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit entspr. Indikationen geeignet; (außer Ernährungsberatung: auch für Kinder unter Einbeziehung der Eltern möglich).
- Mit den Pauschalen sind die vom Arzt durchzuführenden Dokumentationen abgegolten.
- Die Abr.-Nrn. für die Abschlussuntersuchung sind bei der gleichen Diagnose neben den GOP 27310 und 13250 nicht berechnungsfähig.
- Die Vergütung für die jeweilige Abschlussuntersuchung wird nur gewährt, wenn die erforderliche Dokumentation durchgeführt und bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen eingereicht wurde.
- Bei Nichtwiedervorstellung des Patienten beim befürwortenden/verordnenden Arzt sind nur die Abr.-Nrn. für die Beratung, Information und Befürwortung bzw. Beratung und Verordnung abrechnungsfähig. In diesen Fällen ist der Arzt nicht verpflichtet, den Dokumentationsbogen seinen Abrechnungsunterlagen beizufügen.

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

1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.01.2010

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

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

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

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

Dieser Personenkreis hat **jedes zweite Jahr einmal** Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt gemäß § 3 dieses Vertrages. **Ein erneuter Anspruch besteht jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres.**

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

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (prophylaktische Untersuchung) umfasst

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

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

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

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

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

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

Die Nr. 99190 ist berechnungsfähig:

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

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

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

2.9 Homöopathie-Vereinbarungen

2.9.1 Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie mit der IKK Sachsen (jetzt IKK classic), ab 01.01.2009

Der Vertrag regelt die Versorgung mit klassischer Homöopathie auf Grundlage des § 73 a SGB V. Durch diesen Vertrag soll für die Versicherten der **IKK classic** der Zugang zu adäquater Beratung und Behandlung mit der klassischen Homöopathie im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung verbessert werden.

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 und sich mit Einzelmitteln nach den Regeln der Homöopathie behandeln zu lassen.

Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag mit der Unterschrift unter der Teilnahmeerklärung (Anlage 1). Die Einschreibung erfolgt bei einem der teilnehmenden Vertragsärzte. Mit der Einschreibung in diesen Vertrag wählt der Versicherte einen teilnehmenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt.

Es steht dem Versicherten frei, den betreuenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt zu wechseln. Hierfür unterschreibt der Versicherte bei seinem neuen Vertragsarzt erneut eine Teilnahmeerklärung.

Zur Durchführung einer Behandlung mit klassischer Homöopathie nach diesem Vertrag sind Vertragsärzte berechtigt, die eine entspr. Ausbildung absolviert haben und gemäß der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer die Zusatzbezeichnung „Homöopathie“ oder ein Homöopathie-Diplom führen, ihre **Teilnahme gegenüber der KV Sachsen erklärt** (Anlage 2) und eine **Teilnahme- /Abrechnungsgenehmigung** durch die KV Sachsen erhalten haben. Die Qualifikation ist durch Vorlage der Urkunde der Sächsischen Landesärztekammer bei der KV Sachsen vor Erbringung der Leistungen nachzuweisen.

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

Innerhalb dieses Vertrages ist die Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V durch den betreuenden homöopathischen Vertragsarzt zu erheben, sofern der Versicherte diese im entsprechenden Quartal noch nicht entrichtet hat. Die geleistete Praxisgebühr wird dem Versicherten durch den Arzt quittiert.

Folgende homöopathische ärztliche Leistungen sind im Rahmen dieser Vereinbarung abrechnungsfähig:

Homöopathische Erstanamnese

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

99199A ... vom Beginn des 13. Lebensjahres an (BMÄ) 90,00 EUR
(Mindestdauer 60 Minuten)

99199B ... bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (BMÄ) 60,00 EUR
(Mindestdauer 40 Minuten)

Die Nrn. 99199A und 99199B sind im selben Krankheitsfall nebeneinander nicht berechnungsfähig.

99199C Repertorisation (BMÄ) 20,00 EUR
- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig

99199D Homöopathische Analyse (BMÄ) 20,00 EUR
- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig

Homöopathische Folgeanamnese

99199E ... Mindestdauer 30 Minuten (BMÄ) 45,00 EUR
(höchstens einmal pro Quartal abrechnungsfähig)

99199F ... Mindestdauer 15 Minuten (BMÄ) 22,50 EUR
(höchstens zweimal pro Quartal abrechnungsfähig)

Die Nrn. 99199E und 99199F sind berechnungsfähig:

- nach Erbringen der Nr. 99199A oder 991900B,
- am selben Tag nicht neben Nr. 99199A, 99199B oder 99199G und nicht nebeneinander.

99199G Homöopathische Beratung (BMÄ) 10,00 EUR

- Mindestdauer 7 Minuten
- höchstens fünfmal pro Quartal abrechnungsfähig
- Die Nr. 99199G ist berechnungsfähig:
nach Erbringen der Nr. 99199A oder 991900B,
am selben Tag nicht neben Nr. 99199A, 99199B, 99199E oder 99199F.

Hinweise zur Abrechnung:

- Die o.g. Leistungen sind nur für Versicherte der **IKK classic** berechnungsfähig.
- Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, darüber hinaus für homöopathische Leistungen eine privatärztliche Vergütung vom Versicherten zu verlangen.

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

Beitritt der BKK Linde mit Wirkung zum 01.01.2010

Beitritt der Daimler BKK mit Wirkung zum 01.04.2010

Ziel dieses Vertrages zwischen der SECURVITA BKK, der BKK Linde, der Daimler 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, der BKK Linde bzw. der Daimler BKK zu qualifizierter Beratung und Behandlung mit klassischer Homöopathie als besondere ambulante vertragsärztliche Versorgung sichergestellt werden.

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

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

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

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

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

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

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

Homöopathische Erstanamnese

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

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

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

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

81202 Repertorisation (BMÄ) 20,00 EUR

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

81203 Homöopathische Analyse (BMÄ) 20,00 EUR

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

Homöopathische Folgeanamnese

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

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

Die Nrn. 81204 und 81205 sind berechnungsfähig:

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

81206 Homöopathische Beratung (BMÄ) 10,00 EUR

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

Hinweise zur Abrechnung:

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

**2.11.2 Zusatzvereinbarung/ Erweiterung der ab 01.01.2008
gültigen Impfvereinbarung Sachsen um Satzungsleistungen
- der AOK PLUS - der IKK Sachsen (jetzt IKK classic)
- der Ersatzkassen in Sachsen**

1. Protokollnotiz(en) mit Wirkung ab 1. Juli 2008

In Ergänzung der ab 01.01.2008 geltenden neuen Impfvereinbarung Sachsen auf Grundlage der bundesweit gültigen STIKO-Empfehlung haben sich AOK PLUS, IKK classic und die Ersatzkassen in Sachsen entschlossen, die zusätzlich von der SIKO empfohlenen Leistungen als Satzungsleistungen weiter zu vergüten.

In der nachfolgenden Tabelle findet sich eine Übersicht der betroffenen Leistungen:

Gültigkeit: - für die **AOK PLUS** (nur Anspruchsberechtigte mit VKNR 95101)
- für die **IKK classic**
- für die **Ersatzkassen**
- für die **BIG direkt gesund** (ab 01.01.2009 - nur Nr. 99795)

Bezeichnung	Abrechnungsbestimmung(en)	Abr.-Nr.	Wert
FSME	- für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung und ohne Beschränkung auf FSME-Risikogebiete (IKK classic)	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) - Impfung für Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene (IKK classic)	89111S	6,00 €

2. Teil Regionale Vereinbarungen

Masern²⁾	- Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89113S	5,20 €
Röteln²⁾		89123S	5,20 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)		89301S	12,00 €
Meningokokken	- für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung (IKK classic)	89114S	5,20 €
Pertussis³⁾	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89116S	5,20 €
Poliomyelitis³⁾		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 €
Herpes Zoster	- für alle Versicherten über 50 Jahre (IKK classic)	99793	5,20 €
Rotavirus - für Säuglinge ab 7. Lebenswoche bis 1. Lebenshalbjahr	IKK classic (ab 01.01.08) Techniker Krankenkasse (ab 01.04.08) BIG direkt gesund (ab 01.01.09)	99795	5,20 € 7,00 €

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.

(Ausnahme: Werden Versicherte der **BIG direkt gesund** gegen Rotaviren (Nr. 99795) geimpft, ist der Impfstoff auf den Namen des Versicherten zu Lasten der BIG direkt gesund zu verordnen/zu beziehen.)

Für die in dieser Vereinbarung geregelten Impfleistungen und Impfstoffe ist eine private Liquidation ausgeschlossen.

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

Für die Abrechnung der nach dieser Vereinbarung durchgeführten Leistungen gelten die o.g. Abrechnungs-Nrn. und Vergütungsbeträge. Gemäß § 7 Abs. 3 der „Impfvereinbarung Sachsen“ werden die finanziellen Mittel für die erbrachten Impfleistungen nach dieser Vereinbarung außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

Die **o.g. Zusatzvereinbarung** über weitergehende Schutzimpfungen auf Grundlage des § 20d Abs. 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.

2.11.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung

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

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

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

- von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen

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

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

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

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

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

Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen

- noch vor dem 26. Geburtstag bzw.

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

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

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

99791 HPV-Impfung gegen Cervixkarzinom

BMÄ (nur BIG direkt gesund) **10,00 EUR**

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

- für bei BIG direkt gesund oder TK versicherte Frauen

- ab 18 Jahre bis zum vollendeten 26. Lebensjahr
(siehe o.g. Regelungen)

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

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

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

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

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

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

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

Die Techniker Krankenkasse (TK), KKH-Allianz und BARMER GEK (*) übernehmen für ihre Versicherten mit Wohnort in der Bundesrepublik Deutschland die Kosten für **Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen** - mit Ausnahme von beruflich bedingten Auslandsaufenthalten - sofern diese von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes und den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen sind.

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

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

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

Hinweise zur Abrechnung:

- 1) Das **Beratungshonorar** nach **Nr. 99800** ist **nur einmal pro Impfung** nach den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826 berechnungsfähig. Sofern zum Erreichen des vollständigen Impfstatus (vollst. Immunisierung) mehrere Impfungen erforderlich sind, ist die Beratungsleistung erst abrechnungsfähig, wenn die letzte der dafür notwendigen Impfungen erfolgt ist. Dies gilt nur, wenn der vollständige Impfstatus innerhalb von 3 Monaten erreicht werden kann.
- Die Beratung ist auch abrechnungsfähig, **wenn als Folge der Beratung keine Impfung** möglich ist. In diesem Fall ist die **Nr. 99800 mit dem Buchstaben „K“** zu 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.
 - 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.
 - Die **Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung**.
 - Sofern bei einem Patientenkontakt die Indikation für eine Schutzimpfung nach der Impfvereinbarung Sachsen und zur gleichen Indikation gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vorliegt, hat die Abrechnung der Schutzimpfung über die Impfvereinbarung Sachsen zu erfolgen.
 - Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung Sachsen (§ 5) ist **der jeweilige Impfstoff** (sowie Arzneimittel i. R. der Malariaprophylaxe) auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) **auf den Namen des Versicherten** zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse zu verordnen. Bei der Verordnung von Impfstoffen ist das **Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen**. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen. Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.
 - Die Krankenkassen stellen sicher, dass die im Rahmen dieser Vereinbarung verordneten Impfstoffe und Arzneimittel für andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe **das Ausgabenvolumen für Arzneimittel** der KV Sachsen bzw. **des Arztes nicht belasten**.
 - Die finanziellen Mittel für die erbrachten Impf- und Beratungsleistungen nach dieser Vereinbarung werden von den Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.
- * Aufgrund einer Satzungsänderung der Gmünder ErsatzKasse (GEK) wurde mit der GEK die 1. Protokollnotiz zu den o.g. Vereinbarungen abgeschlossen. Danach sind die HPV-Impfung (Nr. 99791) sowie die Beratung zur Malariaprophylaxe (Nr. 99802) für Versicherte der GEK ab/seit 01.04.2009 nicht mehr berechnungsfähig.

Bis auf weiteres gelten die bisherigen Impfvereinbarungen der BARMER und der GEK fort. Die Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen mit der Gmünder ErsatzKasse (GEK) gilt auch nach der Fusion mit der BARMER zum 01.01.2010 zunächst **nur für die Versicherten der ehemaligen GEK**.

2.11.4 Vereinbarung mit dem Freistaat Sachsen, vertreten durch das Sächsische Staatsministerium für Soziales (SMS), über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen gegen die neue Influenza A/H1N1, ab 01.10.2009 – 31.07.2010

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

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

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

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

Der **Freistaat Sachsen stellt sächsischen Vertragsärzten** zum Zwecke der Schutzimpfung gegen die neue Influenza A/H1N1 **Impfstoffe der Firmen GlaxoSmithKline (gsk) oder Novartis** nebst Verbrauchsmaterial (Spritzen und Kanülen) in Mehrdosenbehältnissen (10er-Sets) **zur Verfügung** (ausgenommen: Einzeldosen in Fertigspritzen der Fa. **CSL** Biotherapies als Impfstoff für Schwangere sowie - gemäß einem Schreiben des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz ab 25.01.2010 - auch für andere Einzelfälle, z.B. bei Thiomersalunverträglichkeit).

Impfstoffe anderer Hersteller sind vom Freistaat Sachsen nicht erstattungsfähig, auch die ärztliche Impfleistung kann in diesem Zusammenhang nicht abgerechnet werden.

Im Falle der Inanspruchnahme werden diese Impfstoffe für alle Patienten zu Lasten des Freistaates Sachsen (VKNR: 95894) auf dem Arzneverordnungsblatt (Muster 16) verordnet. Dabei ist nur das Feld „8“ (Impfstoffe) durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen.

Die Impfstoffe für Patienten sind über die Apotheken zu beziehen. Die benötigten Spritzen und Kanülen werden den Impfstoffen der Firma GlaxoSmithKline (gsk) in 10er-Sets entspr. den Mehrdosenbehältnissen beigelegt. Kinder- und Jugendärzte können bei unabweisbarem Bedarf zusätzliche Impfsätze (Spritzen und Kanülen) anfordern. Dies ist auf dem Rezept zu vermerken.

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

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

Grundsätzlich sollen alle impfwilligen Patienten geimpft werden.

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

Leistungen zur Impfung gegen die neue Influenza A/H1N1	Abrechnungs-Nummer	Vergütung
Impfung gegen die neue Influenza A/H1N1		
... für die erste Impfung	99700A	5,00 €
... für die zweite Impfung	99700B	5,00 €
... für Schwangere und ab 25.01.2010 in speziellen Einzelfällen (z.B. bei Thiomersalunverträglichkeit) - unter Verwendung des Impfstoffes der Fa. CSL Biotherapies (Einzeldosen in Fertigspritzen) - neben den Nrn. 99700A und/oder 99700B nicht berechnungsfähig	99700C	5,00 €

Hinweise für die Abrechnung:

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

Bei der Abrechnung der o.g. Impfleistungen

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

2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

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

Änderungsvereinbarung ab 01.01.2010

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

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

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

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

- 91102 Steuerungspauschale für den Hausarzt, pro Quartal**
 - einmal im Quartal (Behandlungsfall) berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 9,00 EUR
 - Voraussetzung ist mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal
- 91103 Mitteilung des Facharztes an den Hausarzt (inkl. Porto-/Faxkosten)**
 - einmal im Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 4,00 EUR
- 91104 Durchführung des Zweitmeinungsverfahrens durch den Facharzt (inkl. aller Porto-/Faxkosten)**
 - einmal im Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig
E-GO (nur GEK) 9,00 EUR
 - Die EBM-Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 sind neben den Nrn. 91103 und 91104 nicht berechnungsfähig.

Der Vertrag gilt für:

- Zugelassene Hausärzte (auch in GP, fachübergreifenden GP, zugelassenen MVZ und Einrichtungen gemäß § 311 SGB V), die die Erbringung der hausärztlichen Leistungen unter Beachtung der Qualitätsanforderungen nach § 4 dieses Vertrages gewährleisten.
- Fachärzte, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1 SGB V teilnehmen, im Rahmen der nach dieser Vereinbarung genannten Aufgaben.

- Die teilnehmenden Hausärzte übernehmen die Steuerungsfunktion für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Sie sammeln die Behandlungs- und Befunddaten und planen mit den Patienten die Behandlung und - soweit erforderlich - auch die Inanspruchnahme anderer Leistungserbringer.

Es gelten die nachfolgend aufgeführten Modalitäten zum Einzug der Praxisgebühr:

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

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

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

Beitritt der IKK Hamburg (jetzt IKK classic), mit Wirkung ab 01.04.2009

Im Mittelpunkt dieser Vereinbarung nach § 73b SGB V steht die Koordinierungs- und Steuerungsfunktion der ärztlichen und durch den Hausarzt veranlassten Leistungen.

Durch die Koordinierung der Behandlung durch besonders qualifizierte Hausärzte gemäß § 4 dieses Vertrages sollen die Versorgungsqualität der Versicherten gesteigert und Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden. Dies soll insbesondere durch einen verstärkten präventiven Ansatz in der ärztlichen Behandlung, durch eine rationale Pharmakotherapie, durch die Vermeidung von nicht notwendigen Doppeluntersuchungen und nicht erforderlichen Krankenhauseinweisungen erfolgen.

Die an dieser hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte verpflichten sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen sowie wirtschaftlichen Versorgung der eingeschriebenen Versicherten. Die beteiligten Hausärzte gewährleisten, dass sie die organisatorischen, betriebswirtschaftlichen sowie medizintechnischen Voraussetzungen für die vereinbarte hausarztzentrierte Versorgung entspr. dem allgemeinen Stand der Medizin, Erkenntnisse und des Medizinfortschrittes erfüllen. Die Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte sind im § 5 detailliert beschrieben.

Dieser Vertrag gilt für niedergelassene Vertragärzte und Ärzte in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V, Ärzte in Medizinischen Versorgungszentren gem. § 95 SGB V, gem. § 32b Abs. 1 Ärzte-Zulassungsverordnung (Ärzte-ZV), angestellte Ärzte in Vertragsarztpraxen im Bereich der KV Sachsen sowie für die im Bereich der KV Sachsen ermächtigten Vertragsärzte nach § 24 Abs. 3 Satz 3 Ärzte-ZV,

- die als **Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte oder Internisten** an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen **sowie für FÄ für Kinder- und Jugendmedizin**,
- die die Teilnahme an diesem Vertrag gegenüber der KV Sachsen erklären (Anlage 1) und die besonderen persönlichen und sachlichen Qualitätsanforderungen nach § 4 dieses Vertrages erfüllen (nachfolgend Hausärzte genannt).
- Bei Teilnahme von angestellten Ärzten wird diese durch den anstellenden Arzt bzw. die anstellende Einrichtung erklärt.
Soweit es sich bei dem teilnehmenden Arzt um einen angestellten Arzt handelt, sind die persönlichen Voraussetzungen durch diesen zu erfüllen. In diesem Fall ist der anstellende Arzt bzw. die anstellende Einrichtung verpflichtet, die Erfüllung der Anforderungen an die fachliche Befähigung des angestellten oder in der Praxis tätigen Arztes gegenüber der KV Sachsen nachzuweisen sowie ggf. das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit mitzuteilen.
Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten Ärzten durch die Einrichtung bzw. Vertragsarztpraxis zu erfüllen bzw. bereitzustellen.
- **Fachärzte**, die an der fachärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmen, im Rahmen der nach dieser Vereinbarung übernommenen Aufgaben.

Die Teilnahmeerklärung des Hausarztes ist bei der jeweils zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen einzureichen.

Der Vertrag gilt - unabhängig vom Wohnort - **für alle Versicherten der IKK classic**, wenn ein sächsischer Hausarzt und sächsische FÄ in Anspruch genommen werden.

Die Teilnahme ist freiwillig und erfolgt durch schriftliche Erklärung (Anlage 2).

Dadurch werden die Regeln dieses Vertrages akzeptiert und der Versicherte wählt einen teilnehmenden Hausarzt (Einschreibung). Einschreibungen können bei jeder persönlichen Inanspruchnahme eines Hausarztes erfolgen.

Der teilnehmende Versicherte verpflichtet sich, ambulante fachärztliche und psychotherapeutische Leistungen nur auf Überweisung durch seinen betreuenden Hausarzt in Anspruch zu nehmen. Eine Ausnahme von dem Überweisungsgebot besteht bei FÄ für Augenheilkunde und FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie bei Notfällen, bei denen die vorherige Einschaltung eines Hausarztes nicht möglich ist.

Die Teilnahmeerklärungen der Versicherten sind mit der Quartalsabrechnung bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen abzugeben.

Für eingeschriebene Versicherte der **IKK classic** in der hausarztzentrierten Versorgung **ist die Praxisgebühr zu erheben.**

Die folgenden Pauschalen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

91100 Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten durch den Hausarzt

- nur einmalig, ausschließlich im Quartal der Ersteinschreibung, berechnungsfähig

BMÄ **9,00 EUR**

91101 Information und Beratung durch den vom Versicherten neu gewählten Hausarzt im Quartal der Erstbehandlung

- nur einmalig im Behandlungsfall, ausschließlich im Quartal des Wechsel des Hausarztes, berechnungsfähig

BMÄ **9,00 EUR**

91102 Steuerungspauschale für den Hausarzt, pro (Folge-) Quartal

- einmal im Quartal (Behandlungsfall) berechnungsfähig

BMÄ **9,00 EUR**

- Voraussetzung ist mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal
- Die Nr. 91102 ist neben den Nrn. 91100 und 91101 nicht berechnungsfähig.

91103 Mitteilung des Facharztes an den Hausarzt (inkl. Porto-/Faxkosten)

- einmal im Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig

BMÄ **4,00 EUR**

- Die EBM-Kostenpauschalen 40120, 40122, 40124 und 40126 sind neben der Nr. 91103 nicht berechnungsfähig.

2.14.6 Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V mit der Knappschaft, ab 01.10.2008

Durch die hausarztzentrierte Versorgung soll neben der Optimierung der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung nachhaltig gesteigert werden. Durch eine bessere Koordination und Abstimmung der Versorgung sowie die vorrangige Verordnung von Arzneimitteln, für welche die Knappschaft einen Rabattvertrag nach § 130a Abs. 8 SGB V geschlossen hat, sollen Wirtschaftlichkeitsreserven im Arzneimittelbereich erschlossen werden.

Diese Vereinbarung gilt für die Knappschaft und die Hausärzte, die nach § 12 bzw. Anlage 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag erklärt haben und die Voraussetzungen des § 14 erfüllen (teilnehmende Hausärzte) sowie die Versicherten der Knappschaft, die entspr. der Erklärung gemäß Anlage 2 ihre Teilnahme an dieser Vereinbarung erklärt haben.

Der teilnehmende Hausarzt steuert und koordiniert die Behandlung der Knappschaftsversicherten. Dies umfasst insbesondere das Management der Übergänge der Versorgung zwischen der haus- und fachärztlichen, der stationären bzw. rehabilitativen Versorgung und Vorsorge und Früherkennungsmaßnahmen (Schnittstellenmanagement). Auf diese Weise sichert der Hausarzt eine strukturierte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Behandlung des Patienten in den relevanten Versorgungsebenen. Der teilnehmende Hausarzt hat bei Entscheidungen zur Diagnostik und Therapie für die hausärztliche Versorgung entwickelte und praxiserprobte, evidenzbasierte Leitlinien anzuwenden.

Im § 4 des Vertrages sind die Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes im Rahmen des Versorgungsauftrages detailliert beschrieben.

An diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung können alle Versicherten der Knappschaft teilnehmen, die nicht in die Gesundheitsnetze Prosper oder proGesund eingeschrieben sind.

Zur Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung wählt der Versicherte einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt als seinen Hausarzt aus und bestätigt dies schriftlich durch die Teilnahmeerklärung (Anlage 2).

Durch die Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der teilnehmende Versicherte für vertragsärztliche Leistungen zuerst den von ihm gewählten teilnehmenden Hausarzt zu konsultieren und fachärztliche Leistungen sowie stationäre Behandlungen auf Überweisung dieses Hausarztes in Anspruch zu nehmen. Ausgenommen davon sind gemäß § 10 Abs. 2 und 3 die Behandlung durch Augen- und Frauenärzte, durch den Kinderarzt bei teilnehmenden Versicherten bis zum vollendetem 18. Lebensjahr, im Rahmen von Notdiensten, etc.

An diesem Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung können gemäß § 11 alle Mitglieder der ermächtigenden Hausärztegemeinschaften sowie weitere an der hausärztlichen Versorgung im Sinne des § 73 SGB V teilnehmende Vertragsärzte und medizinische Versorgungszentren teilnehmen, sofern sie die Qualitätsanforderungen nach § 14 erfüllen.

Hausärzte, die an den Gesundheitsnetzen Prosper oder ProGesund teilnehmen, sind von der Teilnahme an diesem Vertrag ausgeschlossen.

Die an der Teilnahme an dieser hausarztzentrierten Versorgung interessierten Ärzte weisen gemäß § 12 das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen und damit der Auswahlkriterien gegenüber der KV Sachsen nach.

Die Teilnahme wird gegenüber der KV Sachsen mit Hilfe der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) begründet und durch die KV Sachsen bestätigt.

Die Rechte und Pflichten des teilnehmenden Hausarztes sind im § 13, die Qualitätsanforderungen im § 14 des Vertrages detailliert beschrieben.

Für seine Teilnahme am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung erhält der Hausarzt:

81110 Pauschale für die Behandlung

eines am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten der Knappschaft

BMÄ (nur Knappschaft) **9,00 EUR**

- pro eingeschriebenem Versicherten

- einmal pro Quartal bei einem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig

Bei Abrechnung der Nrn. 81110 ist die Praxisgebühr vom Versicherten einzuziehen, es sei denn, die Praxisgebühr wurde in demselben Quartal im Rahmen eines früheren Arzt-Patienten-Kontaktes bereits erhoben oder der Versicherte ist von der Zahlung der Praxisgebühr befreit.

99315H	Spezierschulung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe durch diabetologische Schwerpunktpraxen, - umfasst 5 Doppelstunden und ist je Patient und UE abrechenbar - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose BMÄ / E-GO	26,00 EUR
99318A	Ersteinstellung von Pumpenpatienten auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose BMÄ / E-GO	128,00 EUR
99318B	Dauerbetreuung von Pumpenpatienten auf Überweisung, je Behandlungsfall BMÄ	13,00 EUR
	E-GO	21,00 EUR
99318D	Ersteinstellung für CT-Insulinierung - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose BMÄ / E-GO	21,00 EUR
99318E	Ersteinstellung ICT-Insulinierung - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose BMÄ	72,00 EUR
	E-GO	77,00 EUR
99318F	Diabetes mellitus Typ 2 in der Schwangerschaft, - auf Überweisung, maximal in 6 Quartalen, je Quartal BMÄ	26,00 EUR
	E-GO	21,00 EUR
99318G	Komplikationsbehandlung von Ulzera - auf Überweisung, je Behandlungsfall BMÄ / E-GO	39,00 EUR
99318H	Mitbehandlung / Stoffwechseleoptimierung bei Vorliegen einer Überweisung durch den Hausarzt für das Leistungsquartal - je Behandlungsfall, max. 4-mal im Krankheitsfall BMÄ / E-GO	20,00 EUR
99318L	Stoffwechseleoptimierung ohne Vorliegen einer Überweisung - je Behandlungsfall, max. 2-mal im Krankheitsfall BMÄ / E-GO	20,00 EUR

99318I Konsultationspauschale vor Krankenhauseinweisung
- auf Überweisung, je Behandlungsfall
BMÄ **21,00 EUR**

99318K Erstvorstellung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis,
- auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose
BMÄ **52,00 EUR**

Hinweis:

Diabetologische SPP, die als koord. Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2 tätig sind, können gemäß § 2 Abs. 3 der „Vereinbarung über die Vergütung von Sonderleistungen/ Krankenhausersetzende Leistungen der diabetologischen SPP im Rahmen der Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2“ die darin genannten (o.g.) Leistungen auch ohne Überweisung abrechnen. Ausgenommen davon ist die Nr. 99318H.

Die **o.g. Nrn. sind nur bei in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen** berechnungsfähig, sie sind jedoch auch bei Besonderen Kostenträgern nach BMÄ oder E-GO zulässig.

Genehmigungen gemäß o. g. Vereinbarungen erforderlich:

- Nrn. 99315A bis 99315F, 99315S bzw. 99316A bis 99316F für den koord. Arzt oder diabetologische SPP, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen;
- Nrn. 99315H, 99318A bis 99318K für diabetologische SPP, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen.

Jeweils nur einmal pro in der Leistungslegende angegebenem Zeitraum berechnungsfähig.

- **BMÄ:** Nrn. 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318I, 99318K, 99318L im selben Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- **E-GO:** Nrn. 99318A, 99318B, 99318D, 99318E, 99318H, 99318L im selben Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte können für eingeschriebene Diabetiker mit

OAD-Therapie	bis zu 50	(Nr. 99313X)
CT- Insulinierung	bis zu 200	(Nr. 99313Y)
ICT- Insulinierung	bis zu 400	(Nr. 99313Z)

Blutzuckerteststreifen pro Quartal als Praxisbesonderheit geltend machen.

Diese zusätzlichen Verordnungen werden bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze im Rahmen der Richtgrößenprüfung von der Summe der Arzneimittelausgaben der Praxis abgesetzt (§ 10 Abs. 2).

- Bei Verordnung ist je nach Therapie eine der o. g. Nrn. auf dem Behandlungsausweis anzusetzen.
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall und nicht nebeneinander abrechenbar.

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

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

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

Anspruchsberechtigte nach dieser Vereinbarung sind Personen,

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

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

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

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

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

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

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

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

Als **Indikation** gilt die neovaskuläre (feuchte) altersabhängige Makuladegeneration (AMD) mit subfoveolärer oder juxtafoveolärer CNV. Läsionen mit fortgeschrittener subfovealer Fibrose und fortgeschrittener subfovealer geografischer Atrophie sind ausgeschlossen.

5.5.4 Sonstige Hinweise

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

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

Eine **Vergütung** von bewilligungspflichtigen Leistungen aus dem Kapitel 35.2 kann nur erfolgen, wenn die für den Patienten zuständige Krankenkasse die Übernahme der Kosten auf dem Formular PTV 7 bestätigt hat. Wir bitten Sie daher, unbedingt im Feld 4235 das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse zu erfassen. Im Feld 4234 ist zwingend die Angabe „Anerkannte Psychotherapie“ zu hinterlegen und aus dem Feld 4247 muss das Datum Ihres Antrages an die Krankenkasse hervorgehen.

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

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

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

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

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

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

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

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung

Eine aktuelle Übersicht zur Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung ist im Internet der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen unter folgender Adresse einzusehen.

www.kvs-sachsen.de/Mitglieder/Abrechnung/Abrechnungsgrundlagen

