



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

## **10. Lieferung Austauschseiten**

**Stand 01.04.2007**

**Beilage zu den KVS-Mitteilungen 5/2007**

**Anleitung zum Einordnen der 10. Lieferung von Austauschseiten**

**Hinweis: Bitte beiliegende Seiten austauschen**

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
<b>1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen</b>			
1.1 Seiten 1-4	2	1.1 Seiten 1-4	2
1.3 Seiten 1-2	1	1.3 Seiten 1-2	1
<b>2. Teil Regionale Vereinbarungen</b>			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2.1 Seiten 1-24	15	2.1 Seiten 1-32	16
2.7 Seiten 1-4	2	2.7 Seiten 1-4	2
2.8 Seiten 7-8	1	2.8 Seiten 7-8	1
2.10 Seiten 1-2	1	2.10 Seiten 1-2	1
2.12 Seiten 3-4	1	2.12 Seiten 3-4	1
<b>3. Teil Vorstandsbeschlüsse</b>			
<b>4. Teil Interpretationsbeschlüsse/ Beschlüsse und Feststellungen</b>			
4.2 Seiten 5-6	1	4.2 Seiten 5-6	1
<b>5. Teil Sonstiges</b>			
5.1 Seiten 1-6	3	5.1 Seiten 1-6	3
5.3 Seiten 1-4	2	5.3 Seiten 1-4	2
<b>Summen:</b>	<b>31</b>		<b>32</b>



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**Stand 01.04.2007**

---

---

## 1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr ab 01.04.05

§ 28 Abs. 4 SGB V:

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

(Dieser) Satz 1 gilt nicht für Inanspruchnahme nach § 23 (Medizin. Vorsorgeleistungen) Abs. 9, § 25 (Gesundheitsuntersuchungen), zahnärztliche Untersuchungen nach § 55 Abs. 1 Satz 4 und 5 sowie Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge nach § 196 Abs. 1 der Reichsversicherungsordnung und § 23 Abs. 1 des Gesetzes über die Krankenversicherung der Landwirte. ...

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

§ 43b Abs. 2 SGB V:

Zuzahlungen, die Versicherte nach § 28 (4) zu entrichten haben, hat der Leistungserbringer einzubehalten, sein Vergütungsanspruch gegenüber der Krankenkasse, der Kassenärztlichen oder Kassenzahnärztlichen Vereinigung verringert sich entsprechend. ...

### Zuzahlungsrelevante Sachverhalte - Praxisgebühr erhoben

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

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

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

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

## 1.1.2 Zuzahlungsbefreite Sachverhalte - Praxisgebühr nicht erhoben

Pseudo-Nr.	Zuzahlungsbefreite Sachverhalte PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG
<b>80031</b> 80031Z, wenn von KV zugefügt	<b>Überweisungsscheine</b> zur Mitbehandlung, Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder zu Auftragsleistungen aus demselben Kalendervierteljahr
<b>80031</b> 80031Z, wenn von KV zugefügt	<b>Auftragsüberweisungen</b> ausschließlich zu Probenuntersuchungen und/oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen, auch wenn die Überweisung nicht aus demselben Kalendervierteljahr ist
<b>80031</b>	<b>Überweisung</b> bei genehmigter Psychotherapie oder zur Abklärung somatischer Ursachen vor Psychotherapie aus demselben Kalendervierteljahr lag vor, Abrechnung auf Muster 5 oder 6 bzw. entspr. Datensatz
<b>80031</b>	Formlose <b>Überweisung</b> eines Vertragszahnarztes an einen ausschließlich auf Überweisung tätigen Vertragsarzt aus demselben Kalendervierteljahr lag vor (§ 24 Abs. 10 BMV-Ä, § 27 Abs. 10 BMV-Ä/EK), Abrechnung auf selbst ausgestellttem Muster 6 bzw. entspr. Datensatz
<b>80031</b>	Inanspruchnahme im Vertretungsfall, in denen eine <b>Überweisung</b> aus demselben Kalendervierteljahr vorlag, Abrechnung auf Muster 19 (Vertreterschein) bzw. entspr. Datensatz ***)
<b>80031</b>	<b>Überweisung</b> zur fachärztlichen Behandlung auf Rezept (Vordruckmuster 16) bei Sozialversicherungsabkommen lag vor (Merkblatt über- oder zwischenstaatliches Krankenversicherungsrecht), Abrechnung auf Muster 5 oder 6 bzw. entspr. Datensatz
<b>80032</b>	Versicherte, die eine gültige Bescheinigung über <b>Zuzahlungsbefreiung</b> wegen Erreichens der Belastungsgrenze vorlegen (§ 62 SGB V - GMG)
<b>80032</b> 80032Z, wenn von KV zugefügt	Versicherte, die ein glaubhaftes Dokument Ihrer Krankenkasse zur <b>Befreiung</b> von der Praxisgebühr vorlegen (§ 65a SGB V - GMG), wie „Integrierte Versorgung“ BKK „gut DABE!“ DMP Bundesknappschaft
<b>80033</b>	Inanspruchnahme, in denen die Vorlage der <b>Quittung</b> das Überweisungsverfahren ersetzt und die Quittung entwertet wurde (§ 18 BMV-Ä, § 21 BMV-Ä/EK), d. h. Quittungen aus demselben Kalendervierteljahr - von Psychologischen Psychotherapeuten, - aus ambulanter Krankenhausbehandlung (ausgenommen Ambulante Operationen nach § 115 SGB V) - bei Vertreterregelung ****)

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

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

<b>Pseudo-Nr.</b>	<b>Zuzahlungsbefreite Sachverhalte</b> PK, EK, Ausl. Sozialversicherungsabkommen, BVFG
<b>80033</b> ab Quartal 2004/3	Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Bereitschaftsdienst, wenn mit der <b>im Notfall gekennzeichneten Quittung</b> nachgewiesen wird, dass in demselben Kalendervierteljahr bereits im Rahmen einer Erstinanspruchnahme im Notfall oder organisierten Bereitschaftsdienst die Zuzahlung geleistet wurde
<b>80033</b>	Hilfskennzeichnung ab dem zweiten Datensatz eines Behandlungsfalls, wenn auf dem ersten Schein die Pseudo-Nr. 80030 (= Praxisgebühr erhoben) angesetzt wurde; das gilt ab 01.07.2006 auch bei gezahlter Praxisgebühr für die Inanspruchnahme desselben Arztes im Rahmen der Regelvorsorgung und <b>im Notfall bzw.</b> organisierten Notfalldienst
<b>80040</b> 80040A, wenn von KV zugefügt	Versicherte bis zur <b>Vollendung des 18. Lebensjahres</b> , d. h. wenn die Erstinanspruchnahme des Vertragsarztes vor dem 18. Geburtstag des Patienten stattfindet
<b>80040</b>	Versicherte mit <b>Kassenwechsel</b> im Quartal (bei der neuen Kasse)
<b>80040</b>	Versicherte mit <b>Wechsel von Kostenerstattung</b> zu Sach- und Dienstleistung im Quartal
<b>80040</b>	Behandlungsfälle mit <b>ausschließlich</b> Mutterschaftsvorsorge im Vertretungsfall (wenn lt. EBM kurativ abgerechnet)
<b>80040</b> 80040Z, wenn von KV zugefügt	Behandlungsfälle mit <b>ausschließlich</b> - Mutterschaftsvorsorge (§ 196 Abs. 1 RVO bzw. § 23 Abs. 1 KVLG), - Impfungen (§ 23 Abs. 9 SGB V), - Krebsfrüherkennungs- u. Gesundheitsuntersuchungen (§ 25 SGB V), - Befundmitteilungen an einen anderen Vertragsarzt, Arztbriefen, Kassenanfragen, MDK-Anfragen, Pauschalerstattungen
<b>80040</b>	Behandlungsfälle, in denen <b>Proben am Ende des Vorquartals</b> entnommen, aber erst zu Beginn des neuen Quartals im Labor untersucht werden und es zu keinen weiteren Inanspruchnahme kommt *****)

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

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

- **belegärztliche** (stationäre) Fälle
- Fälle im **Notarztienst/Rettungsdienst**
- **Fälle der folgenden Kostenträger:**

Sozialhilfeträger/Asylstellen/Jugendämter, Postbeamtenkrankenkasse A, Bundeswehr, Bundespolizei (BPOL), Zivildienst, Heilfürsorge Polizei, Heilfürsorge Feuerwehr, Justizvollzugsanstalten, BVG, BEG, SMS, MDK.

In diesen Fällen ist eine Kennzeichnung der Scheine nicht erforderlich.

*Regionale Vereinbarungen unterliegen grundsätzlich der Praxisgebühr.*

#### Ausnahmen:

- ✗ *Hautscreening-Vereinbarung mit der AOK Sachsen – siehe Abschnitt 2.8.2,*
- ✗ *Vertrag mit dem AEV über die hausarztzentrierte Versorgung – siehe Abschnitt 2.14.*



### 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)  GKV	GO-Nr. Wert 100 % (keine Zuzahlung)  - Kostenträger, für die § 27a SGB V nicht anzuwenden ist und somit ein Behandlungsplan nicht erforderlich ist: <del>BPOL (Bundespolizei)</del>
Maßnahmen nach 10.1 Insemination im Spontanzyklus 10.2 Insemination nach horm. Stimulation 10.3 IVF mit Embryotransfer 10.4 Intrauterarer-Gameten-Transfer 10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	Maßnahmen nach 10.1 Insemination im Spontanzyklus 10.2 Insemination nach horm. Stimulation 10.3 IVF mit Embryotransfer 10.4 Intrauterarer-Gameten-Transfer 10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
01510X	01510
01511X	01511
01512X	01512
02100X	02100
02341X	02341
05310X	05310
05330X	05330
05340X	05340
05341X	05341
05350X	05350
08510X	08510
08530X	08530
08531X	08531
08540X	08540
08541X	08541
08542X	08542
08550X	08550

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

<b>GO-Nr. Wert 50 % (Zuzahlung) GKV</b>	<b>GO-Nr. Wert 100 % (keine Zuzahlung)</b> - Kostenträger, für die § 27a SGB V nicht anzuwenden ist und somit ein Behandlungsplan nicht erforderlich ist: <del>BPOL (Bundespolizei)</del>
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)	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)
08551X	08551
08552X	08552
08560X	08560
08561X	08561
08570X	08570
08571X	08571
08572X	08572
08573X	08573
08574X	08574
11311X	11311
11312X	11312
11320X	11320
11321X	11321
11322X	11322
31272X	31272
31503X	31503
31608X	31608
31609X	31609
31822X	31822
32354X	32354
32356X	32356
32357X	32357
32575X	32575
32576X	32576
32577X	32577
32660X	32660
32781X	32781
33043X	33043
33044X	33044
33090X	33090

## 2. TEIL REGIONALE VEREINBARUNGEN

- 2.1 Verträge zu Diabetes-Schulungen, **Diabetes-Diagnosen**, DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, DMP KHK und zur Koordination der Behandlung multimorbider Versicherter i.R. mehrerer DMP
- 2.2 Schmerztherapie
- 2.3 Onkologievereinbarungen
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarungen
- 2.5 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Verwaltungsvereinbarungen
- 2.7 Verträge Rehabilitation
- 2.8 Hautscreening
- 2.9 Vertrag zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie mit dem AEV e.V., ab 01.01.2007
- 2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V; Vergütung im Ersatzkassenbereich 2007
- 2.11 Impfvereinbarungen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2007
- 2.12 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.13 Wegegeldregelungen
- 2.14 Vertrag mit dem AEV e.V. über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73 b SGB V, ab 01.04.2006
- 2.15 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen („DMP Brustkrebs“) ab 01.07.2006
- 2.16 Sonstiges



## 2.1 Verträge zu Diabetes-Schulungen, Diabetes-Diagnosen, DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, DMP KHK und zur Koordination der Behandlung multimorbider Versicherter i.R. mehrerer DMP

### 2.1.1 GOP-Übersicht für DMP Diabetes mellitus und KHK

DMP Diabetes mellitus Typ 2		Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)				Fachärztlicher Versorg.-S. (FÄ VS)	
PK / EK	Kurzbeschreibung der GOP	HA	HA mG	QHA	SPP	SPP	Augenarzt
99310A	Information, Beratung, Einschreibung, Erst-Doku.	x	x	x	x	x	-
99310B	Folgedokumentation	x	x	x	x	x	-
99390A	Erstdokumentation zweites DMP <sup>1)</sup>	x	x	x	-	-	-
99390B	Folgedokumentation zweites DMP <sup>1)</sup>	x	x	x	-	-	-
99315A	Schulung Hypertonie	-	-	x	x	x	-
99315B	Schulung jüngere nicht insuliniierte Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99315C	Schulung ältere nicht insuliniierte Typ 2.2	-	x	x	x	x	-
99315E	Schulung jüngere insuliniierte Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99315F	Schulung ältere insuliniierte Typ 2.2	-	-	x	x	x	-
99315H	Schulung Ersteinstellung Insulinpumpe	-	-	-	x	x	-
99315S	Schulungsmaterial außer GOP 99315H	-	x	x	x	x	-
99318A	Ersteinstellung Pumpenpatienten	-	-	-	x	x	-
99318B	Dauerbetreuung Pumpenpatienten	-	-	-	x	x	-
99318D	Ersteinstellung CT-Insulinierung	-	-	-	x	x	-
99318E	Ersteinstellung ICT-Insulinierung	-	-	-	x	x	-
99318F	Diabetes mellitus Typ 2 in der Schwangerschaft	-	-	-	x	x	-
99318G	Komplikationsbehandlung Ulzera	-	-	-	x	x	-
99318H	Mitbehandlung/Stoffwechseleoptimierung bei Vorliegen einer Überweisung durch den Hausarzt	-	-	-	x	x	-
99318L	Stoffwechseleoptimierung ohne Überweisung	-	-	-	x	x	-
99318I (nur PK)	Konsultation vor Krankenhauseinweisung	-	-	-	x	x	-
99318K (nur PK)	Erstvorstellung in der SPP	-	-	-	x	x	-
99319	jährliche augenärztliche Untersuchung	-	-	-	-	-	x
99313X	Teststreifen OAD-Therapie	x	x	x	x	x	-
99313Y	Teststreifen CT- Insulinierung	x	x	x	x	x	-
99313Z	Teststreifen ICT- Insulinierung	x	x	x	x	x	-

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

<b>DMP Diabetes mellitus Typ 1</b>		<b>Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)</b>				<b>Fachärztlicher Versorg.-Sektor (FÄ VS)</b>		
<b>PK / EK</b>	<b>Kurzbeschreibung der GOP</b>	<b>HA<sup>2)</sup></b>	<b>QHA<sup>2)</sup></b>	<b>SPP</b>	<b>PÄD</b>	<b>SPP</b>	<b>PÄD</b>	<b>Augen- arzt</b>
99340A	Information, Beratung, Einschreibung, Erst-Dokumentation	x	x	x	x	x	x	-
99340B	Folgedokumentation	x	x	x	x	x	x	-
99390A	Erstdokumentation zweites DMP <sup>1)</sup>	x	x	-	-	-	-	-
99390B	Folgedokumentation zweites DMP <sup>1)</sup>	x	x	-	-	-	-	-
99340C	kontinuierliche Behandlung und Betreuung Jugendlicher u. Erwachsener	-	-	x	x	x	x	-
99340D	kontinuierliche Behandlung und Betreuung von Kindern	-	-	x	x	x	x	-
99340E	Frischmanifestierter Diabetes mellitus Typ 1	-	-	x	x	x	x	-
99340F	Behandlung u. Betreuung Schwangere m. Diabetes mellitus Typ 1	-	-	x	x	x	x	-
99340G	Behandlung diab. Fuß Wagner-Grad 1 o. 2	-	-	x	x	x	x	-
99340H	Behandlung diab. Fuß Wagner-Grad ab 3	-	-	x	x	x	x	-
99340I	Ersteinstellung von Pumpenpatienten	-	-	x	x	x	x	-
99345A	Schulung Hypertonie	-	x	x	-	x	-	-
99345S	Schulungsmaterial für GOP 99345A	-	x	x	-	x	-	-
99346A	genehmigte Nachschulung Hypertonie	-	x	x	-	x	-	-
99345D	Schulung intensivierete Insulintherapie	-	-	x	-	x	-	-
99345T	Schulungsmaterial für GOP 99345D	-	-	x	-	x	-	-
99346D	genehmigte Nachschulung intensivierete Insulintherapie	-	-	x	-	x	-	-
99345H	Schulung Ersteinstellung Insulinpumpe	-	-	x	x	x	x	-
99345J	Schulung Diabetes bei Jugendlichen	-	-	x	x	x	x	-
99345U	Schulungsmaterial für GOP 99345J	-	-	x	x	x	x	-
99346J	genehmigte Nachschulung Diabetes bei Jugendlichen	-	-	x	x	x	x	-
99345K	Schulung Diabetes bei Kindern	-	-	x	x	x	x	-
99345V	Schulungsmaterial für GOP 99345K	-	-	x	x	x	x	-
99346K	genehmigte Nachschulung Diabetes bei Kindern	-	-	x	x	x	x	-
99349	jährliche augenärztliche Untersuchung	-	-	-	-	-	-	x
99343K	Teststreifen ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche	x	x	x	x	x	x	-
99343Z	Teststreifen ICT-Insulinierung für Erwachsene	x	x	x	x	x	x	-

DMP KHK		Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)				Fachärztl. Versorg.- Sektor (FÄ VS)	
		HA	HA mG <sup>3)</sup>	QHA <sup>3)</sup>	SPP <sup>3)</sup>	SPP <sup>3)</sup>	FA KHK
PK / EK	Kurzbeschreibung der GOP						
99320A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdokumentation	x	x	x	-	-	x
99320B	Folgedokumentation	x	x	x	-	-	x
99390A	Erstdokumentation zweites DMP1)	x	x	x	-	-	-
99390B	Folgedokumentation zweites DMP1)	x	x	x	-	-	-
99320C	Koordinationspauschale Facharzt	-	-	-	-	-	x
99325A	Schulung Hypertonie	-	-	x	x	x	x
99325B	Schulung jüngere nicht insulinierter Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99325C	Schulung ältere nicht insulinierter Typ 2.2	-	x	x	x	x	-
99325E	Schulung jüngere insulinierter Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99325F	Schulung ältere insulinierter Typ 2.2	-	-	x	x	x	-
99325G	Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung	-	-	-	-	-	x
99325S	Schulungsmaterial außer GOP 99325G	-	x	x	x	x	x

Legende:

- 1) abgestaffelte Vergütung nach dem Multimorbiditätsvertrag bei Einschreibung eines Patienten in zwei DMPs
- 2) Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 in Einzelfällen (bei strukturellen Gegebenheiten) möglich
- 3) Teilnahme am DMP KHK nicht erforderlich bei Erbringung von Schulungsleistungen (99325A bis 99325F) als Auftragsleistungen (jedoch Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 erforderlich); Bei Erbringung der Dokumentationen ist eine Einschreibung in das DMP KHK zwingend erforderlich.

## **Hinweise zur Abrechnung:**

### **1 HÄ VS (hausärztlicher Versorgungssektor - DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1 und KHK)**

#### **1.1 HA (Hausarzt)**

Jeder am DMP teilnehmende Hausarzt, ohne Genehmigung einer genehmigungspflichtigen DMP-Schulungsleistung

#### **1.2 HAmG (Hausarzt mit Genehmigung)**

Jeder am DMP teilnehmende Hausarzt, mit Genehmigung zur Schulung nicht insulinierter Typ 2.2 – Diabetiker (GOP 99315C bzw. 99325C)

#### **1.3 QHA (diabetolog. qualifizierter Hausarzt i.S.d. DMP Diabetes mellitus Typ 2)**

Jeder am DMP teilnehmende Hausarzt, mit mindestens einem/r Diabetesassistenten/in DDG oder mindestens einem/r Diabetesberater/in DDG in einer Festanstellung und der Möglichkeit, Genehmigungen auf der Basis MEDIAS 2 und/oder Hypertonie zu beantragen (siehe Anlage 13 „Patientenschulungen“)

#### **1.4 SPP (diabetolog. Schwerpunktpraxis) - § 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1**

Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxis mit allen Möglichkeiten der Abrechnung der beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 angebotenen Schulungen

#### **1.5 PÄD (diabetolog. qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung) - § 3 Abs. 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1**

Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende/r hausärztlich/e diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung.

### **2 FÄ VS (fachärztlicher Versorgungssektor - DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1 und KHK)**

#### **2.1 SPP (diabetolog. Schwerpunktpraxis) - § 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1**

Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende fachärztliche diabetologische Schwerpunktpraxis mit allen Möglichkeiten der Abrechnung der beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 angebotenen Schulungen

#### **2.2 PÄD (diabetolog. qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung) - § 3 Abs. 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1**

Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende/r fachärztlich/e diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung.

#### **2.3 FA KHK (kardiologischer qualifizierter fachärztlicher Internist bzw. Internist mit SP Kardiologie) - § 4 Vertrag DMP KHK**

Jeder am DMP KHK teilnehmende kardiologische qualifizierte fachärztliche Internist bzw. Internist mit SP Kardiologie.

## **2.1.2 Vereinbarungen über die programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von nicht insulinbehandelten Versicherten mit Diabetes mellitus Typ II mit den sächsischen Primärkassen und der Bundesknappschaft ab 01.01.92**

**Protokollnotiz vom 02.08.01 ab 01.07.01**

<b>97215A</b>	<b>Programmierte ärztliche Schulung und Betreuung von nicht insuliniierten Typ-II-Diabetikern in Gruppen in der Praxis des behandelnden Arztes bei einer Teilnehmerzahl von 4 bis 10 Personen, je Teilnehmer 4 Unterrichtseinheiten, je Sitzung, Vertragsgebiet Ost,</b>	
	<b>BMÄ .....</b>	<b>5,37 EUR</b>
<b>97215</b>	<b>Schulung von nicht insuliniierten Typ-II-Diabetikern, entspr. Nr. 97215A, Vertragsgebiet West,</b>	
	<b>BMÄ .....</b>	<b>7,67 EUR</b>
<b>98015</b>	<b>Pauschalerstattung für Diabetesschulungsmaterial, je Patient</b>	
	<b>BMÄ .....</b>	<b>8,05 EUR</b>

- Für alle Kostenträger nach BMÄ berechnungsfähig (Nr. 97215 Vertragsgebiet West, Nr. 97215A Vertragsgebiet Ost).
- Genehmigung gemäß o. g. Vereinbarungen erforderlich.
- Nrn. 97215A und 97215 nur einmal pro Sitzung berechnungsfähig, Nr. 98015 nur einmal pro Patient berechnungsfähig.



### 2.1.3 Vereinbarungen zu Diabetes-Diagnosen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen ab 01.04.03

auf Grundlage der gekündigten Diabetes-Vereinbarung Primärkassen ab 01.07.99; 1. Protokollnotiz vom 28.10.99 ab 01.10.99; 2. Protokollnotiz vom 08.10.99; Protokollnotiz vom 19.06.00 ab 01.07.00; Protokollnotiz vom 02.08.01 ab 01.07.01; Protokollnotiz vom 21.03.01/26.06.02 ab 01.04.02;

auf Grundlage der gekündigten Diabetes-Vereinbarung Ersatzkassen ab 01.10.99, Protokollnotiz vom 17.03.00, Protokollnotiz vom 21.03.01/26.06.02 ab 01.04.02, Anlage 1 Gesamtvertrag Ersatzkassen 2002

#### Änderungsvereinbarungen zu den Vereinbarungen vom 07.02.2003

Gemäß den o.g. Änderungsvereinbarungen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen gelten bis zum Abschluss einer Anschlussvereinbarung die Regelungen der gekündigten „Diabetes-Vereinbarung Sachsen“ vom 30. Juni 1999 weiter.

Ausgenommen davon sind die Diagnosen Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2.

Das bedeutet, dass die **Diabetes-Vereinbarung Sachsen ab 01.04.2007** nur noch für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2 gilt, d.h. die hier aufgeführten GOP sind **nur noch für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2** berechnungsfähig.

- 99115D Schulung von Typ-I-Diabetikern (neu Typ 1) nach anerkannten strukturierten Schulungsprogrammen der DDG,**  
 - in Gruppen von 4 bis 12 Patienten (bei Bedarf auch Einzelschulung)  
 - 12 Doppelstunden  
 BMÄ / E-GO ..... 25,56 EUR
- 98015S Pauschalerstattung für Diabetesschulungsmaterial, je Patient**  
 BMÄ ..... 8,05 EUR
- 98015S Pauschalerstattung für Verbrauchsmaterial, je Patient**  
 E-GO ..... 7,67 EUR
- 99115G Schulung von Diabetikern nach dem von der Fachkommission Diabetes bestätigten Schulungsprogramm „Nierenstoffwechsel/ Ernährung“ durch Dialysepraxen ab 01.04.02**  
 - 2 Doppelstunden  
 BMÄ / EGO ..... 25,56 EUR
- **Nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2** für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
  - Genehmigung gemäß o. g. Vereinbarung erforderlich.
  - Nr. 98015S nur einmal pro Patient berechnungsfähig.

<b>99117 Koordinationspauschale Hausarzt, je Behandlungsfall</b>	
BMÄ .....	6,39 EUR
E-GO .....	6,14 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99117A Überweisung vom HA zur SPP, je Behandlungsfall</b>	
BMÄ .....	10,23 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118A Ersteinstellung von Pumpenpatienten, je Krankheitsfall</b>	
BMÄ .....	127,82 EUR
E-GO .....	127,82 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118B Dauerbetreuung von Pumpenpatienten, je Behandlungsfall</b>	
BMÄ .....	12,78 EUR
E-GO .....	20,45 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118C Dauerbetreuung von Kindern und Jugendlichen Typ I, je Behandlungsfall</b>	
BMÄ .....	12,78 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118C Diabetes mellitus bei Kindern und Jugendlichen, je Behandlungsfall</b>	
E-GO .....	20,45 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118D Ersteinstellung für CT-Insulinierung, je Krankheitsfall</b>	
BMÄ .....	20,45 EUR
E-GO .....	25,56 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118E Ersteinstellung für ICT-Insulinierung, je Krankheitsfall</b>	
BMÄ .....	71,58 EUR
E-GO .....	76,69 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118F Diabetes mellitus in der Schwangerschaft, maximal in 6 Quartalen, je Quartal</b>	
BMÄ .....	25,56 EUR
E-GO .....	20,45 EUR
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	

<b>99118G Komplikationsbehandlung von Ulzera, je Behandlungsfall</b>	
<b>BMÄ</b> .....	<b>38,35 EUR</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118G Komplikationsbehandlung von Ulzera, maximal in 3 Quartalen, je Quartal</b>	
<b>E-GO</b> .....	<b>38,35 EUR</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118H Mitbehandlung/Stoffwechseleoptimierung von überwiesenen Diabetikern, maximal in 2 Quartalen, je Quartal</b>	
<b>BMÄ</b> .....	<b>21,47 EUR</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118H Mitbehandlung/Stoffwechseleoptimierung von überwiesenen Diabetikern (gilt auch bei Überweisung durch andere Fachärzte), maximal in 3 Quartalen, je Quartal</b>	
<b>E-GO</b> .....	<b>23,01 EUR</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118I Konsultationspauschale vor KH-Einweisung, je Behandlungsfall</b>	
<b>BMÄ</b> .....	<b>20,45 EUR</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118K Erstvorstellung in der SPP, je Krankheitsfall</b>	
<b>BMÄ</b> .....	<b>51,13 EUR</b>
<b>E-GO</b> .....	<b>0,00</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
<b>99118L Koordinationspauschale Dauerpatienten der SPP, je Behandlungsfall</b>	
<b>BMÄ</b> .....	<b>6,39 EUR</b>
<b>E-GO</b> .....	<b>6,14 EUR</b>
(nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	

\*) Werte ab 01.01.02 ggf. quotiert

- **Nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2** für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- Nrn. 99117, 99117A nur für Hausärzte berechnungsfähig.
- Für die Nrn. 99118A bis 99118L ist eine Genehmigung gemäß den o.g. Vereinbarungen erforderlich.

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

---

- Jeweils nur einmal pro in der Leistungslegende angegebenen Zeitraum berechnungsfähig.
- Nrn. 99117, 99117A im selben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 99118A bis 99118C, 99118E bis 99118L.
- **BMÄ:**  
Nrn. 99118A bis 99118E und 99118H bis 99118L im selben Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- **E-GO:**  
Nrn. 99118A, 99118B, 99118D, 99118E, 99118H und 99118L im selben Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.  
Nr. 99118L im selben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 99118C, 99118F, 99118G.  
Nr. 99118H im selben Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 99118C, 99118F.
- Nur berechnungsfähig, wenn die Dokumentation gemäß Vereinbarung erfolgt.
- Die Durchführung der Schulungsstunden sind auf dem Vordruck gemäß Anlage 4.3 zu dokumentieren und vom Patienten gegenzuzeichnen.  
Nach Abschluss der Schulungsmaßnahme ist dieser mit der nächsten Quartalsabrechnung bei der zuständigen KVS-Bezirksgeschäftsstelle einzureichen.

### **99913X Teststreifenverordnung für Diabetiker außer Typ 2 mit OAD-Therapie**

### **99913Y Teststreifenverordnung für Diabetiker außer Typ 2 mit CT-Therapie**

### **99913Z Teststreifenverordnung für Diabetiker außer Typ 2 mit ICT-Therapie**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO können die an o. g. Vereinbarungen zu Diabetes-Diagnosen außer Typ 2 teilnehmenden Ärzte für Diabetiker außer Typ 2 mit

OAD-Therapie	bis zu	50
CT-Insulinierung	bis zu	200
ICT-Insulinierung	bis zu	400

Blutzuckerteststreifen pro Quartal verordnen. Diese zusätzlichen Verordnungen haben bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze keine Auswirkungen auf die individuelle Richtgrößenüberschreitung.

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

### **2.1.4 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Diabetes mellitus Typ 1- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen ab 01.01.2007**

**Ziel der Vereinbarung** ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität. Dabei werden in Abhängigkeit z. B. von Alter und Begleiterkrankungen des Patienten unterschiedliche, individuelle Zielvereinbarungen mit den Patienten abgeschlossen.

An diesem DMP Diabetes mellitus Typ 1 können diabetologisch qualifizierte Ärzte/ diabetologische Schwerpunktpraxen (Anlage 1 des Vertrages), diabetologisch qualifizierte Pädiater/ pädiatrische Einrichtungen (Anlage 2 des Vertrages) sowie in Ausnahmefällen bei strukturellen Gegebenheiten Hausärzte im Rahmen von § 73 SGB V (Anlage 3 des Vertrages) teilnehmen.

Die Langzeitbetreuung und Dokumentation des Patienten mit Diabetes mellitus Typ 1 sollte durch einen diabetologisch besonders qualifizierten Arzt erfolgen.

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß Abschnitt II, § 3:**

Die koordinierenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators. Die Ärzte und die Krankenkassen wirken gemeinsam auf eine aktive Teilnahme der Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 1 in der Region der KVS hin.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.

Teilnahmeberechtigt als koordinierender Vertragsarzt sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte. Es kann sich dabei um:

1. einen vertragsärztlich zugelassenen oder ermächtigten Arzt oder
2. eine qualifizierte Einrichtung, die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt handeln, die die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor“ erfüllt.

In Einzelfällen (gemäß Anlage 3) kann als koordinierender Vertragsarzt auch ein gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Arzt teilnehmen.

Teilnahmeberechtigt sind Vertragsärzte, die die Strukturvoraussetzungen nach Anlage 1 (Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor) des o.g. Vertrages erfüllen und die geregelten Vertragsinhalte, insbesondere die Versorgungsinhalte und die erforderliche Dokumentation, einhalten.

Die genauen fachlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen, die Indikationen bei denen der koordinierende Arzt eine Überweisung des Patienten zu anderen Fachärzten veranlassen muss bzw. soll sowie Indikationen zur stationären Einweisung in ein geeignetes Krankenhaus finden Sie in der o.g. Anlage 1 detailliert beschrieben.

**Versicherte** der teilnehmenden Krankenkassen können freiwillig an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die Einschreibekriterien gemäß Abschnitt V § 13

erfüllt sind (schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose..., schriftliche Einwilligung in Teilnahme und damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, Aufgabenverteilung und Versorgungsziele, der Möglichkeit des Widerrufs, Mitwirkungspflichten, etc.).

**Es wurden folgende Pauschalen vereinbart** (außerhalb der pausch. Gesamtvergütung):

**Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte Dokumentation** (gemäß Anlage 12) „Dokumentationsbogen 8a/b“ **sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung** des Versicherten gemäß § 14:

**99340A Information, Beratung u. Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr. Unterlagen durch koordinierende Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument**  
**BMÄ / E-GO ..... 25,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99340B Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch koordinierende Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument**  
**BMÄ / E-GO ..... 15,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Diese GOP gelten nur, wenn der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 1 entschließt.

Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur „Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP nach § 137f SGB V“ zur Anwendung. (siehe GOP 99390A, 99390B)

- Für die Einschreibung sind keine Leistungen oder Kosten des EBM berechnungsfähig, neben den Nrn. 99340A u. 99340B sind z. B. Arztbriefe o. Porto ausgeschlossen. (§ 35)
- Die Nr. 99340A (Erstdokumentation) ist nur einmalig, zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP, durch den koordinierenden Vertragsarzt (§ 3) berechnungsfähig.
- Die Abrechnung der Nr. 99340A schließt eine Abrechnung der Nr. 99340B im gleichen Quartal aus.
- Die Nr. 99340B ist durch den koord. Vertragsarzt (§ 3) wie folgt berechnungsfähig:
  - a) einmal im Quartal, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „jedes Quartal“ angegeben hat.
  - b) einmal in zwei Quartalen, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „jedes zweite Quartal“ angegeben hat. (§ 35)

Für die **Behandlung des eingeschriebenen Versicherten in dem entsprechenden Quartal** durch koordinierende Vertragsärzte (gemäß Anlage 1) bzw. qualifizierte Vertragsarzt für die Betreuung von Kindern und Jugendlichen (gemäß Anlage 2):

**Pauschale für die kontinuierliche Behandlung und Betreuung,**  
je Versicherten und einmal je Quartal für

**99340C ... Jugendliche und Erwachsene (BMÄ / E-GO) ..... 30,00 EUR**

**99340D ... Kinder (BMÄ / E-GO) ..... 60,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99340E Frischmanifestierter Diabetes mellitus Typ 1**  
**(ambulante Behandlung, Problemlberatung und Betreuung)**

- einmalig je Versicherten;

- für Neuerkrankungen ab 1. April 2007

**BMÄ / E-GO ..... 300,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99340F Pauschale für die Behandlung und Betreuung**  
**von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1,**

- je Versicherte und einmal je Quartal

- maximal dreimal im Krankheitsfall

**BMÄ / E-GO ..... 100,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**Behandlungspauschale für Versicherte mit diabetischem**  
**Fußsyndrom, je Versicherten und einmal je Quartal;**

**Wagner-Armstrong-Klassifikation:**

**99340G ... Wagner-Grad 1 oder 2 (BMÄ / E-GO) ..... 35,00 EUR**

**99340H ... Wagner-Grad ab 3 (BMÄ / E-GO) ..... 50,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99340I Ersteinstellung von Pumpenpatienten, einmalig je Versicherten**

**BMÄ / E-GO ..... 128,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99345H Spezialschulung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe**

- umfasst 5 Unterrichtseinheiten (1 UE = 90 Minuten)

- je Patient und UE berechnungsfähig

**BMÄ / E-GO ..... 26,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Die Leistungen nach den Nrn. 99340C und 99340D sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Nrn. 99340E und 99340I berechnungsfähig.

- Die Leistungen nach den Nrn. 99340G und 99340H sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben der Nr. 99340E berechnungsfähig.

- Die Leistung nach der Nr. 99340E ist nicht im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung aufgrund des frischmanifestierten Diabetes mellitus Typ1 berechnungsfähig.

- Für die kontinuierliche Betreuung der eingeschriebenen Versicherten erhalten die koord. Vertragsärzte (§ 3) eine Betreuungspauschale in Höhe von 35,00 EUR pro eingeschriebenem Versicherten und Jahr, wenn der Versicherte 12 Monate lückenlos im DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschrieben ist und alle Dokumentationen entspr. des jeweils festgelegten Dokumentationsintervalls in diesem Zeitraum vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegen.
- Zur Förderung des Einsatzes von zertifizierten Software-Produkten zur Unterstützung der Erstellung der Dokumentationen und der papierlosen Weiterleitung der Dokumentationen an die Datenstelle (elektronische Dokumentation – eDMP) wird außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung eine einmalige Investitionspauschale in Höhe von 200,00 EUR je eingeschriebenem koordinierendem Vertragsarzt nach erster elektronischer Datenlieferung und entsprechender Bestätigung durch die Datenstelle gezahlt. Sofern die Investitionspauschale bereits im Rahmen eines anderen DMP gezahlt wurde, besteht kein Anspruch auf zusätzliche Zahlung der Investitionspauschale.
- Wurden innerhalb dieses Zeitraumes mind. 60% bzw. 70% aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen, werden dem koordinierenden Arzt zusätzliche 5,00 EUR bzw. weitere 3,00 EUR pro eingeschriebenem und überwiesenem Patienten nachvergütet.  
Der koordinierende Vertragsarzt hat die Teilnahme des jeweiligen Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 1 auf der Überweisung an den Augenarzt zu vermerken.

Die augenärztliche Untersuchung ist gemäß Anlage 7 dieses Vertrages, Punkt 1.5.1.3 bzw. 1.7.5 für eingeschriebene DMP Diabetes mellitus Typ 1 Patienten vorgeschrieben:

#### 99349 Augenärztliche Untersuchung

##### **Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydrasis**

(Untersuchung beider Augen, einschl. eines ärztlichen Briefes vom Augenarzt an den DMP-Arzt),

**auf Überweisung, einmal im Krankheitsfall**

**BMÄ / E-GO ..... 10,00 EUR**

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- auf der Überweisung ist kenntlich zu machen, dass es sich um eine Überweisung zur augenärztlichen Untersuchung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 handelt
- Für die Betreuung von Versicherten innerhalb Medizinischer Versorgungszentren oder fachübergreifender Gemeinschaftspraxen ist keine Überweisung erforderlich.
- Die Abrechnung der Nr. 99349 schließt die Berechnung der EBM-GOP 06333, 01600 und 01601 im selben Arzt-Patienten-Kontakt aus.
- Haben mind. 60 % bzw. 70% aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten die augenärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Monaten in Anspruch genommen, werden je untersuchtem DMP-Patienten 1,00 EUR bzw. 2,00 EUR nachvergütet.

Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden **Patientenschulungen wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (UE)** vergütet.

Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 13 „Patientenschulung“ zum o.g. Vertrag geregelt.

### **Hypertonieschulung**

(4-8 Patienten je Schulungsgruppe; max. 4 UE, je UE)

99345A ... Schulung (BMÄ / E-GO) ..... 26,00 EUR

99346A ... Nachschulung (BMÄ / E-GO) ..... 26,00 EUR

### **99345S Schulungsmaterial für GOP 99345A, je Versicherten**

BMÄ / E-GO ..... 9,00 EUR

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

### **Diabetesschulung mit intensivierter Insulintherapie**

(4-10 Patienten je Schulungsgruppe; max. 12 UE, je UE)

99345D ... Schulung (BMÄ / E-GO) ..... 25,00 EUR

99346D ... Nachschulung (BMÄ / E-GO) ..... 25,00 EUR

### **99345T Schulungsmaterial für GOP 99345D, je Versicherten**

BMÄ / E-GO ..... 9,00 EUR

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

### **Diabetes bei Jugendlichen**

(bei Manifestation immer als Einzelschulung,

Folgeschulung bis 5 Jugendliche; max. 8 UE, je UE)

99345J ... Schulung (BMÄ / E-GO) ..... 26,00 EUR

99346J ... Nachschulung (BMÄ / E-GO) ..... 26,00 EUR

### **99345U Schulungsmaterial für GOP 99345J, je Versicherten**

BMÄ / E-GO ..... 100,00 EUR

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

### **Diabetes bei Kindern**

(Individuell in Einzelschulungen bzw. Übungsanteile in Kleingruppen;

max. 8 UE, je UE)

99345K ... Schulung (BMÄ / E-GO) ..... 26,00 EUR

99346K ... Nachschulung (BMÄ / E-GO) ..... 26,00 EUR

### **99345V Schulungsmaterial für GOP 99345K, je Versicherten**

BMÄ / E-GO ..... 20,00 EUR

- im DMP D. Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**Erläuterungen:**

- Die Patientenschulungen können **ausschließlich durch koordinierende Vertragsärzte** (§3) erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen.
- Eine **Unterrichtseinheit (UE)** stellt einen **Zeitraum von 90 Minuten** dar.
- Die Gebühren beinhalten bei der Schulung von Kindern und Jugendlichen auch die teilnehmenden Erziehungsberechtigten.  
Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KVS erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Das gesamte Schulungs- und Behandlungsprogramm muss innerhalb von höchstens 4 Wochen stattfinden.
- Während der Durchführung der Schulungen muss die individuelle Insulindosisanpassung besprochen werden (außer Hypertonieschulung nach GOP 99345A).  
Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals muss in diesem Zeitraum sichergestellt sein.
- Die **Schulungen sind je Patient grundsätzlich nur einmalig berechnungsfähig; Nachschulungen bedürfen der Begründung** sowie einer Genehmigung durch die Gemeinsame Einrichtung und sind mit einer gesonderten Abrechnungsnummer abzurechnen.
- Voraussetzung für die Vergütung der genannten Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises (Anlage 14) nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Die Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.
- **Identische Schulungen**, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, **sind nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig.**

Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte können für die in dieses DMP eingeschriebenen Diabetiker mit den GOP's

<b>99343K</b>	<b>ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche</b>	<b>bis zu 700</b>
<b>99343Z</b>	<b>ICT-Insulinierung für Erwachsene</b>	<b>bis zu 550</b>

**Blutzuckerteststreifen pro Quartal als Praxisbesonderheit** geltend machen.

Diese zusätzlichen Verordnungen werden, analog zum Vertrag zur Durchführung des DMP Diabetes mellitus Typ 2, bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze im Rahmen der Richtgrößenprüfung von der Summe der Arzneimittelausgaben der Praxis abgesetzt.

## 2.1.5 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Diabetes mellitus Typ 2- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen ab 01.07.2006

### 1. Protokollnotiz vom 26.06.06, ab 01.07.2006

Die Vertragspartner vereinbarten - unter Neufassung der bisherigen Regelungen aus den Verträgen vom 07.02. bzw. 19.03.03 und den Protokollnotizen/Nachträgen vom 18.11. bzw. 24.11.03, 23.02.05 sowie 20.06. bzw. 21.06.05 - die Laufzeit aus dem Vertrag zwecks Wiederzulassung des strukturierten Behandlungsprogramms Diabetes mellitus Typ 2 in Sachsen zu verlängern und treffen hierfür nachfolgende Regelungen:

#### Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt):

Die Teilnahme der Vertragsärzte **ist freiwillig** und **erfordert eine besondere Genehmigung** der KV Sachsen. Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Vertragsarzt“ erfüllen. In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2

- einen Facharzt/-ärztin für Innere Medizin mit Zulassung zur Fachärztlichen Tätigkeit mit mind. 30 Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2 pro Quartal in dauerhafter Betreuung,
- einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt oder
- eine ärztlichen geleitete, diabetologisch spezialisierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen und ermächtigt ist,

auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen wählen, wenn der gewählte Arzt / die gewählte Einrichtung am Programm teilnimmt.

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt oder dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die im Vertrag genannten Überweisungsregeln sind zu beachten.

Durch seine Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt,

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von zehn Kalendertagen nach der Unterzeichnung dieser Erklärung,
2. die vollständige Erstdokumentation gemäß Anlage 12 „Dokumentationsbogen 2a/b“ mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug innerhalb von zehn Kalendertagen nach Dokumentationsdatum in elektronischer oder Papierform
3. die vollständige Folgedokumentation gemäß Anlage 12 „Dokumentationsbogen 2a/b“ mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug innerhalb von zehn Kalendertagen nach Dokumentationsdatum in elektronischer oder Papierform

an die Datenstelle weiterzuleiten.

Der koordinierende Vertragsarzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiterverwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die Fall-Nr. vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden und ist über den gesamten Behandlungsverlauf beizubehalten.

**Teilnahmevoraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen):**

Die Teilnahme der Vertragsärzte **ist freiwillig** und **erfordert eine besondere Genehmigung** der KV Sachsen. Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte in diabetologischen Schwerpunktpraxen, wenn sie die Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 „Strukturqualität diabetologisch qualifizierter Versorgungssektor“ erfüllen. Die Strukturqualität muss mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachgewiesen werden.

**Versicherte** können freiwillig auf Basis eines akkreditierten DMP ihrer Krankenkasse an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die entspr. Einschreibekriterien erfüllt sind (schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koordinierenden Vertragsarzt, schriftliche Einwilligung in die Teilnahme und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung seiner Daten, umfassende Information über Programminhalte, Versorgungsziele, etc.).

**Patienten, die bei Sonderkostenträgern versichert** sind, können **nicht in das DMP eingeschrieben** werden. Die Erst- und die Folgedokumentation (GOP 99310A und 99310B) können nicht erbracht und somit auch nicht abgerechnet werden.

Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird. Dieser Vertragsarzt ist der KVS mitzuteilen.

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können lt. Anlage 7 (3.2) nicht in dieses DMP aufgenommen werden.  
Siehe hierzu: Nr. 99118F - Diabetes Diagnosen außer Typ 2

**99310A Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr. Unterlagen durch koordinierende Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument**  
**BMÄ / E-GO ..... 25,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99310B Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch koordinierende Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument**  
**BMÄ / E-GO ..... 15,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Diese GOP gelten nur, wenn der Versicherte sich ausschließlich für die Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 entschließt.  
Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur „Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP nach § 137f SGB V“ zur Anwendung. (siehe GOP 99390A, 99390B)
- Für die Einschreibung sind keine Leistungen oder Kosten des EBM berechnungsfähig, d.h. neben den Nrn. 99310A und 99310B sind z. B. Arztbriefe oder Porto ausgeschlossen. (§ 35)

- Diese Nrn. sind nur für den koordinierenden Vertragsarzt mit der entspr. Genehmigung gemäß o. g. Vertrag berechnungsfähig. (§ 3, § 35)
- Die Nr. 99310A ist durch den koordinierenden Vertragsarzt nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP und bei Vertragsarztwechsel nach § 17 einmal im Krankheitsfall berechnungsfähig.
- Die Abrechnung der Nr. 99310A schließt eine Abrechnung der Nr. 99310B im selben Quartal aus.
- Die Nr. 99310B ist durch den koord. Vertragsarzt wie folgt berechnungsfähig:
  - a) *einmal im Quartal*, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes Quartal*“ angegeben hat.
  - b) *einmal in zwei Quartalen*, wenn er auf der letzten Dokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes zweite Quartal*“ angegeben hat. (§ 35)

Verstößt der Vertragsarzt nachweislich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgt keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung. (§ 12)

**Für die kontinuierliche Betreuung** der eingeschriebenen Versicherten **erhalten die koordinierenden Vertragsärzte** nach § 3 dieses Vertrages eine **Betreuungspauschale in Höhe von 35,00 EUR** pro eingeschriebenem Versicherten und Jahr, wenn der Versicherte 12 Monate lückenlos im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschrieben ist und alle Dokumentationen entsprechend des jeweils festgelegten Dokumentationsintervalls in diesem Zeitraum vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegen.

Wurden innerhalb dieses Zeitraumes mind. 60% bzw. 70% aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen, werden dem koordinierenden Arzt zusätzliche 5,00 EUR bzw. weitere 3,00 EUR pro eingeschriebenem und überwiesenem Patienten nachvergütet.

Der koordinierende Vertragsarzt hat die Teilnahme des jeweiligen Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 auf der Überweisung an den Augenarzt zu vermerken.

**Zur Förderung des Einsatzes von zertifizierten Software-Produkten** zur Unterstützung der Erstellung der Dokumentationen und der papierlosen Weiterleitung der Dokumentationen an die Datenstelle (elektronische Dokumentation – **eDMP**) wird außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung eine **einmalige Investitions-pauschale in Höhe von 200,00 EUR** je eingeschriebenem koordinierendem Vertragsarzt nach erster elektronischer Datenlieferung und entsprechender Bestätigung durch die Datenstelle gezahlt.

### **99315A Hypertonieschulung**

- Strukturiertes Therapie- und Schulungsprogramm für Patienten mit Hypertonie (Grüßer/Jörgens),
- je Patient max. 4 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE

**BMÄ / E-GO** ..... **26,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99315B Schulung von jüngeren Typ-2-Diabetikern, die kein Insulin benötigen (Typ 2.1)**

- Schulungsprogramm MEDIAS 2 (Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2) (Grundschulung),
- je Patient max. 8 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE

**BMÄ / E-GO ..... 26,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99315C Schulung von älteren Typ-2-Diabetikern, die kein Insulin benötigen (Typ 2.2)**

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (Grüßer/Jörgens),
- je Patient 4 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE

**BMÄ / E-GO ..... 6,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99315E Schulung von jüngeren Typ-2-Diabetikern mit Insulin (Typ 2.1)**

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen (Grüßer/Jörgens); bei bisher nicht geschulten, schlecht eingestellten Diabetikern Zusatzmodule aus MEDIAS 2, ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten,
- je Patient max. 5, bei Zusatzmodulen max. 12 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE

**BMÄ / E-GO ..... 26,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99315F Schulung von älteren Typ-2-Diabetikern mit Insulin (Typ 2.2)**

- Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen (Grüßer/Jörgens); ggf. Zusatzmodule aus MEDIAS 2, ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten (z. B. Diabetischer Fuß),
- je Patient max. 5, bei Zusatzmodulen max. 6 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE

**BMÄ / E-GO ..... 26,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99315S Schulungsmaterial für alle Schulungs-GOP, je Patient**

**BMÄ / E-GO ..... 9,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**Erläuterungen:****Typ 2.1: Manifestationsalter < 65 Jahre**

**Typ 2.2:** Patienten, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Folgekrankheiten gering ist. **Manifestationsalter > 65 Jahre**

- Für die Abrechnung der Nrn. 99315A bis 99315 F, 99315S sind vom koordinierenden Arzt oder der diabetologische Schwerpunktpraxis die erforderlichen Strukturvoraussetzungen zu erfüllen. Eine **Genehmigung** gemäß o.g. Vereinbarung ist erforderlich.
- Eine **Unterrichtseinheit (UE)** stellt einen **Zeitraum von 90 Minuten** dar.
- Die Schulungen sollen in Gruppen von mindestens vier, jedoch höchstens zehn Patienten erfolgen. Die Hypertonieschulung erfolgt in Gruppen von vier bis acht Patienten.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) können die Schulungen nach den Nrn. 99315A bis 99315F als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen.  
Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen.  
Nach Abrechnung durch die KVS erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Die **Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig; Nachschulungen bedürfen der Begründung** sowie einer Genehmigung durch die Gemeinsame Einrichtung. Diese Genehmigung ist mit der Quartalsabrechnung und dem Schulungsnachweis bei der KV einzureichen.
- Voraussetzung für die Vergütung der Schulungen nach den o.g. Nrn. 99315A bis 99315F ist die Übermittlung des Schulungsnachweises nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. (Anlage 14) Die Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.
- **Identische Schulungen**, die im Rahmen mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, **sind nur i. R. eines DMP abrechnungsfähig.**

**99319 Augenärztliche Untersuchung****Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydrasis**

(Untersuchung beider Augen, einschl. eines ärztlichen Briefs vom Augenarzt an den DMP-Arzt),

**auf Überweisung, einmal im Krankheitsfall**

**BMÄ / E-GO ..... 10,00 EUR**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- auf der Überweisung ist kenntlich zu machen, dass es sich um eine Überweisung zur augenärztlichen Untersuchung im Rahmen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 handelt
- Die Abrechnung der Nr. 99319 schließt die Berechnung der EBM-GOP 06333, 01600 und 01601 im selben Arzt-Patienten-Kontakt aus.
- Haben mind. 60 % bzw. 70% aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten die augenärztliche Untersuchung innerhalb von 12 Monaten in Anspruch genommen, werden je untersuchtem DMP-Patienten 1,00 EUR bzw. 2,00 EUR nachvergütet.

- 99315H Spezialschulung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe durch diabetologische Schwerpunktpraxen, - umfasst 5 Doppelstunden und ist je Patient und Unterrichtseinheit abrechenbar, auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose**  
**BMÄ / E-GO ..... 26,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- 99318A Ersteinstellung von Pumpenpatienten auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose**  
**BMÄ / E-GO ..... 128,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- 99318B Dauerbetreuung von Pumpenpatienten auf Überweisung, je Behandlungsfall**  
**BMÄ ..... 13,00 EUR**  
**E-GO .....\*) 21,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- 99318D Ersteinstellung für CT-Insulinierung - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose**  
**BMÄ / E-GO ..... 21,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- 99318E Ersteinstellung ICT-Insulinierung - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose**  
**BMÄ ..... 72,00 EUR**  
**E-GO .....\*) 77,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- 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**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- 99318G Komplikationsbehandlung von Ulzera - auf Überweisung, je Behandlungsfall**  
**BMÄ / E-GO ..... 39,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- 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**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen  
\* hierunter ist der koordinierende hausärztlich tätige Vertragsarzt zu verstehen

- 99318L Stoffwechseleoptimierung  
ohne Vorliegen einer Überweisung**  
- je Behandlungsfall, max. 2-mal im Krankheitsfall  
**BMÄ / E-GO ..... 20,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- 99318I Konsultationspauschale vor Krankenseinweisung  
- auf Überweisung, je Behandlungsfall**  
**BMÄ ..... 21,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primärkassen

- 99318K Erstvorstellung in der diabetologischen Schwerpunktpraxis,  
- auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose**  
**BMÄ ..... 52,00 EUR**  
- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primärkassen

#### **Hinweis:**

Diabetologische Schwerpunktpraxen, die als koordinierende Vertragsärzte nach § 3 Abs. 2 DMP-Vertrag teilnehmen, können gemäß § 2 Abs. 3 der „Vereinbarung über die Vergütung von Sonderleistungen/Krankenhauseinsetzende Leistungen der diabetologischen Schwerpunkt-Praxen 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. GOP sind nur bei in das DMP Diabetes Typ 2 eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen berechnungsfähig.  
Sie sind jedoch auch bei Besonderen Kostenträgern nach BMÄ oder E-GO zulässig; ansonsten siehe Nrn. 97215/97215A, 98015 (BMÄ).

Genehmigungen gemäß o. g. Vereinbarungen erforderlich:

- Nrn. 99315A bis 99315F, 99315S für den koordinierenden Arzt oder diabetologische Schwerpunktpraxen, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen;
- Nrn. 99315H, 99318A bis 99318K für diabetologische Schwerpunktpraxen, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen; ansonsten siehe Nrn. 97215/97215A, 98015 (BMÄ).

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.

**99313X Teststreifenverordnung für Diabetiker Typ 2 mit OAD-Therapie**

**99313Y Teststreifenverordnung für Diabetiker Typ 2 mit CT-Therapie**

**99313Z Teststreifenverordnung für Diabetiker Typ 2 mit ICT-Therapie**

- im DMP D. Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Bei in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen und bei Besonderen Kostenträgern nach BMÄ oder E-GO können die an o. g. Verträgen teilnehmenden Ärzte für Diabetiker Typ 2 mit

OAD-Therapie	bis zu	50
CT-Insulinierung	bis zu	200
ICT-Insulinierung	bis zu	400

Blutzuckerteststreifen pro Quartal verordnen.

Diese zusätzlichen Verordnungen haben bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze keine Auswirkungen auf die individuelle Richtgrößenüberschreitung (§ 10 Abs. 2).

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

## **2.1.6 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) - Koronare Herzkrankheit (KHK) - nach § 137f SGB V mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen vom 09.12.04, ab 01.01.05**

**1. Protokollnotiz vom 22.07.05, ab 01.07.05**

**2. Protokollnotiz vom 26.06.06, ab 01.07.06**

### **Teilnahmevoraussetzungen des hausärztlichen Versorgungssektors**

**(koordinierender Vertragsarzt):** Die Teilnahme der Vertragsärzte ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KV Sachsen. Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen nach Anlage 1 „Strukturqualität koordinierender Arzt“ erfüllen.

In Ausnahmefällen kann ein Versicherter einen zugelassenen oder ermächtigten kardiologisch qualifizierten Facharzt oder eine kardiologisch qualifizierte Einrichtung, die für diese Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 116b SGB V an der ambulanten ärztlichen Versorgung teilnimmt, zur Koordination wählen. Soweit die Notwendigkeit einer fachärztlichen Betreuung des eingeschriebenen DMP-Patienten nicht mehr vorliegt, ist dieser unverzüglich an einen Vertragsarzt des hausärztlichen Versorgungssektors i. R. eines Arztwechsels nach § 17 zur weiteren Betreuung i. R. des Strukturierten Behandlungsprogramms zu überweisen. (§ 3)

### **Teilnahmevoraussetzungen des fachärztlichen Versorgungssektors:**

Die Teilnahme der Vertragsärzte ist freiwillig und erfordert eine besondere Genehmigung der KV Sachsen. Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung ist der kardiologisch qualifizierte fachärztlich tätige Internist oder Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie - i. F. „Facharzt“ genannt - wenn er die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität fachärztlicher Versorgungssektor“ erfüllt. Die Strukturqualität muss der Vertragsarzt zu Beginn der Teilnahme nachweisen. Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entsprechend § 6. (§ 4)

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können auf freiwilliger Basis an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen, sofern die entsprechenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind. (§ 13)

Mit der Einschreibung in das Behandlungsprogramm wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt. Die Krankenkassen stellen sicher, dass der Versicherte nur durch einen koordinierenden Vertragsarzt betreut wird. Versicherte, die an mehreren strukturierten Behandlungsprogrammen teilnehmen, sollen sich für nur einen koordinierenden Arzt entscheiden. (§ 14) Die Datenstelle übermittelt der KVS ein Verzeichnis der eingeschriebenen Versicherten und deren koordinierende Vertragsärzte. (§ 18)

Durch seine Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt,

1. die Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten mit der Bestätigung der gesicherten Diagnose innerhalb von 10 Kalendertagen nach Unterzeichnung dieser Erklärung,
2. das Original der vollständigen Erstdokumentation 6a/b der RSAV mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug innerhalb von 10 Kalendertagen nach Dokumentationsdatum auf dem Dokumentationsbogen und
3. das Original der vollständigen Folgedokumentation 6a/b der RSAV mit Versichertenbezug und Leistungserbringerbezug innerhalb von 10 Kalendertagen nach Ablauf des Dokumentationszeitraumes

an die Datenstelle weiterzuleiten.

Der koordinierende Vertragsarzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf. Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiter verwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die DMP-Fallnummer vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung). Eine DMP-Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden. (§ 23)

Mit der **2. Protokollnotiz** wurde eine Festlegung des Bundesversicherungsamtes umgesetzt. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (Anlage 7), die Datenschutzinformation (Anlage 8) und das Patientenmerkblatt (Anlage 9) mit dem Stand 03.06.04 sind daher nur noch bis zum 31.08.06 verwendungsfähig sind und wurden durch entspr. neue Anlagen ersetzt.

**99320A Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 sowie Eintragungen in den Patientenpass ..... 25,00 EUR**  
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99320B Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 sowie Eintragungen in den Patientenpass ..... 15,00 EUR**  
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Diese Nrn. sind nur bei in das DMP KHK eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen berechnungsfähig!  
Schreibt der Arzt den Patienten in ein weiteres DMP ein, siehe Nrn. 99390A, 99390B! (Vertrag „Koordination und Vergütung DMP bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP ...“)
- Diese Nrn. sind nur für den koordinierenden Vertragsarzt berechnungsfähig. Genehmigung gemäß o. g. Vertrag erforderlich. (§ 3)
- Die Nr. 99320A ist einmalig durch den koordinierenden Vertragsarzt nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP berechnungsfähig (Erstdokumentation). (§ 35)
- Die Nr. 99320B ist durch den koordinierenden Vertragsarzt wie folgt berechnungsfähig:
  - a) einmal im Quartal, wenn er als Dokumentationszeitraum jedes Quartal wählt (Folgedokumentation),
  - b) einmal in zwei Quartalen, wenn er als Dokumentationszeitraum jedes zweite Quartal wählt (Folgedokumentation),sowie bei Vertragsarztwechsel. (§ 35, § 17)
- Die Abrechnung der Nr. 99320A schließt die Abrechnung der Nr. 99320B im gleichen Quartal aus. (§ 35)

- Für die Einschreibung, vollständige Dokumentation und Versand der Dokumentation sind keine Leistungen oder Kosten des EBM berechnungsfähig, d.h. neben den Nrn. 99320A und 99320B sind z. B. Arztbriefe oder Porto ausgeschlossen. (§ 35)
- Die Datenstelle übermittelt der KV Sachsen Quartalsweise einen Nachweis aller im Quartal eingegangenen Dokumentationsbögen zu Abrechnungszwecken. (§ 35)  
Verstößt der Vertragsarzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgt keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung. (§ 12)

### **99320C Im Rahmen der erstmaligen Diagnostik**

- **für eine umfassende Beratung des Versicherten zu den fachärztlichen Leistungen im Rahmen des Strukturier-ten Behandlungsprogramms Koronare Herzkrankheit,**
- **die individuelle Abschätzung des Myokardrisikos des Patienten,**
- **die umfassende Beratung zu möglichen interventio-nellen kardiologischen Maßnahmen und zu damit ver-bundenen Nutzen und Risiken für den Patienten ..... 50,00 EUR**
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen
- Diese Nr. ist nur bei in das DMP KHK eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen berechnungsfähig!
- Die Nr. 99320C ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP KHK - spätestens im Folgequartal - gebunden. (§ 35)
- Diese Nr. ist nur für den kardiologisch qualifizierten Facharzt berech-nungsfähig. Genehmigung gemäß o. g. Vertrag erforderlich. (§ 4)
- Die Nr. 99320C ist durch den kardiologisch qualifizierten Facharzt ein-malig pro Patient berechnungsfähig. (§ 35)

### **99325A Hypertonieschulung,**

- **Strukturiertes Hypertonie Therapie- und Schulungspro-gramm für Patienten mit Hypertonie (Grüßer/Hartmann/ Schlottmann/Sawicki/Jörgens),**
- **in Gruppen von 4 bis 8 Patienten (bei Sprachbarriere, Ge-hörlosen oder stark Sehbehinderten auch Einzelschulung),**
- **ggf. einschl. Mitschulung von Angehörigen,**
- **je Patient max. 4 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE .. 25,56 EUR**
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99325B Schulung von jüngeren Typ-2-Diabetikern, die kein Insulin benötigen (Typ 2.1: Manifestationsalter < 65 Jahre),**

- **MEDIAS 2 - Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2 (Kulzer),**
- **in Gruppen von 4 bis 10 Patienten (bei Sprachbarriere, Gehörlosen oder stark Sehbehinderten auch Einzelschulung),**
- **ggf. einschl. Mitschulung von Angehörigen,**
- **je Patient max. 8 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE .... 25,56 EUR**
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99325C Schulung von älteren Typ-2-Diabetikern, die kein Insulin benötigen (Typ 2.2: Patienten, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Folgeerkrankungen gering ist, Manifestationsalter > 65 Jahre),**

- **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die nicht Insulin spritzen (Kronsbein/Jörgens),**
- **in Gruppen von 4 bis 10 Patienten (bei Sprachbarriere, Gehörlosen oder stark Sehbehinderten auch Einzelschulung),**
- **ggf. einschl. Mitschulung von Angehörigen,**
- **je Patient 4 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE ..... 5,37 EUR**
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99325E Schulung von jüngeren Typ-2-Diabetikern mit Insulin (Typ 2.1: Manifestationsalter < 65 Jahre),**

- **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen (Grüßer/Röger/Jörgens), bei bisher nicht geschulten, schlecht eingestellten Diabetikern Zusatzmodule aus MEDIAS 2, ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten,**
- **in Gruppen von 4 bis 10 Patienten (bei Sprachbarriere, Gehörlosen oder stark Sehbehinderten auch Einzelschulung),**
- **ggf. einschl. Mitschulung von Angehörigen,**
- **je Patient max. 5, bei Zusatzmodulen max. 12 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE ..... 25,56 EUR**
- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- 99325F Schulung von älteren Typ-2-Diabetikern mit Insulin (Typ 2.2: Patienten, bei denen die Wahrscheinlichkeit des Auftretens von Folgeerkrankungen gering ist, Manifestationsalter > 65 Jahre),**
- **Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ-2-Diabetiker, die Insulin spritzen (Grüßer/Röger/Jörgens); ggf. Zusatzmodule aus MEDIAS 2, ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten (z. B. Diabetischer Fuß),**
  - **in Gruppen von 4 bis 10 Patienten (bei Sprachbarriere, Gehörlosen oder stark Sehbehinderten auch Einzelschulung),**
  - **ggf. einschl. Mitschulung von Angehörigen,**
  - **je Patient max. 5, bei Zusatzmodulen max. 6 Unterrichtseinheiten à 90 Min., je UE ..... 25,56 EUR**
  - im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**Pauschalerstattung für Schulungsmaterial**

- 99325S ... für Nr. 99325A, je Patient ..... 9,00 EUR**
- 99325S ... für Nrn. 99325B, 99325C, 99325E, 99325F, je Patient ..... 9,00 EUR**

- 99325G Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung,**
- **Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) (Sawicki),**
  - **nur bei Patienten, die ein Blutgerinnungsmessgerät von ihrer Krankenkasse genehmigt bekommen haben,**
  - **in Gruppen von 4 bis 6 Patienten (bei Sprachbarriere, Gehörlosen oder stark Sehbehinderten auch Einzelschulung),**
  - **ggf. einschl. Mitschulung von Angehörigen,**
  - **je Patient max. 4 Unterrichtseinheiten in wöchentlichen Abständen à 90 bis 120 Min., je UE ..... 25,56 EUR**
  - im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Diese Nrn. sind nur bei in das DMP KHK eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen berechnungsfähig. Sie sind jedoch auch bei besonderen Kostenträgern nach BMÄ oder E-GO zulässig. Ansonsten s. Nrn. 97215/ 97215A, 98015 (BMÄ).
- Identische Schulungen, die i. R. mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, sind nur i. R. eines DMP abrechnungsfähig. (§ 35)

- Genehmigungen gemäß o. g. Vereinbarungen erforderlich:  
Nr. 99325A bis 99325F, 99325S für den koordinierenden Vertragsarzt (§ 3) oder den kardiologisch qualifizierten Facharzt (§ 4), der die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllt;  
Nr. 99325G für den kardiologisch qualifizierten Facharzt (§ 4), der die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllt;  
Nr. 99325A bis 99325F, 99325S als Auftragsleistung für die in das DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebenen Vertragsärzte, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen (Die am DMP KHK teilnehmenden Vertragsärzte können die Diabetes- und Hypertonie-Schulungen als Auftragsleistung an die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden und zur Schulung berechtigten Vertragsärzte übertragen). (§ 35);  
ansonsten siehe Nrn. 97215/ 97215A, 98015 (BMÄ).
- Voraussetzung für die Vergütung der Nrn. 99325A bis 99325G ist die Übermittlung des Schulungsnachweises nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KV Sachsen. (§ 35 und Anlage 14)
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) können die Schulungen 99325A bis 99325G als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KV Sachsen erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse. (Anlage 13)
- Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig und für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. (§ 20 und Anlage 13)
- Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insbesondere bei Teilnahme an mehreren DMPs, zu berücksichtigen. (§ 20)
- Jeweils nur so oft, wie in der Leistungslegende angegeben, berechnungsfähig. Nachschulungen bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung durch die Gemeinsame Einrichtung. (Anlage 13)  
Diese Genehmigung ist mit der Quartalsabrechnung und dem Schulungsnachweis bei der KV einzureichen.

**2.1.7 Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter i. R. mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) nach § 137 f SGB V mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen ab 01.01.05**

**99390A Ersteinschreibung, weiteres DMP ..... 15,00 EUR**

- im zweiten DMP eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

**99390B Folgedokumentation, weiteres DMP ..... 9,00 EUR**

- im zweiten DMP eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

- Diese Nrn. sind nur bei Versicherten der Primär oder Ersatzkassen, die bereits in einem anderen DMP eingeschrieben sind, berechnungsfähig!
- Die Nr. 99390A ist nur einmal pro eingeschriebenen Versicherten berechnungsfähig.
- Es gelten die Abrechnungs- und Dokumentationsbestimmungen jeweils entsprechend den Nrn.  
99310A, 99310B (DMP Diabetes mellitus Typ 2),  
99320A, 99320B (DMP KHK) oder  
99340A, 99340B (DMP Diabetes mellitus Typ 1).

**Hinweis:**

Der Bestimmungen des o.g. Vertrages/ die o.g. GOP gelten zurzeit ausschließlich für die DMP Diabetes mellitus Typ 1, DMP Diabetes mellitus Typ 2 und KHK.



## 2.7 Verträge Rehabilitation

### 2.7.1 Kooperationsvertrag Rehabilitation mit der AOK Sachsen - Herz-/ Kreislaufgruppen ab 01.04.97, 1. Nachtrag ab 01.10.97

**99177A Ärztliche Beratung/Information und Verordnung der Herz-/Kreislaufgruppen**  
**BMÄ** ..... **4,09 EUR**

**99178A Abschlussuntersuchung durch den Arzt**  
**BMÄ** ..... **10,23 EUR**

- Nur gültig für Versicherte der AOK Sachsen.
- Für die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie nicht berechnungsfähig.
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Nr. 99178A bei der gleichen Diagnose nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 03311, 04311, 27310, 13250.
- Die Nr. 99178A wird nur vergütet, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Verordnungsbogens an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entspr. § 3 Abs. 7 durchgeführt hat.

### 2.7.2 Herz-/Kreislauf-Beratung - IKK Sachsen

**99177X Beratung und Verordnung**  
**BMÄ** ..... **4,09 EUR**

**99178X Abschlussuntersuchung/Nachberatung**  
**BMÄ** ..... **10,23 EUR**

- Nur gültig für Versicherte der IKK Sachsen, auch mit Wohnort außerhalb Sachsens (gemäß Neufassung der Vereinbarung mit Wirkung ab 01.04.2007).
- Für die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie nicht berechnungsfähig.
- Jeweils nur einmal pro Fall und Jahr berechnungsfähig.
- Nr. 99178X bei der gleichen Diagnose nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 03311, 04311, 27310, 13250.
- Die Nr. 99178X wird nur vergütet, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Verordnungsbogens an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entspr. § 3 durchgeführt hat.

### 2.7.3 Kooperationsvertrag Rehabilitation mit der AOK Sachsen - Rückenschule ab 01.04.97, 1. Nachtrag ab 01.10.97

**99192A Ärztliche Beratung/Information und Verordnung  
der Rückenschule**  
BMÄ ..... 4,09 EUR

**99193A Abschlussuntersuchung durch den Arzt**  
BMÄ ..... 10,23 EUR

- Nur gültig für Versicherte der AOK Sachsen.
- Für die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie nicht berechnungsfähig.
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Nr. 99193A bei der gleichen Diagnose nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 03311, 04311, 27310, 13250.
- Die Nr. 99193A wird nur vergütet, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Verordnungsbogens an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entspr. § 3 Abs. 7 durchgeführt hat.

### 2.7.4 Rückenschule - IKK Sachsen

**99192X Beratung und Verordnung**  
BMÄ ..... 4,09 EUR

**99193X Abschlussuntersuchung/Nachberatung**  
BMÄ ..... 10,23 EUR

- Nur gültig für Versicherte der IKK Sachsen, auch mit Wohnort außerhalb Sachsens (gemäß Neufassung der Vereinbarung mit Wirkung ab 01.04.2007).
- Für die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie nicht berechnungsfähig.
- Jeweils nur einmal pro Fall und Jahr berechnungsfähig.
- Nr. 99193X bei der gleichen Diagnose nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 03311, 04311, 27310, 13250.
- Die Nr. 99193X wird nur vergütet, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Verordnungsbogens an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entspr. § 3 durchgeführt hat.

## 2.7.5 Kooperationsvertrag Rehabilitation mit der AOK Sachsen - Ernährungsberatung ab 01.04.97, 1. Nachtrag ab 01.10.97

### 99195A Ärztliche Beratung/Information und Verordnung der Ernährungsberatung

BMÄ ..... 4,09 EUR

### 99196A Abschlussuntersuchung durch den Arzt

BMÄ ..... 10,23 EUR

- Nur gültig für Versicherte der AOK Sachsen.
- Für die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie nicht berechnungsfähig.
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall berechnungsfähig.
- Nr. 99196A bei der gleichen Diagnose nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 03311, 04311, 27310, 13250.
- Die Nr. 99196A wird nur vergütet, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Verordnungsbogens an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entspr. § 3 Abs. 7 durchgeführt hat.

## 2.7.6 Ernährungsberatung - IKK Sachsen

### 99195X Beratung und Verordnung

BMÄ ..... 4,09 EUR

### 99196X Abschlussuntersuchung/Nachberatung

BMÄ ..... 10,23 EUR

- Nur gültig für Versicherte der IKK Sachsen, auch mit Wohnort außerhalb Sachsens (gemäß Neufassung der Vereinbarung mit Wirkung ab 01.04.2007).
- Für die Fachgebiete Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Radiologie nicht berechnungsfähig.
- Jeweils nur einmal pro Fall und Jahr berechnungsfähig.
- Nr. 99196X bei der gleichen Diagnose nicht berechnungsfähig neben: Nrn. 03311, 04311, 27310, 13250.
- Die Nr. 99196X wird nur vergütet, wenn der behandelnde Arzt die Dokumentation und Einreichung des Verordnungsbogens an die jeweilige KVS-Bezirksgeschäftsstelle entspr. § 3 durchgeführt hat.



## 2.8.4 Vertrag über die Durchführung eines Hautscreening-Verfahrens im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit dem Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e. V., ab 01.01.2006

### 1. Protokollnotiz vom 02.01.2006

### 2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.04.2007

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Zu den anspruchsberechtigten Personen zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei einer der teilnehmenden Ersatzkassen im Arbeiter-Ersatzkassen-Verband e.V. (Gmünder Ersatzkasse, Die ProfiKrankenkasse für Bau- und Holzberufe, KEH-Ersatzkasse) versicherten Personen ab dem 14. Lebensjahr.

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung muss der Arzt im Bereich der KV Sachsen als Arzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten zugelassen sein.

### 99190 Hautscreening (einmal pro Jahr)

**E-GO (ab 01.04.2007) ..... 19,00 EUR**

Die Vergütung der Leitung nach der GOP 99190 wird, beginnend ab dem Jahr 2008, jährlich um 0,50 € erhöht.

Die Leistung nach der GOP 99190 ist berechnungsfähig:

- nur durch Dermatologen (im Sinne des § 1 Abs. 1),
- nur in ambulanten Fällen einmal pro Jahr.

### 99190A Probe-Exzision aus Hautgewebe

**E-GO (ab 01.04.2007) ..... 14,50 EUR**

Die Leistung nach der GOP 99190A ist berechnungsfähig:

- nur durch Dermatologen (im Sinne des § 1 Abs. 1),
- am selben Tag bzgl. desselben Patienten mehrfach, sofern sie im Zusammenhang mit der Hautkrebsvorsorge erforderlich wird (maximal dreimal im Krankheitsfall)

Neben der GOP 99190A sind die Leistungen nach den EBM-GOP 10340 bis 10342 - sofern sie im Zusammenhang mit dem Hautscreening erforderlich werden - am selben Tag bzgl. desselben Patienten nicht berechnungsfähig.

Wird einem Pathologen bzw. einem Dermatologe mit histopathologischer Weiterbildung Material zur histologischen Untersuchung übergeben, so wird dem Dermatologen zusätzlich zur Leistung nach der GOP 99190 die Leistung nach der GOP 99190A vergütet.

Gemäß der 2. Protokollnotiz zum o.g. Vertrag wurden mit Wirkung **ab dem 01.04.2007** die **nachstehend aufgeführten ärztlichen Leistungen** integriert:

**99190P Histologische Untersuchung eines Materials**  
**E-GO ..... 8,50 EUR**

*(siehe Nr. 19310 EBM)*

**99190Q Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 99190P**  
**E-GO ..... 10,00 EUR**

*(Anwendung je eines histo- oder zytochemischen Sonderverfahrens und/oder je eines optischen Sonderverfahrens; siehe Nr. 19312 EBM; berechnungsfähig nur bei Melanomen, dysplastischen Naevi sowie histografisch kontrollierten Untersuchungen)*

- Die Leistungen nach den GOP 99190P und 99190Q sind nur durch Pathologen sowie Dermatologen mit histopathologischer Weiterbildung berechnungsfähig.
- Mit den GOP 99190P oder 99190Q sind die histologischen Untersuchungen und die entstehenden Portokosten abgegolten.
- Es gelten die Abrechnungsbedingungen der EBM-GOP 19310 für die GOP 99190P bzw. der EBM-GOP 19312 für die GOP 99190Q.
- Neben den GOP 99190P oder 99190Q sind die EBM-Nrn. 19310 und 19312 bei Untersuchungen an demselben Material nicht berechnungsfähig.

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

Für die aufgeführten Leistungen dieses Vertrages dürfen weder gegenüber den Versicherten noch den beteiligten Krankenkassen zusätzliche Kosten geltend gemacht werden.

## 2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens nach § 115b SGB V; Vergütung im Ersatzkassenbereich 2007

Am 2. Februar 2007 haben die Verbände der Angestellten- und Arbeiter-Ersatzkassen (VdAK/AEV) und die KV Sachsen die Vergütung des ambulanten Operierens im Jahr 2007 als Teil der Gesamtvergütungsvereinbarung 2007 vereinbart.

**Damit endete zum 31.12.2006 der Strukturvertrag ambulantes Operieren im Ersatzkassenbereich, der bisher an dieser Stelle beschrieben war.**

Die Honorierung erfolgt außerbudgetär mit einem Punktwert von 3,75 Cent für Leistungen, die zum gegenwärtigen Zeitpunkt dem Vertrag nach § 115b SGB V (ambulantes Operieren im Krankenhaus) zugeordnet werden können.

Diese Vergütung erfolgt 2007 ohne Vorbehalt bezüglich der von den Spitzenverbänden der Krankenkassen erhobenen Klage gegen den diesbezüglichen Beschluss des Erweiterten Bundesschiedsammtes.

Der Umfang der derzeit nicht bestimmbareren so genannten **Begleitleistungen** gemäß Vertrag nach § 115b SGB V wird auf Basis der Analyse des 1. Quartals 2007 zu einem späteren Zeitpunkt abgestimmt. Nach erfolgter Abstimmung werden diese Leistungen im Jahr 2007 mit dem vereinbarten Punktwert in Höhe von 3,75 Cent vergütet.

**Bis zu einer endgültigen Lösung** hinsichtlich der Abrechnung von im Rahmen des Vertrages nach § 115b SGB V erbrachten Leistungen, wurde von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung **folgendes vorläufiges Abrechnungsverfahren** fixiert.

**Wird ein Arzt per Überweisung** für Leistungen im Rahmen des § 115b SGB V in Anspruch genommen, so erfolgt die Abrechnung wie bisher unter Verwendung des Musters 6 (manuelle Abrechner) bzw. der relevanten Scheinuntergruppen 21 bis 27 (EDV-Abrechner). Der **Abrechnungsschein bzw. der Datensatz** ist jedoch als § 115b-Fall **mit der Pseudo-GNR 88115 zu kennzeichnen**.

Werden in demselben Behandlungsfall weitere Leistungen außerhalb § 115b SGB V erbracht, ist ein weiterer entsprechender Abrechnungsschein bzw. Datensatz für diese Leistungen anzulegen, jedoch ohne Verwendung der Pseudo-GNR 88115.

**Bei einer Direktinanspruchnahme** von Leistungen nach § 115b SGB V erfolgt die Abrechnung auf dem Muster 5 (manuelle Abrechner) bzw. durch die Verwendung der Scheinuntergruppe 20 (EDV-Abrechner). Die **Kennzeichnung** als § 115b-Fall erfolgt **auch hier durch die Pseudo-GNR 88115**.

Sofern auch hier weitere Leistungen außerhalb § 115b SGB V erbracht werden, ist wiederum ein weiterer Abrechnungsschein ohne Verwendung der Pseudo-GNR 88115 anzulegen.

Prä-, intra- oder postoperative Leistungen können auch per Überweisung durch den Operateur veranlasst werden. Damit der auftragnehmende Arzt die Information erhält, dass die von ihm auszuführenden Leistungen Folge bzw. im Zusammenhang mit einem Eingriff nach § 115b SGB V stehen, ist es notwendig, dass **der auftraggebende Arzt auf dem Überweisungsformular im Auftragsfeld die Pseudo-GNR 88115** angibt. Damit ist gewährleistet, dass der auftragnehmende Arzt die zu erbringenden prä-, intra- und postoperativen Leistungen wie oben beschrieben abrechnen kann.

Die getrennte Abrechnung in zwei Datensätzen bzw. Abrechnungsscheinen ist notwendig, um budgetäre von außerbudgetären Vergütungsregelungen zu unterscheiden.

Obwohl in den Anlagen zum Vertrag nach § 115b SGB V teilweise nur OPS-Codes angegeben wurden, sind die entsprechenden Leistungen weiterhin nach EBM abzurechnen.

Abschließend möchten wir nochmals darauf hinweisen, dass **auf den als Fälle nach § 115b SGB V gekennzeichneten Scheinen nur die Leistungen abgerechnet werden können, die im Zusammenhang mit Leistungen nach dem Vertrag nach § 115b SGB V** erbracht wurden.

Alle anderen Leistungen sind auf anderen Abrechnungsscheinen abzurechnen.

Die **entsprechenden Änderungen haben keine Auswirkung auf die Zuzahlungsregelungen der Praxisgebühr**. Um jedoch Irritationen zu vermeiden, möchten wir nochmals um die korrekte Angabe der entsprechenden Pseudo-Ziffern gemäß dieser Abrechnungshinweise, 1. Teil, Punkt 1.1, bitten.

#### **Anmerkung:**

Die **Förderung der Operation der unicondylären Knieendoprothese nach Repicci** wird von den Ersatzkassen **auch nach Beendigung des Strukturvertrages** fortgesetzt. D.h. die folgenden GOP sind auch ab 01.04.2007 berechnungsfähig.

<b>GOP</b>	<b>Bezeichnung</b>	<b>Wert (€)</b>
92100A	... Sachkosten Implantat	1.278,23
92100B	... sonstige Sachkosten	189,18
92100C	... Förderbetrag	1.196,42

Diese Beträge erhält der Leistungserbringer zusätzlich zur GOP 31135 EBM. Dem Abrechnungsschein ist eine Kopie der Rechnung der verwendeten Knieendoprothese beizufügen. Teilnahmeberechtigt ist der Leistungserbringer, der eine Befähigung zur Durchführung dieser Operation nachweisen kann.

### **Teststreifen bei Teilnahme am DMP Typ 2**

- 99313X OAD-Therapie (bis 50 Teststreifen pro Quartal)**
- 99313Y CT-Insulinierung (bis 200 Teststreifen pro Quartal)**
- 99313Z ICT-Insulinierung (bis 400 Teststreifen pro Quartal)**

### **Teststreifen bei Teilnahme am DMP Typ 1**

**Teststreifen pro Quartal:**

- 99343K ICT-Insulinierung für Kinder u. Jugendliche (bis zu 700 ...)**
- 99343Z ICT-Insulinierung für Erwachsene (bis zu 550 ...)**

### **Teststreifen gemäß sächsischer Diabetesvereinbarung Typ 1**

- 99913X OAD-Therapie (bis 50 Teststreifen pro Quartal)**
- 99913Y CT-Insulinierung (bis 200 Teststreifen pro Quartal)**
- 99913Z ICT-Insulinierung (bis 400 Teststreifen pro Quartal)**

### **Teststreifen für von Verträgen nicht betroffene Patienten**

- 99910X OAD-Therapie (bis 50 Teststreifen pro Quartal)**
- 99910Y CT-Insulinierung (bis 200 Teststreifen pro Quartal)**
- 99910Z ICT-Insulinierung (bis 400 Teststreifen pro Quartal)**

- Für alle Kostenträger nach E-GO oder BMÄ ansetzbar.
- Bei Erfüllung der entsprechenden Indikationsgebiete auf dem Behandlungsausweis anzusetzen (siehe auch Anlage 7 der sächsischen Prüfungsvereinbarung).
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall ansetzbar.
- Der Ansatz der Nrn. 99910X, 99910Y oder 99910Z entfällt, sobald eine entspr. Nr. für Teststreifen gemäß den Diabetes-Verträgen zulässig ist (also nicht neben Nrn. 99313X ff. und 99913X ff. ansetzbar).

## **2.12.2 Kennzeichen aufgrund Vorstandsbeschluss**

### **99250 Behandlungsfall für Wachkomapatienten**

- nur bei Diagnose „Komplettes appallisches Syndrom“
- mindestens 3 Arzt-Patienten-Kontakte je Quartal
- jeweils nur einmal pro Behandlungsfall ansetzbar
- für alle Kostenträger nach E-GO oder BMÄ ansetzbar

Gemäß Vorstandsbeschluss vom 05.03.2007 besteht für Ärzte, die dem RLV unterliegen, ein Antragsrecht gemäß § 7 (10d) HVM.

### 2.12.3 Kennzeichen von Praxisbesonderheiten im Heilmittelbereich

Zur Kennzeichnung von Praxisbesonderheiten geben wir Ihnen die folgenden Pseudo-GOP's zur Kenntnis.

Diese sollen dazu dienen, besondere Umstände bei der Verordnung von Heilmitteln leichter festzustellen und so zur Unterstützung bei der Entscheidung über die Durchführung von Wirtschaftlichkeitsprüfungen beitragen.

Die eigentliche Anerkennung der mittels Pseudo-GOP gekennzeichneten Behandlungsfälle obliegt jedoch allein dem Prüfungsausschuss.

#### Indikationsgebiete zur Berücksichtigung als Praxisbesonderheiten bei Richtgrößenprüfungen ab Verordnungszeitraum 2005

mit Ergänzung durch Pseudo-GOP's ab 1. Januar 2006

<b>Pseudo-GOP</b>	<b><u>Indikationsgebiet</u></b>	<b><u>Indikations-schlüssel des Heilmittelkataloges</u></b>
99915A	Physikalische Therapie bei Lymphabflussstörungen in Folge onkolog. Erkrankungen	LY3
99915B	Physikalische Therapie bei Mukoviszidose	AT3
99915C	Physikalische Therapie bei MS mit Mehrfachschädigung, ALS, infantiler Cerebralparese	ZN1, ZN2
99915D	Physikalische Therapie bei rheumatoider Arthritis	(insbes. WS1 - WS2, EX1 - EX3, CS)
99915E	Physikalische Therapie bei postoperativer Behandlung orthopädischer sowie unfallchirurgischer Fälle nach ambulanten Operationen und kurzstationären Eingriffen (insbes. Endoprothetik ohne Anschlussheilbehandlung, Rotatormanschetteneingriffe, Bandplastiken an großen Gelenken)	(insbes. EX1 - EX3, LY1 - LY2, CS)
99915F	Ergotherapie bei MS mit Mehrfachschädigung, ALS, infantiler Cerebralparese	EN1, EN2, EN3
99915G	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei MS mit Mehrfachschädigung, ALS, infantiler Cerebralparese	SP6, SC1
99915H	Hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit Hörgeräten beidseits bei Patienten	SP4
99915Z	Verordnung von Heilmitteln, welche an Fördereinrichtungen erbracht werden	---

**übertragener Interpretationsbeschluss Nr. 64:**

**Aufnahme in EBM als Nr. 2 zur Präambel 1.2.**

**Zum Abrechnungsausschluss der Nrn. 03005, 03120, 04005 und 04120 im Notfall und im organisierten Not(fall)dienst; zur Berechnungsmöglichkeit der Nr. 13220 für Vertragsärzte des hausärztlichen Versorgungsbereiches im Notfall und im organisierten Not(fall)dienst**

(mit Wirkung ab 1. April 2005)

"Die Leistungen nach den Nrn. 03005, 03120, 04005 und 04120 sind im Rahmen der Erbringung im Notfall und organisierten Not(fall)dienst nicht berechnungsfähig. Ärzte die zur Berechnung der Leistungen des hausärztlichen Versorgungsbereiches bzw. der Leistungen der Kinder- und Jugendmedizin gemäß der Präambeln 3.1 und 4.1 im Bereich III des EBM zugelassen sind, können für die Beratung, Erörterung und/ oder Abklärung im Zusammenhang mit der Erbringung von Leistungen im Notfall und organisierten Not(fall)dienst die Leistung nach der Nr. 13220 berechnen."

**übertragener Interpretationsbeschluss Nr. 68**

**Aufnahme des Abschnitts 34.4.7 – MRT-Angiographien – in den EBM**

In der 126. Sitzung des Bewertungsausschusses wurde die **Verlängerung** der befristet vorgegebenen Leistungen des Abschnitts 34.4.7 – MRT-Angiographien – sowie der Vorgaben zu deren Berechnung **bis zum 30. September 2007** beschlossen.

**übertragener Interpretationsbeschluss Nr. 70**

**Zu 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM**

In der 119. Sitzung des Bewertungsausschusses wurde die bis zum 31.12.2006 geltende Befristung der nachfolgend aufgeführten Allgemeinen Bestimmungen 5.2.1 aufgehoben.

"Abweichend von 5.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 durch Gemeinschaftspraxen und medizinische Versorgungszentren bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10 % von der Punktzahl der jeweiligen im selben Behandlungsfall berechneten ärztlichen Leistungen des Abschnitts 13.3 möglich.  
Bei den Leistungen des Abschnitts 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10 % vermindert“.

## **übertragener Interpretationsbeschluss Nr. 71**

### **Zu 6.2. der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM**

In der 119. Sitzung des Bewertungsausschusses wurde die bis zum 31.12.2006 geltende Befristung der nachfolgend aufgeführten Allgemeinen Bestimmungen 6.2.1 aufgehoben.

"Abweichend von 6.2 der Allgemeinen Bestimmungen zum EBM ist die Nebeneinanderberechnung von Leistungen der schwerpunktorientierten internistischen Versorgung des Abschnitts 13.3 durch einen Vertragsarzt, der seine Tätigkeit unter mehreren Schwerpunktbezeichnungen ausübt, bei schwerpunktübergreifender Behandlung des Patienten unter Vornahme eines Abschlags in Höhe von 10 % von der Punktzahl der jeweiligen im selben Behandlungsfall berechneten ärztlichen Leistungen des Abschnitts 13.3 möglich.

Bei den Leistungen des Abschnitts 13.3, auf die diese Abschlagsregelung angewendet wird, wird die Prüfzeit gemäß Anhang 3 des EBM ebenfalls um 10 % vermindert"

***Die fortlaufenden Beschlüsse des Bewertungsausschusses gem. § 87 Abs. 3 SGB V zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes (EBM) sind bitte dem Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen.***

*Den aktuellen EBM finden Sie im Internet unter <http://www.kbv.de>.*

## 5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften ab 01.04.05

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

Gemäß Kinder-Richtlinien können die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 und U2 auf einem mit der Krankenversichertenkarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein (Muster 5 der Vordruckvereinbarung) abgerechnet werden. Damit die im EBM festgelegten Unverträglichkeiten bei der gleichzeitigen Behandlung eines Elternteils nicht wirksam werden, muss aus dem Behandlungsausweis hervorgehen, **welche Leistungen für das Kind** erbracht wurden.

### 5.1.2 Besondere Kennzeichnung von Leistungen der Früherkennungs-Koloskopie bei Männern ab 01.04.05

Die nachfolgenden Leistungen sind zum Zwecke der Evaluation und der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen immer dann, wenn sie bei Männern erbracht wurden, mit „M“ zu kennzeichnen.

Frauen	Männer	Bemerkung
01734	01734M	
01740	01740M	
01741	01741M	
01742	01742M	
01743	01743M	
40160F	40160M	

### 5.1.3 Besondere Kennzeichnung von im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge erbrachten kurativen Leistungen ab 01.04.05

Leistungen der Mutterschaftsvorsorge, die bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung erbracht werden, sind lt. EBM nach den kurativen Leistungspositionen zu berechnen. Die Leistungen müssen jedoch als „präventiv“ erkennbar sein.

Nach Mitteilung der KBV handelt es sich um die Leistungen nach den **Nrn. 32540 bis 32546, 32550 bis 32556 sowie ab 01.01.2007 um die Nrn. 33043, 33044 und 33090.**

Gemäß Vorstandsbeschluss vom 13.07.2005 betrifft dies weiterhin die Leistungen nach den **Nrn. 33044 und 08220**, im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **im Vertretungsfall.**

Diese Leistungen sind bei Erbringung im Rahmen der Mutterschaftsvorsorge **mit „V“ zu kennzeichnen**, z. B. 32540V.

### 5.1.4 EDV-Nrn. für Höchstwerte im EBM ab 01.04.05

Durch den Arzt sind weiterhin die einzelnen Leistungen des EBM abzurechnen, die KV prüft die Überschreitung der Höchstwerte und fügt ggf. die entspr. EDV-Nrn. ein. Durch den Arzt sind die EDV-Nrn. **nicht ansetzbar**, sie werden jedoch zum Verständnis der Abrechnungsunterlagen bekannt gegeben.

EDV-Nr.	Leistungsdefinition (Bewertung siehe EBM)
01605	Höchstwert für die Nrn. 01600 bis 01601
02318	Höchstwert für die Nr. 02312
02319	Höchstwert für die Nr. 02313
32102	Höchstwert für die Nrn. 32098 bis 32101
32118	Höchstwert für die Nrn. 32110 bis 32116
32138	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32140 bis 32148 ab 3. Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung
32139	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32140 bis 32148S im 1. und 2. Quartal der Substitutionsbehandlung
32286	Höchstwert für die Nrn. 32265 bis 32283
32339	Höchstwert für die Nrn. 32330 bis 32337
32432	Höchstwert für die Nr. 32430
32458	Höchstwert für die Nrn. 32435 bis 32456
32511	Höchstwert für die Nrn. 32490 bis 32505
32536	Höchstwert für die Nr. 32528
32644	Höchstwert für die Nrn. 32569 bis 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 bis 32664
32695	Höchstwert für die Nr. 32690
32751	Höchstwert für die Nr. 32750
32771	Höchstwert für die Nr. 32770, je Mykobakterienart
32797	Höchstwert für die Nrn. 32792 bis 32794, je Körpermaterial
35303	Höchstwert für die Nrn. 35300 bis 35302 bei Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
35304	Höchstwert für die Nrn. 35300 bis 35302 bei Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres

### **5.1.5 Kennzeichnung postoperativer Behandlungskomplexe nach Kapitel 31.4 bei Erbringung nach kurativ-stationärem (belegärztlichem) Behandlungsfall – entfallen ab 01.04.2007**

Mit Streichung der Präambel Nr. 2 zum Abschnitt 31.4.1 zum 01.04.2007 entfällt die bisherige Kennzeichnungspflicht der Leistungen des Abschnitts 31.4 (postoperative Behandlungskomplexe, Nrn. 31600 bis 31731) nach kurativ-stationärem (belegärztlichem) Behandlungsfall.

#### **Anmerkung:**

Die postoperativen Behandlungskomplexe des Kapitels 31.4 wurden nicht in das ab 01.04.2007 neu in den EBM aufgenommene Kapitel 36 „Belegärztliche Operationen, Anästhesien und belegärztliche postoperative Leistungen...“ übernommen. Aufgrund der Unterschiede zwischen der Nachsorge nach belegärztlichen Operationen und der postoperativen Nachbehandlung nach ambulanten Eingriffen sind zudem die Komplexe des Kapitels 31.4 bei belegärztlichen Eingriffen des Kapitels 36.2 nicht berechnungsfähig. Hierfür sind stattdessen die entsprechenden Einzelleistungen des EBM abzurechnen.

### **5.1.6 Besondere Kennzeichnung der Nrn. 32035 bis 32039 bei Erbringung im Eigenlabor im Akut- bzw. Notfall ab 01.04.05**

Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen nach den Nrn. 32035 bis 32039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese Leistungen lt. EBM einzeln berechnungsfähig, also nicht nach den Komplexuntersuchungen Nrn. 32120 ff. Die Nrn. 32035 bis 32039 sind daher in diesen Fällen mit „E“ zu kennzeichnen.

<b>GO-Nr.</b>	<b>Kennzeichnung in Akut- bzw. Notfällen bei Erbringung als Einzelbestimmungen im Eigenlabor</b>
32035	32035E
32036	32036E
32037	32037E
32038	32038E
32039	32039E

### 5.1.7 Besondere Kennzeichnung der Nrn. 32140 bis 32148 im ersten oder zweiten Quartal einer Substitutionsbehandlung ab 01.04.05

Für die Nrn. 32140 bis 32148 sieht der EBM eine Höchstwertregelung je Behandlungsfall mit zwei unterschiedlichen Höchstwerten vor:

- einen im ersten und zweiten Quartal der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger mit entsprechend **höherer** Bewertung und
- einen zweiten ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitions-gestützten Behandlung Opiatabhängiger.

Damit durch die KV der höhere Höchstwert ermittelt werden kann, sind die Nrn. 32140 bis 32148 vom abrechnenden Arzt jeweils **mit dem Buchstaben „S“** zu kennzeichnen, wenn die Untersuchungen im ersten oder zweiten Quartal einer Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger durchgeführt werden.

Für abgerechnete Leistungen nach den Nrn. 32140 bis 32148 ohne „S“ gelangt der niedrigere Höchstwert zur Anwendung.

Sofern **Überweisungen** zur Erbringung der Nrn. 32140 bis 32148 im ersten oder zweiten Quartal erfolgen, hat der überweisende Arzt den durchführenden Arzt im Rahmen der Auftragserteilung auf Muster 10 über das Vorliegen dieser Voraussetzung durch die Angabe „**Erstes oder zweites Quartal der Substitution**“ zu informieren, damit der durchführende Arzt die Nrn. mit „S“ abrechnen kann.

Ab dem dritten Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung (HW 32138)	Im ersten oder zweiten Quartal der Substitutionsbehandlung (HW 32139)	Leistungsdefinition
32140	32140S	Amphetamin/Metamphetamin
32141	32141S	Barbiturate
32142	32142S	Benzodiazepine
32143	32143S	Cannabinoide (THC)
32144	32144S	Kokain
32145	32145S	Methadon
32146	32146S	Opiate (Morphin)
32147	32147S	Phencyclidin (PCP)
32148	32148S	Quant. Alkohol-Bestimmung in der Atemluft

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

Gemäß § 14 (5) der Psychotherapie-Vereinbarung sind ggf. notwendig werdende Leistungen der Einbeziehung der Bezugsperson(en) hinter der GO-Nr. **mit einem "B" zu kennzeichnen**, und zwar gleichermaßen durch Ärzte **und** durch zugelassene/ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

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

GO-Nr.	Bei begleitender Behandlung einer Bezugsperson des Patienten	Leistungsdefinition
<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</b>		
35200	35200B	Kurzzeittherapie/Einzelbehandlung
35201	35201B	Langzeittherapie/Einzelbehandlung
35202	35202B	Kurzzeittherapie/Gruppenbehandlung
35203	35203B	Langzeittherapie/Gruppenbehandlung
<b>Analytische Psychotherapie</b>		
35210	35210B	Einzelbehandlung
35211	35211B	Gruppenbehandlung
<b>Verhaltenstherapie</b>		
35220	35220B	Kurzzeittherapie/Einzelbehandlung
35221	35221B	Langzeittherapie/Einzelbehandlung
35222	35222B	Kurzzeittherapie/kleine Gruppe
35223	35223B	Langzeittherapie/kleine Gruppe
35224	35224B	Kurzzeittherapie/große Gruppe
35225	35225B	Langzeittherapie/große Gruppe

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

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

### **5.1.10 Besondere Kennzeichnung von Ferienthemen ab 01.04.05**

Wird am Ferienort nur eine Hämodialyse abgerechnet, sind 40 % der Höhe der Pauschalvergütungen nach den Nrn. 40800 ff. berechnungsfähig.

In diesen Fällen sind die Nrn. 40800, 40802, 40804 und 40820 mit dem Buchstaben „F“ zu kennzeichnen, also **40800F, 40802F, 40804F und 40820F**.

### **5.1.11 Laborauftrag Bundesknappschaft bei Nicht-GKV-Versicherten ab 01.04.05**

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

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

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

### 5.3 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

GNR / EBM-Abschnitt	Begründung	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung
01602	Bei der Berechnung der Leistung nach Nr. 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die <b>Arzt-Abn.-Nr. oder der Name des Hausarztes</b> gemäß § 73 Abs. 1b SGB V anzugeben.	5016 (*)	Name des Arztes
01741, 01741M	<b>Patientennummer</b> des Dokumentationsbogens nach Muster 38, seit 01.07.2006 anzugeben	5040	Patienten-Nr. (EDV) des FEK-Bogens
01770, 01772	<b>Mutmaßlicher Tag der Entbindung</b>	4206	Mutmaßl. Tag d. Entbindung
01854, 01855, Kap. 31.2 (GNR 31101 bis 31351)	Der <b>operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren</b> und auf dem Behandlungsschein anzugeben.	5035	OP-Schlüssel
17310	Bei der Abrechnung ... ist <b>das</b> bzw. sind <b>die untersuchte(n) Organ(e)</b> anzugeben.	5015 (*)	Organ
19320	... unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur	5009	freier Begründungs-Text
19321	... unter Angabe der Art des Rezeptors		
30720	Die Leistung ... ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder Ganglions berechnungsfähig.		
Abschnitt 31.4. (GNR 31600 bis 31731)	Der die Leistungen des Abschnitts 31.4. abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein <b>das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes</b> zu dokumentieren.	5034	OP-Datum

32182, 32195, 32198, 32208, 32227, 32246, 32262, 32294, 32313, 32337, 32346, 32361, 32381, 32405, 32416, 32422, 32455, 32475, 32505, 32527, 32555, 32641, 32664, 32707, 32791	<b>"Ähnliche Untersuchungen"</b> können nur dann abgerechnet werden, wenn dies die entspr. Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige Leistungsposition 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	5002 (*)	Art der Untersuchung
32283, 32314, 32476, 32571, 32681	... unter Angabe der Art der Untersuchung		
32424	... unter Angabe der Art des Rezeptors		
32430	... unter Angabe der Art des Proteins		
32541, 32542	... 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		
32820	... je Erregerart/ -typ unter Angabe von Art o. Typ		
34281	Die Leistung nach der Nr. 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnostische Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungsausweis zu dokumentieren.		
Bereich VI, Präambel zu Kapitel 2, Nr. 5	Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 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) abrechenbar.	5038	Komplikation
Bereich VI, Präambel zu Kapitel 2, Nr. 16	Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr.3, sofern die Seitenlokalisierung nicht am OPS-Code benannt wird und gesondert bewertet ist. Die entspr. OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.	5041	Seiten-Lokalisation OPS

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

GNR / EBM-Abschnitt	Begründung	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung
Ordinations-, Konsultations- komplexe,  Besuch(e),  Visite(n),  Schwestern- besuch	Angabe <b>bei weiterem Arzt-Patienten-Kontakt am Tag</b> Gemäß Präambel zu Abschnitt 1.4, Nr. 2 ist bei Berechnung von mehr als einem Besuch u./o. Visite pro Tag bei demselben Patienten eine Begründung (Uhrzeitangaben) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am Operationstag und/oder an dem auf die Operation folgenden Tag. Bei <b>mehreren Arzt-Patienten-Kontakten</b> ist die Uhrzeit <b>hinter jedem</b> Arzt-Patienten-Kontakt anzugeben, d.h. hinter dem Ordinations-, Konsultationskomplex bzw. dem Schwesternbesuch.	5006	Um-Uhrzeit
01730, 01731, 01734, 01734M	Wiederholungsuntersuchung? (0 = nein ; 1 = ja)	5020	Wiederholungsunters.
	Format: JJJJ (Angabe nur, wenn im Feld 5020 der Eintrag „1“ (ja) erfolgte)	5021	Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsunt.
02300, 02301, 02302, 06350, 06351, 06352, 09351, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 26350, 26351, 26352	Die Leistung ... ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach Abschn. 31.2 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen des Abschn. 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsregelungen der Leistung nach der Nr. ... entsprechend.	5036	GNR als Begründung
05310	wenn ohne Erbringung einer Anästhesie des Kapitels 31... <b>Ausnahmeindikation</b>		
30791	... je dokumentierter Indikation bis zu 10mal, mit besonderer Begründung bis zu 15mal im KHF		
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.	5009	freier Begründungs-Text
30201	Gemäß Präambel 30.2 Nr. 2 kann jede weitere Behandlung, nach 2-maliger Erbringung der Leistung nach Nr. 30201, im Ausnahmefall nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.		

32030	<b>Bei mehrfacher Berechnung</b> der Leistung nach der Nr. 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.	5002	Art der Untersuchung
99999	Sachkostenbezeichnung ( <b>Buchstabe</b> ) zur GNR 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)	5011	Sachkosten-Bezeichnung
	<b>Rechnungsbetrag</b> zur GNR 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)	5012	Sachkosten/ Materialkosten in Cent

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

GNR / EBM-Abschnitt	Begründung	Feld-Kennung	Feldbezeichnung
14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21233	Die <b>Angabe der Diagnose</b> nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung ...	6001	ICD-Code
		6003	Diagnosensicherheit
		6008	Diagnosenausnahmetatbestand
		3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)
		3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose

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