



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

**18. Lieferung
Austauschseiten**

Stand 01.01.2009

Beilage zu den KVS-Mitteilungen 2/2009

Anleitung zum Einordnen der 18. Lieferung von Austauschseiten

Hinweis: Bitte beiliegende Seiten austauschen
--

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1	Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1
2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2.1 Seiten 1-2	1	2.1 Seiten 1-2	1
2.1 Seiten 5-6	1	2.1 Seiten 5-6	1
2.2 Seiten 1-4	2	2.2 Seiten 1-2	1
---	---	2.3 Seiten 7-8	1
2.5 Seiten 1-2	1	2.5 Seiten 1-2	1
2.6 Seiten 1-2	1	2.6 Seiten 1-2	1
2.8 Seiten 1-2	1	2.8 Seiten 1-2	1
2.8 Seiten 7-8	1	2.8 Seiten 7-10	2
2.9 Seiten 1-2	1	2.9 Seiten 1-4	2
2.10 Seiten 1-2	1	2.10 Seiten 1-2	1
2.11 Seiten 5-10	3	2.11 Seiten 5-10	3
2.12 Seiten 3-4	1	2.12 Seiten 3-4	1
2.13 Seiten 1-2	1	2.13 Seiten 1-2	1
2.14 Seiten 5-8	2	2.14 Seiten 5-8	2
2.16 Seiten 1-2	1	2.16 Seiten 1-4	2
2.17 Seiten 1-2	1	2.17 Seiten 1-2	1
2.18 Seiten 1-2	1	2.18 Seiten 1-2	1
5. Teil SONSTIGES			
5.1 Seiten 1-2	1	5.1 Seiten 1-2	1
---	---	5.1 Seiten 7-8	1
5.6 Seiten 1-4	2	5.6 Seiten 1-4	2
SUMMEN:	26		30



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Stand 01.01.2009

Inhaltsverzeichnis

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

- 1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05
- 1.2 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.10.2005
- 1.3 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

2. Teil Regionale Vereinbarungen

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

3. Teil Vorstandsbeschlüsse

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

4. Teil Beschlüsse und Feststellungen

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

5. Teil Sonstiges

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

2. TEIL REGIONALE VEREINBARUNGEN

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

2.1 Diabetes-Vereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2008

Übersicht der Abrechnungsnummern der Diabetes-Vereinbarung Sachsen

Diabetes-Vereinbarung Sachsen (Diabetes-Diagnosen <u>außer</u> Typ 1 und Typ 2)		Hausärztlicher Versorgungs- sektor (HÄ VS)	Fachärztlicher Versorgungs- sektor (FÄ VS)
PK / EK	Kurzbeschreibung der Leistung	diabetologische Schwerpunktpraxis (SPP)	
99118K	Erstvorstellung in der diabetologischen SPP	x	x
99118A	Ersteinstellung von Pumpenpatienten	x	x
99118E	Ersteinstellung für ICT-Insulinierung	x	x
99118H	Pauschale für die kontinuierliche Behandlung und Betreuung (einschl. Dauerbetreuung von Pumpenpatienten)	x	x
99118F	Pauschale für die Behandlung und Betreuung von Schwangeren	x	x
99118G	Behandlungspauschale für Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom	x	x
99115A 99116A	Hypertonieschulung Hypertonieschulung (Nachschulung)	x	x
99115S	Schulungsmaterial für Nr. 99115A	x	x
99115B 99116B	Schulung für Patienten ohne Insulin Nachschulung für Patienten ohne Insulin	x	x
99115T	Schulungsmaterial für Nrn. 99115B und 99115E	x	x
99115E 99116E	Schulung für Patienten mit Insulin Nachschulung für Patienten mit Insulin	x	x
99115T	Schulungsmaterial für Nrn. 99115B und 99115E	x	x
99913Z	Blutzuckerteststreifen	x	x

Durch diese Vereinbarung sollen die Erkennung, Diagnostik und Betreuung des Gestationsdiabetes sowie **anderer Diabetesdiagnosen außer Typ 1 und Typ 2**, wie z.B. des pankreopriven Diabetes, verbessert werden.

Die spezialisierte Behandlung/Betreuung findet in diabetologischen Schwerpunktpraxen (SPP) gemäß § 3 statt. Die diabetologische SPP ist hierbei für die spezialisierte Betreuung verantwortlich und stellt das Bindeglied zwischen niedergelassenem Vertragsarzt und hochspezialisierter stationärer Betreuung in den Krankenhäusern und Rehabilitationseinrichtungen dar.

Für die an der Vereinbarung teilnehmenden Ärzte der diabetologischen SPP sind die Leitlinien der Fachkommission Diabetes Sachsen bindend.

Es ist dringend darauf zu orientieren, dass im Abstand von einem Jahr bei Zustand wegen Insulinierung in der Gravidität bzw. im Abstand von 1 - 2 Jahren bei Zustand ohne Insulinierung während der Gravidität eine erneute Vorstellung erfolgen sollte.

Diabetesbedingte Krankenhauseinweisungen erfolgen grundsätzlich durch die diabetologische SPP (Ausnahme: Notfälle).

Weitere Regelungen zur Organisation der Diabetikerbetreuung und -behandlung sind in § 2 dieser Vereinbarung detailliert beschrieben.

Die **Genehmigung zur diabetologischen Schwerpunktpraxis** kann erteilt werden, wenn folgende **Qualifikationsvoraussetzungen** sowie die **personellen und strukturellen Voraussetzungen** gemäß § 3 erfüllt sind:

Approbierete Ärzte und Fachärzte mit der Qualifikation

- Diabetologe Deutsche Diabetes-Gesellschaft (DDG),
- FA für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Endokrinologie oder
- FA für Innere Medizin und Schwerpunkt Endokrinologie und Diabetologie oder
- FA für Innere und Allgemeinmedizin mit der Zusatzbezeichnung „Diabetologie“

sowie

- Ärzte, die am 31.12.2007 die Genehmigung zum Führen einer SPP Diabetes in Sachsen hatten,

weiterhin

- regelmäßige diabetes-spezifische Fortbildung, z.B. durch die DDG oder die Sächsische Gesellschaft für Stoffwechselkrankheiten und Endokrinopathien, mind. einmal jährlich.

Die **Patientenschulungen** können ausschließlich durch Vertragsärzte nach § 3 erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des Versicherten erforderlich ist, werden Patientenschulungen je Patient und Unterrichtseinheit vergütet.

Dabei stellt **eine Unterrichtseinheit (UE)** einen Zeitraum von **90 Minuten** dar.

Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.

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**.

Teststreifenverordnung:

Um die in den Leitlinien der Fachkommission Diabetes geforderten Qualitätskriterien zu erreichen, ist die Blutzuckerselbstkontrolle ein wesentlicher Bestandteil der Diabetes-therapie.

Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Ärzte können **für Diabetiker mit anderen Diabetesformen außer Typ 1 und Typ 2** mit der

Nr. 99913Z bis zu 550 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

als Praxisbesonderheit (für alle Kostenträger) geltend machen.

Diese zusätzlichen Verordnungen werden bis zur Höhe der jährlich zu vereinbarenden Preisobergrenze im Rahmen der Richtgrößenprüfung von der Summe der Arzneimittelausgaben der Praxis abgesetzt.

Die o.g. Nr. ist dafür einmal je Quartal auf dem Abrechnungsschein einzutragen.

Darüber hinaus erfolgt die Dokumentation im Diabetes-Pass oder im Mutter-Pass.

Bisher war an dieser Stelle die Vereinbarung über die programmierte ärztliche Schulung und Betreuung in Gruppen von nicht insulinbehandelten Versicherten mit Diabetes mellitus Typ II mit den sächsischen Primärkassen und der Knappschaft veröffentlicht.

Die sächsischen Primärkassen und die Knappschaft haben diese Vereinbarung zum 31.12.2008 ersatzlos gekündigt. Damit **entfallen ab 01.01.2009 die Abrechnungsnummern 97215A, 97215 und 98015.**

Wir bitten Sie, diese nicht mehr zur Abrechnung zu bringen, da die genannten Abrechnungsnummern nicht mehr vergütet werden können.

In diesem Zusammenhang weisen wir darauf hin, dass beim **DMP Diabetes mellitus Typ 2 Schulungen** angeboten werden, die **alternativ** zu den o. g. Abrechnungsnummern durchgeführt werden können.

Für dieses DMP ist eine Einschreibung erforderlich. Bei Erfüllung der Strukturvoraussetzungen wird eine besondere Genehmigung zur Durchführung der Schulungen innerhalb des DMP erteilt.

2.2 Schmerztherapie

Aufgrund der kassenartenübergreifenden einheitlichen Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Rahmen der ambulanten Behandlung chronisch schmerzkranker Patienten im Zusammenhang mit der Einführung des EBM 2009 (sächsische Gebührenordnung) endeten die sächsischen Vereinbarungen zum 31.12.2008.

Aus diesem Grund möchten wir darauf hinweisen, dass **ab 1. Januar 2009 schmerztherapeutische Leistungen zwingend nach den Gebührenordnungspositionen des Kapitels 30.7.1 EBM abzurechnen** sind.

2.3.4 Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der onkologischen Versorgung (Onkologievereinbarung) zwischen der KBV und der Knappschaft

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

Dabei soll die Durchführung und Koordination der onkologischen Behandlung von dafür besonders qualifizierten Vertragsärzten in einem umfassenden Versorgungskonzept gesamtverantwortlich wahrgenommen werden.

Die diagnostische und therapeutische Versorgung von Krebskranken im Sinne dieser Vereinbarung kann nur von solchen Vertragsärzten übernommen werden, die nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführen, sondern zusätzlich die Gesamtbehandlung entsprechend einem einheitlichen Therapieplan unabhängig von notwendigen Überweisungen leiten und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordinieren (unabhängig von ihrer Teilnahme an der hausärztlichen oder fachärztlichen Versorgung) - „onkologisch verantwortlicher Arzt“.

Zur Erstattung des besonderen Aufwandes, welcher durch die onkologische Betreuung von Patienten mit floriden Tumorleiden oder maligner Hämoblastose nach Maßgabe dieser Vereinbarung anfällt, werden dem onkologisch verantwortlichen Arzt zusätzlich Kosten erstattet, wenn die in dieser Vereinbarung genannten Voraussetzungen in ihrer Gesamtheit (gemäß §§ 2, 4 und 5) erfüllt worden sind.

Als Voraussetzung für die Abrechnung dieser besonderen Kosten muss der onkologisch verantwortliche Arzt die in dieser Vereinbarung geforderte fachliche Befähigung und die vollständige Erfüllung der in dieser Vereinbarung festgelegten weiteren Erfordernisse der KV Sachsen nachweisen.

Die **Teilnahme an dieser Vereinbarung** ist erst **nach Erteilung einer Genehmigung** durch die KV Sachsen möglich.

Für die Durchführung und/oder Koordination der in § 3 Abs. 1 - 3 genannten Maßnahmen zur onkologischen Behandlung krebskranker Patienten **erhält der onkologisch verantwortliche Arzt pro Behandlungsfall:**

86502 Onkologische Behandlung einer Hämoblastose gemäß § 3 Abs. 1 - 3 der Onkologievereinbarung, pro Behandlungsfall BMÄ (Knappschaft)	51,13 EUR
86503 Onkologische Behandlung solider Tumoren gemäß § 3 Abs. 1 - 3 der Onkologievereinbarung, pro Behandlungsfall BMÄ (Knappschaft)	25,56 EUR

86504 Intrakavitäre (intravesikal, intrapleural, intraabdominal, intrathekal) **zytostatische Tumortherapie**, gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.4 der Onkologievereinbarung, **pro Behandlungsfall**
BMÄ (Knappschaft) **25,56 EUR**

86505 Intravasale (intravenös, intraarteriell) **zytostatische Chemotherapie** gemäß § 3 Abs. 1 Nr. 4.1 bzw. 4.2 der Onkologievereinbarung, **pro Behandlungsfall**
BMÄ (Knappschaft) **255,65 EUR**

Sowohl für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie (Nr. 86504) als auch für die intravasale zytostatische Chemotherapie (Nr. 86505) ist die **Angabe der Diagnose und der verwendeten Arzneimittel erforderlich**.

Wird der Patient an einen anderen onkologisch verantwortlichen Arzt überwiesen mit der Maßgabe, dass dieser die Behandlung und Betreuung übernimmt, hat der überweisende Arzt bei seiner Abrechnung den Arzt, an den überwiesen wurde, anzugeben.

Der onkologisch verantwortliche Arzt führt eine vollständige Verlaufsdokumentation über alle von ihm behandelten Patienten (Tumorstatus mit Histologie, Strahlen- und Chemotherapie inklusive Dosen). Diese Daten sind allen weiter- oder mitbehandelnden Ärzten auch außerhalb der Sprechstundenzeiten unter Berücksichtigung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen im notwendigen Umfang zur Verfügung zu stellen.

Der Inhalt der Dokumentation muss mindestens dem beigefügten Muster (siehe Anhang zu dieser Vereinbarung) entsprechen.

2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten

2.5.1 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von ambulanten Katarakt-Operationen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.1999

1. Protokollnotiz vom 02.06.1999

Nachtrag für die sächsischen Primärkassen mit Wirkung ab 01.07.04

99102	Sachkostenpauschale PMMA-Linse BMÄ / E-GO	178,95 EUR
99104	Sachkostenpauschale Acryllinse BMÄ / E-GO	255,65 EUR
99105	Sachkostenpauschale Einmalschlauchsystem und Einmalartikel zusätzlich zu Nrn. 99102, 99104, je implantierter Intraokularlinse, einschl. aller Einmalprodukte (z. B. Einmaloperationsbestecke, Spülkassetten) BMÄ	73,00 EUR

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

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

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

99180 Kostenpauschale LDL-Apherese, je Behandlung

..... ab 01.07.04 985,00 EUR

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

~~99181 Kostenpauschale Apherese bei rheumatoider Arthritis, je Behandlung~~

..... ~~ab 01.07.04 2.218,37 EUR~~

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

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

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

2.6 Durchführungsvereinbarungen

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

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

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

99165 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

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

ambulant **245,00 EUR**
belegärztlich^{*)} **70,00 EUR**

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

99166 Schwangerschaftsabbruch

einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen, Laborleistungen, Infusionen und Dokumentationsgebühr

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

99170 Beobachtung und Betreuung

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

einmal pro Behandlungsfall

nur ambulant **50,00 EUR**

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

99172 Narkose / Anästhesie

einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen
des Anästhesisten und Laborleistungen

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

99175 Wegepauschale

durch Gynäkologen oder Anästhesisten
einmal pro Behandlungsfall

nur ambulant **5,00 EUR**

S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat

(durch Operateur)

bei ambulanten oder medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen

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

- Abrechnung entsprechend als Sonderkostenträger mit VKNR
 - **Bezirksgeschäftsstelle Leipzig VKNR 96888**
Für den Bereich der KV Sachsen wird ab dem Abrechnungsquartal 1/2009 nur noch die einheitliche VKNR 96888 verwendet.
Bei Fragen zur Abrechnung der o.g. Leistungen wenden Sie sich bitte an die Telefonnummern 03 41/ 24 32 -135 oder -174.
- Für die Nr. 99166 ist die Genehmigung „Ambulantes Operieren“ erforderlich.
- Die Werte werden gemäß o. g. Durchführungsvereinbarung ggf. quotiert und stehen somit unter Vorbehalt.
- Es sind nur die Nrn. für Pauschalbeträge für "Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen" berechnungsfähig, keine weiteren Leistungen des EBM.
- Neben der Nr. 99165 sind die Nrn. 99166, 99170, 99172 und 99999S nicht berechnungsfähig.
- Neben der Nr. 99166 ist die Nr. 99172 nicht berechnungsfähig.
- Abrechnung der Sachkosten für Prostaglandin durch Operateur:
 - Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:
Feldkennung 5001 (Nr.): 99999
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): S
Feldkennung 5012 (Kosten): Betrag in Cent.
Die Zuordnung zu einer anderen Nr. als 99999 ist unzulässig.
 - Ansatz durch Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:
Auf dem Behandlungsausweis mit dem Cent-Betrag und der vorangestellten Zusatzbezeichnung „S“ abzurechnen.
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999S.
 - Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigefügt wurde.

2.8 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hat mit **Wirkung zum 1. Juli 2008** das **Hautkrebs-Screening in den Leistungskatalog der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV)** aufgenommen.

Der ebenfalls auf Bundesebene angesiedelte Bewertungsausschuss hat am 23. Juni 2008 die in den EBM aufzunehmenden Gebührenordnungspositionen beschlossen, nach dem die Kassenseite monatelang die Verhandlungen blockiert hatte.

Aufgrund der Aufnahme in den EBM ist die **Privatabrechnung** des Hautkrebs-Screenings für Versicherte der GKV **ab 1. Juli 2008 ausgeschlossen**.

Unterschiede zu den bisher bestehenden regionalen Vereinbarungen bestehen vor allem

- in der angehobenen Altersgrenze der berechtigten Versicherten (ab 35 Jahre)
- in der eingeschränkten Inanspruchnahme (einmal alle zwei Jahre)
- in der Erweiterung der zur Erbringung der Leistung berechtigten Ärzte (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung - beschränkt auf die visuelle Inspektion der Haut - sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten)

In diesem Zusammenhang möchten wir alle Hautärzte bitten, dass Überweisungsaufträge mit Materialien, die im Rahmen des Hautkrebs-Screening entnommen wurden, mit dem Wort „Hautcheck“ zu kennzeichnen sind.

Dokumentation

Bis zum 31. Dezember 2008 kann die Dokumentation im Rahmen der üblichen Befunddokumentation der Arztpraxis erfolgen.

Vergütung und Kennzeichnungspflicht der Pathologen

Die Vergütung der Pathologen für veranlasste histologische Untersuchungen des EBM-Abschnitts 19.3 sowie der dadurch entstehenden Versandkosten ist Gegenstand einer gleichfalls beratenen Bundesempfehlung. Die Verhandlungen sind ebenfalls auf Landesebene zu führen und werden von der KV Sachsen unverzüglich aufgenommen.

Bis dahin sind in Anlehnung an die regionalen Vereinbarungen zum Hautkrebs-Screening die folgenden Gebührenordnungspositionen mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen:

- 19310 → 19310H (im Rahmen des Hautkrebs-Screening)
- 19312 → 19312H (im Rahmen des Hautkrebs-Screening)
- 40100 → 40100H (im Rahmen des Hautkrebs-Screening)

Praxisgebühr

Da das Hautkrebs-Screening eine präventive Leistung darstellt, wird für die alleinige Erbringung des Hautkrebs-Screenings keine Praxisgebühr erhoben.

In der Abrechnung ist für diesen Sachverhalt die Pseudo-Nr. 80040 anzugeben.

Bitte beachten Sie den Infobrief „Information an Hautärzte, Hausärzte, Pathologen zum Hautkrebs-Screening“ vom 26. Juni 2008.

Zusätzlich zu den EBM-Regelungen gibt es (regionale) Vereinbarungen/Verträge mit

- **AOK PLUS** (ab 01.10.2008),
- **Knappschaft** (bundesweite Vereinbarung, ab 01.01.2009),
- **Gmünder ErsatzKasse (GEK)** (ab 01.10.2008).

2.8.2 Vertrag über die Durchführung einer ambulanten Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung für Versicherte bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres zwischen KBV und Knappschaft, ab 01.01.2009

Mit diesem Vertrag verfolgen Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) und Knappschaft vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personenkreise das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen und durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen

- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allg. Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung (gemäß § 4) durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (gemäß § 3) haben **alle Versicherten der Knappschaft bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres einmal alle zwei Jahre.**

Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der Vorsorgeuntersuchung. Dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen, sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.

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

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

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung (nach § 4) muss der Arzt im Bereich der KV Sachsen als **FA für Haut- und Geschlechtskrankheiten** zugelassen oder in einem hier zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MZV) bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder bei einem Vertragsarzt tätig sein.

Die Knappschaft vergütet dem Vertragsarzt für die Durchführung der Leistungen nach § 4 dieses Vertrages:

01745K Hautkrebs-Vorsorgeuntersuchung

(einmal alle zwei Jahre)

BMÄ (nur Knappschaft) **25,00 EUR**

Die Nr. 01745K ist berechnungsfähig:

- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),
- nur in ambulanten Fällen einmal alle zwei Jahre.

2. Teil Regionale Vereinbarungen

Daneben ist eine parallele privatärztliche Abrechnung für Leistungen nach § 4 dieses Vertrages nach GOÄ ausgeschlossen.

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Für die Inanspruchnahme der Behandlungsmaßnahmen nach § 4 dieses Vertrages (Vorsorgeleistungen) wird die Zuzahlung nach § 28 Absatz 4 SGB V (Praxisgebühr) nicht erhoben.

2.8.3 Vertrag über die Durchführung eines Hautscreening-Verfahrens mit der Gmünder ErsatzKasse (GEK), ab 01.10.2008

1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.01.2006
2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.04.2007
3. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.10.2008

Nach Inkrafttreten des Beschlusses des G-BA zur Aufnahme der Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (Hautkrebs-Screening) in den Leistungskatalog der GKV wird die o.g. Vereinbarung mit Wirkung ab dem 01.10.2008 wie folgt angepasst.

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

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Zu den **anspruchsberechtigten Personen** zählen die zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der **GEK versicherten Personen ab Beginn des 14. Lebensjahres**.

Zur **Durchführung der Vorsorgeuntersuchung** (gem. § 4) muss der Arzt/die Ärztin als **FA/FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten** zugelassen oder als FA/FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V oder bei einem Vertragsarzt tätig sein.

Die im Zusammenhang mit dem Hautkrebscreening anfallenden ärztlichen Leistungen nach § 4 dieses Vertrages werden wie folgt außerbudgetär vergütet:

- a) Für **Versicherte ab Beginn des 14. bis zum vollendeten 35. Lebensjahr**:
(d.h. ab dem 13. Geburtstag bis zum 35. Geburtstag)

99190 Hautscreening (einmal im Kalenderjahr)
E-GO (nur GEK) 22,00 EUR

Die Nr. 99190 ist in ambulanten Fällen nur einmal pro Kalenderjahr berechnungsfähig.

99190A Probe-Exzision aus dem Hautgewebe
E-GO (nur GEK) 15,00 EUR

- Die Nr. 99190A ist, sofern im Zusammenhang mit der Hautkrebsvorsorge erforderlich wird, am selben Tag bzgl. desselben Patienten mehrfach in einer Sitzung, jedoch insgesamt höchstens dreimal am Behandlungstag berechnungsfähig.

- Die Leistungen nach den Nrn. 99190 und 99190A sind nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3) berechnungsfähig.
- Neben der Nr. 99190A sind die kleinchirurgischen Eingriffe nach den EBM-GOP 02300 bis 02302 und 10340 bis 10342 sowie die EBM-GOP 10343 und 10344 am selben Behandlungstag bzgl. desselben Patienten nicht berechnungsfähig.

99190P Histologische Untersuchung eines Materials
(gemäß GOP 19310 EBM)
E-GO (nur GEK) 8,50 EUR

99190Q Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 99190P
(gemäß GOP 19312 EBM)
E-GO (nur GEK) 10,00 EUR

- Die Leistungen nach den Nrn. 99190P und 99190Q sind nur durch Pathologen sowie FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten mit histopathologischer Weiterbildung berechnungsfähig.
- Neben den Nrn. 99190P oder 99190Q sind die EBM-GOP 19310 und 19312 bei Untersuchungen an demselben Material nicht berechnungsfähig.

Vollendet der Versicherte in einem Quartal sein 35. Lebensjahr, so können Nachfolgeleistungen (Probe-Exzisionen, Histopathologische Untersuchungen), die sich aus der Behandlung (Hautscreening) in diesem Quartal ergeben, noch im darauf folgenden Quartal, nach den jeweils gültigen Vergütungen des Vertrags erbracht und abgerechnet werden.

b) Für **Versicherte ab dem Alter von 35 Jahren:**
(d.h. ab dem 35. Geburtstag)

99191 Hautscreening (einmal im Kalenderjahr)
E-GO (nur GEK) 23,00 EUR

- Die Nr. 99191 ist berechnungsfähig:
- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),
 - nur in ambulanten Fällen einmal pro Kalenderjahr.

Medizinisch notwendige Probe - Exzisionen werden gemäß dem G-BA-Beschluss über die **EBM-GOP 10343 und/oder 10344** vergütet.

Die **histologische Untersuchung eines Materials** sowie der Zuschlag zu dieser Leistung für die Anwendung eines immunchemischen Sonderverfahrens werden über die **Nrn. 19310H und 19312H**, sowie die **Kostenpauschale 40100H** für die **Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial**, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen vergütet.

Voraussetzung für eine Vergütung nach diesem Vertrag ist, dass für einen Versicherten im selben Kalenderjahr keine parallele Abrechnung nach EBM und nach diesem Vertrag erfolgt.

Neben den o.g. Leistungen ist eine parallele Abrechnung über GOÄ ausgeschlossen und es dürfen weder gegenüber den Versicherten noch der GEK zusätzliche Kosten geltend gemacht werden.

2.9 Homöopathie-Vereinbarungen

2.9.1 Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie mit der IKK Sachsen, ab 01.01.2009

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

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

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

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

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

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

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

Folgende homöopathische ärztliche Leistungen sind i. R. dieser Vereinbarung abrechnungsfähig, die von der IKK Sachsen außerbudgetär vergütet werden:

Homöopathische Erstanamnese

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

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

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

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

99199C Repertorisation

BMÄ (nur IKK Sachsen) 20,00 EUR
- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig

99199D Homöopathische Analyse

BMÄ (nur IKK Sachsen) 20,00 EUR
- höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig

Homöopathische Folgeanamnese

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

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

Die Nrn. 99199E und 99199F sind berechnungsfähig:

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

99199G Homöopathische Beratung

BMÄ (nur IKK Sachsen) 10,00 EUR
- Mindestdauer 7 Minuten
- höchstens fünfmal pro Quartal abrechnungsfähig
- die Nr. 99199G ist berechnungsfähig:
nach Erbringen der Nr. 99199A oder 991900B,
am selben Tag nicht neben Nr. 99199A, 99199B, 99199E oder 99199F.

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

2.9.2 Vertrag zur Förderung der Qualität in der homöopathischen Therapie mit dem vdek e.V., ab 01.01.2007

Der Vertrag wurde mit dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek), handelnd für die Gmünder ErsatzKasse (GEK), auf Grundlage des § 73c SGB V und mit Wirkung ab 01.01.2007 geschlossen.

Ziel dieses Vertrages ist die Sicherung einer hohen Behandlungsqualität bei gleichzeitiger Verbesserung der Patientenversorgung.

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben **alle Versicherten** der Gmünder ErsatzKasse (GEK).

An diesem Vertrag können **Vertragsärzte** teilnehmen, die die **Zusatzweiterbildung „Homöopathie“** erfolgreich absolviert, ihre Teilnahme gegenüber der KV Sachsen erklärt und die Teilnahmegenehmigung gemäß § 4 erhalten haben.

Homöopathische Erstanamnese

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

- | | | |
|---------------|---|------------------|
| 99198A | ... vom Beginn des 13. Lebensjahres an (nur GEK) | 90,00 EUR |
| | (Mindestdauer 60 Minuten) | |
| 99198B | ... bis zum vollendeten 12. Lebensjahr (nur GEK) | 60,00 EUR |
| | (Mindestdauer 40 Minuten) | |
| 99198C | Repertorisation und Homöopathische Analyse | |
| | E-GO (nur GEK) | 40,00 EUR |
| | - höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig | |
| 99198D | Homöopathische Folgeanamnese und/oder Homöopathische Beratung | |
| | E-GO (nur GEK) | 40,00 EUR |
| | - Mindestdauer 15 Minuten | |
| | - höchstens einmal pro Quartal bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig | |
| | - erst im Folgequartal nach erfolgter Erstanamnese berechnungsfähig | |
| 99198E | Leistungszuschlag zur Homöopathischen Folgeanamnese und/oder Beratung | |
| | (bei Dauer der Leistung nach Nr. 99198D über 45 Minuten) | |
| | E-GO (nur GEK) | 20,00 EUR |
| | - höchstens einmal pro Quartal zusätzlich zur Leistung nach der Nr. 99198D berechnungsfähig | |

Hinweise zur Abrechnung:

- Homöopathische Erstanamnesen, die vor Vertragsbeginn erhoben wurden, sind über diesen Vertrag nicht abrechnungsfähig.
- Eine Privatliquidation im Hinblick auf homöopathische Anamnesen und Behandlungen durch einen an der Vereinbarung teilnehmenden Arzt ist nicht zulässig.
- Die Vergütung der vorgenannten Leistungen erfolgt außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung.

2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens

Gemäß Beschluss des Erweiterten Bewertungsausschusses zur Neuordnung der Vertragsärztlichen Vergütung wurden die Leistungen des ambulanten Operierens neu definiert.

Danach umfasst das Ambulante Operieren die Leistungen des Kapitels 31 sowie die Gebührenordnungspositionen 13421 bis 13431 und 04514, 04515, 04518 und 04520 des EBM. Der unmittelbare Bezug zum Vertrag nach § 115b SGB V entfällt damit.

Bislang war bei Überweisung im Zusammenhang mit Leistungen des Vertrages nach § 115b SGB V durch den überweisenden Arzt (im Regelfall der Operateur) die Pseudo-Ziffer 88115 im Auftragsfeld anzugeben.

Der per Überweisung in Anspruch genommene Arzt sollte den Abrechnungsschein bzw. den Datensatz mit der Pseudo-Ziffer 88115 als § 115b-Fall kennzeichnen.

Diese Kennzeichnung mit der Pseudo-Ziffer 88115 ist nicht mehr notwendig und kann ab sofort entfallen.

Sofern eine **postoperative Behandlung auf Überweisung** durch den Operateur erfolgt, ist **diese nach wie vor auf dem Überweisungsschein abzurechnen**, auch wenn in diesem Fall bereits ein Originalschein vorliegt (Ausnahme bei Erbringung von Operationen und postoperativer Behandlung innerhalb der Berufsausübungsgemeinschaft).

Anmerkung:

Die **Förderung der Operation der unicondylären Knieendoprothese nach Repicci** wird von den **Ersatzkassen** auch weiterhin **fortgesetzt**, die folgenden Nrn. sind für Versicherte der Ersatzkassen weiterhin berechnungsfähig.

Abr.- Nr.	Bezeichnung „unicondyläre Knieendoprothese nach Repicci mit Miniarthrotomie, ...“	Wert (€)
92100A	... Sachkosten Implantat	1.278,23
92100B	... sonstige Sachkosten	189,18
92100C	... Förderbetrag	1.196,42

Diese Beträge erhält der Leistungserbringer zusätzlich zur EBM-GOP 31135.
Dem Abrechnungsschein ist eine Kopie der Rechnung der verwendeten Knieendoprothese beizufügen.

Teilnahmeberechtigt ist der Leistungserbringer, der eine Befähigung zur Durchführung dieser Operation nachweisen kann.

2.11.2 Zusatzvereinbarung/ Erweiterung der ab 01.01.2008 gültigen Impfvereinbarung Sachsen um Satzungsleistungen - der AOK PLUS - der IKK Sachsen - der Ersatzkassen in Sachsen

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

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

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

Gültigkeit: - für die **AOK PLUS** (nur Anspruchsberechtigte mit VKNR 95101)

- für die **IKK Sachsen**

- für die **Ersatzkassen**

- für die **BIG Gesundheit** (ab 01.01.2009 - nur Nr. 99795)

Bezeichnung	Abrechnungsbestimmung(en)	Abr.-Nr.	Wert
Hepatitis A	- für Kinder und seronegative Erwachsene ¹⁾ (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (IKK Sachsen)	89105S	5,20 €
Hepatitis B	- für seronegative Versicherte über 18 Jahre ¹⁾ (AOK PLUS und Ersatzkassen)	89106S	5,20 €
Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB)	- für Kinder und seronegative Erwachsene ¹⁾ (AOK PLUS und Ersatzkassen) - für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (IKK Sachsen)	89202S	7,30 €
Influenza	- für Versicherte über 50 Jahre bis zum vollendeten 60. Lebensjahr	89111S	6,00 €
Masern²⁾	- Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89113S	5,20 €
Röteln²⁾		89123S	5,20 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)		89301S	12,00 €
Meningokokken	- für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat	89114S	5,20 €
Pertussis³⁾	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89116S	5,20 €
Poliomyelitis³⁾		89121S	5,20 €

Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)		89302S	9,40 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89303S	9,40 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdaplPV)		89400S	10,40 €
Rotavirus - für Säuglinge ab 7. Lebenswoche bis 1. Lebenshalbjahr	IKK Sachsen (ab 01.01.08), Techniker Krankenkasse (ab 01.04.08) BIG Gesundheit (ab 01.01.09)	99795	5,20 € 7,00 €

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

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

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

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

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

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

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

Die **o.g. Zusatzvereinbarung** über weitergehende Schutzimpfungen auf Grundlage des § 20d Abs. 2 SGB V und der Empfehlungen der SIKO **gilt** – bis auf Widerruf – **auch für heilfürsorgeberechtigte Polizeibeamte** im Freistaat Sachsen sowie für **Heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes** (wieder mit der Ausnahme der Impfungen gegen Hepatitis B bzw. der Kombiimpfung gegen Hepatitis A/B).

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

**2.11.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung
- der Impfung zur Prävention von Gebärmutterhalskrebs
mit Humanem Papillomavirus-Impfstoff**

... mit der BIG Gesundheit mit Wirkung ab 1. Januar 2009

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

... mit GEK mit Wirkung ab 1. Oktober 2007

- von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen

... mit der BIG Gesundheit mit Wirkung ab 1. Januar 2009

... mit TK, KKH und DAK** mit Wirkung ab 1. August 2007

... mit GEK mit Wirkung ab 1. Oktober 2007

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

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

Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen

- noch vor dem 26. Geburtstag bzw.

- noch vor dem In-Kraft-Treten einer Empfehlung der Ständigen Impfkommission

(STIKO) oder einer Regelung im EBM bzw. vor dem Auslaufen dieser Vereinbarung verabreicht, können die weiteren erforderlichen Impfdosen noch innerhalb der folgenden zwei Quartale nach dieser Vereinbarung abgerechnet werden.

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

99791 HPV-Impfung gegen Cervixkarzinom

BMÄ (BIG Gesundheit) **10,00 EUR**

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

- für bei **BIG Gesundheit**, TK oder GEK versicherte Frauen

- ab 18 Jahre bis zum vollendeten 26. Lebensjahr

(siehe o.g. Regelungen)

2. Teil Regionale Vereinbarungen

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hinweise zur Abrechnung:

- Das **Beratungshonorar nach Nr. 99800 ist nur einmal pro Impfung (*)** nach den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826 berechnungsfähig.
Sofern zum Erreichen des vollständigen Impfstatus (vollst. Immunisierung) mehrere Impfungen erforderlich sind, ist die Beratungsleistung erst abrechnungsfähig, wenn die letzte der dafür notwendigen Impfungen erfolgt ist. Dies gilt nur, wenn der vollständige Impfstatus innerhalb von 3 Monaten erreicht werden kann.
- Die Beratung ist auch abrechnungsfähig, **wenn als Folge der Beratung keine Impfung** möglich ist. In diesem Fall ist die **Nr. 99800 mit dem Buchstaben „K“** zu versehen.
- Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „W“** zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
- Ist die **weitere Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung eine Auffrischimpfung**, so ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „Y“** zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
- Die **Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung**.
- Sofern bei einem Patientenkontakt die Indikation für eine Schutzimpfung nach der Impfvereinbarung Sachsen und zur gleichen Indikation gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vorliegt, hat die Abrechnung der Schutzimpfung über die Impfvereinbarung Sachsen zu erfolgen.
- Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung Sachsen (§ 5) ist **der jeweilige Impfstoff** (sowie Arzneimittel i. R. der Malariaphylaxe) auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) **auf den Namen des Versicherten** zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse zu verordnen. Bei der Verordnung von Impfstoffen ist das **Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen**. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen.
Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.
- Die Krankenkassen stellen sicher, dass die im Rahmen dieser Vereinbarung verordneten Impfstoffe und Arzneimittel für andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe **das Ausgabenvolumen für Arzneimittel** der KV Sachsen bzw. **des Arztes nicht belasten**.
- Die finanziellen Mittel für die erbrachten Impf- und Beratungsleistungen nach dieser Vereinbarung werden von den Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

****** Mit Schreiben vom 30.05.2008 kündigte die DAK die Vereinbarung über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen zum 31.12.2008. Damit sind ab 01.01.2009 die o. g. Impf- und Beratungsleistungen für Versicherte der DAK nicht mehr berechnungsfähig.

Vereinbarungsgemäß sind, sofern der Arzt mit dem Impfen eines Anspruchsberechtigten noch vor dem 31.12.2008 begonnen hat, die restlichen Impfungen (bis zum vollständigen Impfschutz) noch nach der o. g. Vereinbarung berechnungsfähig. Das Beginnen einer Impfserie aufgrund von Auslandsreisen ist ab 01.01.2009 nicht mehr möglich.

2.12.2 Kennzeichnung im Rahmen der Verordnung von Heilmitteln für Richtgrößenprüfungen, ab 01.01.2008

Pseudo-GOP	Indikationsgebiet
99915A	Physikalische Therapie bei Lymphabflussstörungen in Folge onkologischer Erkrankungen
99915B	Physikalische Therapie bei Mukoviszidose
99915C	Physikalische Therapie bei MS mit Mehrfachschädigung, ALS, infantiler Cerebralparese
99915D	Physikalische Therapie bei rheumatoider Arthritis (verordnet durch Orthopäden sowie Internisten bei Erbringung der GOP 13700/-I)
99915E	Physikalische Therapie bei postoperativer Behandlung orthopädischer sowie unfall-chirurgischer Fälle nach ambulanten Operationen und kurzstationären Eingriffen (insbesondere Endoprothetik ohne Anschlussheilbehandlung, Rotatorenmanschetteneingriffe, Bandplastiken an großen Gelenken)
99915F	Ergotherapie bei MS mit Mehrfachschädigung, ALS, infantiler Cerebralparese
99915G	Stimm-, Sprech- und Sprachtherapie bei MS mit Mehrfachschädigung, ALS, infantiler Cerebralparese
99915H	Hochgradige Innenohrschwerhörigkeit beidseits mit Hörgerät und/oder Cochlear implant beidseits Achtung: Diese Indikation ist nicht Bestandteil der Anlage 2.1 der ab 01.01.2008 geltenden Prüfungsvereinbarung. Es wird jedoch empfohlen, die Kennzeichnung weiter vorzunehmen, da es sich bei der Anlage 2.1 nicht um eine abschließende Aufzählung handelt.
99915I	Heilmittel, die für Versicherte, welche sich in den IV-Vertrag „Schmerzfrei leben“ eingetragen haben, verordnet werden
99915Z	Heilmittel, die für geistig und körperlich behinderte Kinder und Jugendliche, welche an Förderschulen betreut werden, im Freistaat Sachsen verordnet werden

Folgende Hinweise gelten für 2.12.1 und 2.12.2:

- Die aufgeführten Pseudo-Nrn. sind für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO ansetzbar.
- Bei Erfüllung der entsprechenden Indikationsgebiete können die Pseudo- Nrn. auf dem Behandlungsausweis angesetzt werden; jedoch jeweils nur einmal pro Behandlungsfall.
- Im Übrigen wird auf die in der Prüfungsvereinbarung getroffenen Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten verwiesen (insbesondere § 5 und Anlagen 1.1 bzw. 2.1).

2.12.3 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 BMÄ oder E-GO ansetzbar

Gemäß Vorstandsbeschluss vom 01.12.2008 wird die bisherige Förderung der Behandlung von Wachkomapatienten mit Wirkung ab dem 01.01.2009 beendet.

2.13 Wegegeldregelungen

2.13.1 Wegepauschalen im Bereich der KV Sachsen, ab 01.01.2008

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

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

In der folgenden Tabelle finden sich die neuen Abrechnungsnummern:

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

- Die **KV Sachsen** setzt zu jeder o.g. Wegepauschale **folgende Zuschläge** zu:
Zuschlag im ...

- ... **Organ. Notfalldienst** (Scheinuntergruppe 41) 6,00 €^{*)}
- ... **Organ. Notfalldienst mit Zentralem Fahrdienst** (Scheinuntergruppe 46) 5,00 €^{*)}

*) Bei Fahrten mit zentralem Fahrdienst werden diese Zuschläge, einschließlich der Wegebühre zur Finanzierung der Fahrdienstleister genutzt.

- Für **Fahrten im Rahmen des** von der KV Sachsen **organisierten Notfalldienstes** (Scheinuntergruppe 41) **bzw. kassenärztl. Bereitschaftsdienstes mit zentralem Fahrdienst** (Scheinuntergr. 46) sind die **Wegepauschalen mit Buchstaben zu kennzeichnen**; dabei gelten folgende Kennzeichnungen für den Fahrdienst in:
 - > Zentraler Fahrdienst **Stadt Leipzig**: „A“
 - > Zentraler Fahrdienst **Dresden-Freital-Radebeul**: „B“
 - > Zentraler Fahrdienst **Pirna**: „C“
 - > Zentraler Fahrdienst **Dippoldiswalde**: „D“
 - > Organisierter Notfalldienst mit eigenem PKW: Wegepauschale ohne Kennzeichnung
- Die zutreffende Tag- oder Nachtwegepauschale ist durch den Arzt direkt hinter jedem Besuch (bzw. der ersten Visite am Visitentag) anzugeben.
- Die Berechnungsfähigkeit von Besuchen, Visiten und Wegepauschalen ist im Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.4, EBM, geregelt.

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

2.14.3 Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V mit der BIG Gesundheit „BIGprevent“, ab 01.04.2008

1. Nachtrag vom 19.06.2008 mit Wirkung ab 01.04.2008

2. Nachtrag vom 19.12.2008 mit Wirkung ab 01.01.2009

Dieser Vertrag gilt für an der hausärztlichen Versorgung nach § 73 Abs. 1a SGB V teilnehmenden Ärzte („Hausärzte“), die ihre Teilnahme nach § 4 dieses Vertrag erklärt haben. Die Teilnahme der Hausärzte ist freiwillig.

Teilnahmeberechtigt sind Hausärzte, die die persönlichen und sachlichen Qualitätsanforderungen gemäß § 5 und 6 erfüllen und dies entsprechend den dortigen Festlegungen gegenüber der KV Sachsen nachweisen.

Die **Teilnahme ist schriftlich** bei der KV Sachsen **zu beantragen**. Die Teilnahme beginnt mit Beginn des Quartals, in dem die KV Sachsen dem Hausarzt die Teilnahme bestätigt hat (Ausstellungsdatum). Mit der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1 verpflichtet sich der Hausarzt zur Erfüllung der Versorgungsziele, der Qualitätsanforderungen gemäß §§ 5 und 6 und zur Sicherstellung der Aufgabenerfüllung gemäß § 7 dieser Vereinbarung.

Der Hausarzt kann seine Teilnahme gegenüber der KV Sachsen unter Einhaltung einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals schriftlich kündigen.

Die teilnehmenden Hausärzte und Kinderärzte übernehmen die Steuerungsverantwortung für die bei ihnen eingeschriebenen Versicherten. Im Gegenzug verpflichten sich die Versicherten, ambulante fachärztliche Leistungen nur auf Überweisung durch ihren betreuenden Arzt in Anspruch zu nehmen.

Dieser **Vertrag gilt für alle teilnehmenden Versicherten der BIG Gesundheit** – Die Direktkrankenkasse, die Teilnahme ist freiwillig.

Der Versicherte wählt einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt und schreibt sich bei diesem in die hausarztzentrierte Versorgung ein. Mit seiner Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 6) bestätigt der Versicherte seine Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung und die Wahl seines koordinierenden Hausarztes.

Mit der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung (bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch einen gesetzlichen Vertreter) willigt der Versicherte zugleich in die Datensammlung und den Datenaustausch durch seinen gewählten Hausarzt gemäß § 73 Abs. 1b SGB V ein.

Weitere Details zur Teilnahme der Versicherten sind im § 10 des Vertrages geregelt.

1. Vergütung für besondere Aufgaben (gemäß Anlage 8.1)

Für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erhält der Hausarzt:

- 81110 Komplexjahrespauschale,**
für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung
BMÄ (nur BIG Gesundheit) 28,00 EUR
- pro eingeschriebenem Versicherten einmal innerhalb von 4 Quartalen
abrechenbar im Zusammenhang mit der Übermittlung des Erhebungsbogens zum Präventionsstatus gemäß Anlage 9 bzw. Anlage 10 an die BIG Gesundheit

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

Die Abrechnung der Nr. 81110 setzt die Erfüllung folgender Leistungsbestandteile voraus:

- Kontrolle und Dokumentation der regelmäßigen Inanspruchnahme der Krebsfrüherkennungsuntersuchungen durch den Versicherten, ggf. nach vorangegangener Überweisung,
- Dokumentation des Ergebnisses der Gesundheitsuntersuchung und für den Fall, dass das Ergebnis der Untersuchung auf das Vorliegen einer chronischen Krankheit hinweist, Hinwirken auf die Teilnahme des Versicherten an einem strukturierten Behandlungsprogramm,
- Erstellung des Impfstatus eines Versicherten und Hinwirken auf das Erreichen eines vollständigen Impfstatus gemäß den Empfehlungen der Stiko,
- Teilnahme an einem Qualitätszirkel zur strukturierten Arzneimitteltherapie und Kenntnisnahme sowie Anwendung evidenzbasierter Leitlinien,
- Übermittlung des Präventionsstatus (einschl. Impfstatus) teilnehmender Versicherter gemäß Anlage 9 (Erwachsene) bzw. Anlage 10 (Kinder) an die BIG Gesundheit sowie Dokumentation im Gesundheitspass des Versicherten.

Die Vergütung erfolgt durch die BIG Gesundheit außerhalb der Gesamtvergütung.

2. Vergütung für Prävention (gemäß Anlage 8.2)

Im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung werden - **durch Abrechnung der nachfolgend aufgeführten Sonder-Nrn. (SNR)** - die entspr. EBM-GOP mit einem Zuschlag in Höhe von 4,15 Euro gefördert:

- (1) die **Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten** gem. den (Jugend-)Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (EBM-GOP 01720, 01732)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung
01720P	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	39,33 €
01732P	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	35,13 €

- (2) die **Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung auf Hautkrebs** im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (EBM GOP 01746) sowie - befristet bis zum 31.12.2009 - gemäß Abschnitt B. 5. oder C 2. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (EBM GOP 01745)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung	Vergütung
01745P	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt B. 5. o. ... bei der Frau	25,33 €
01745N	C 2. der Krebsfrüherk.-Richtlinie (befristet bis zum 31.12.2009)/ ... beim Mann	25,33 €
01746P	Zuschlag zur Nr. 01732P für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gem. Abschnitt B. 5. o. ... bei der Frau	20,95 €
01746N	C 2. der Krebsfrüherk.-Richtlinie/ ... beim Mann	20,95 €

- (3) die **Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms** gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien (EBM-GOP 01740)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung
01740P	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms/ ... bei der Frau	14,30 €
01740N	... beim Mann	14,30 €

(4) die Durchführung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß den Kinder-Richtlinien

(EBM-GOP 01711 bis 01719, 01722, 01723) für Hausärzte der Fachrichtung Kinder- u. Jugendmedizin sowie Hausärzte, die nach § 4 Abs. 3 am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen i.R. der Kinder- und Jugendmedizin vom 06.05.2008 teilnehmen

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung
01711P	Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	16,58 €
01712P	Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2),	34,60 €
01713P	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	34,60 €
01714P	Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	34,60 €
01715P	Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	34,60 €
01716P	Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	34,60 €
01717P	Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	34,60 €
01718P	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	34,60 €
01719P	Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	34,60 €
01722P	Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Anlage 5 der Kinder-Richtlinien	20,95 €
01723P	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a), ab 01.07.2008	39,33 €

(5) die Beratung gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (GBA) zur Umsetzung der Regelungen in § 62 SGB V für schwerwiegend chronisch Erkrankte („Chroniker-Richtlinie“) zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen (EBM-GOP 01735)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung
01735P	Beratung gemäß § 4 der "Chroniker-Richtlinie" des GBA zur zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	14,30 €

2.16 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen Injektion bzw. intravitrealen operativen Medikamentenapplikationen

2.16.1 Übergangsvereinbarung zur Vergütung der intravitrealen Injektion mit Lucentis und Macugen (IVI) mit der AOK PLUS, mit Wirkung ab 1. April 2007

Mit dieser Übergangsvereinbarung wird die Honorierung und Abrechnung von intravitrealen Injektionen (IVI) bis zur Aufnahme der Leistung in den EBM geregelt. Ab diesem Zeitpunkt entsteht durch diese Übergangsvereinbarung kein Anspruch auf die Extravergütungen der IVI und der Nachkontrolle.

Der **Leistungserbringer beantragt die Teilnahme** an dieser Vereinbarung bei der KV Sachsen. Er hat die erforderlichen Nachweise gemäß der §§ 3 und 4 sowie der ermächtigte Leistungserbringer zusätzlich die von seinem Krankenhaus unterzeichnete Anlage 1 dieser Vereinbarung mit dem Antrag vorzulegen.

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

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

Von den o. g. Punkten abweichende Voraussetzungen sind im Einzelfall und unter Berücksichtigung regionaler Besonderheiten mit der AOK PLUS zu vereinbaren.

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

Die **KV Sachsen prüft die persönlichen, räumlichen und abrechnungstechnischen Voraussetzungen** der Leistungserbringer gemäß der §§ 3, 4 und 5.

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

Die Möglichkeiten der weniger invasiven Behandlungsmethoden, insbesondere der PDT, müssen ausgeschöpft oder für den Einzelfall nicht indiziert sein.

Einzelheiten zu Indikation und Behandlungsmodalitäten sind im § 6, zu Verordnung und Abrechnung der Arzneimittel Lucentis und Macugen im § 7 der o.g. Vereinbarung geregelt.

Die **nachfolgend aufgeführten ärztlichen Leistungen** sind gemäß § 8 **abrechnungsfähig** und werden außerbudgetär vergütet.

Die **Abrechnung ist dabei auf maximal 3-mal je Patient und Auge beschränkt. Für jede weitere Behandlung** muss der Leistungserbringer mit der Abrechnung eine **gesonderte Kostenzusage** der AOK PLUS (Anlage 3) vorlegen.

Durchführung der IVI, je Injektion:

(inkl. Aufklärung des Patienten und Dokumentation von Indikationsstellung, Diagnose und Behandlungsverlauf; inkl. der erforderlichen Sachkosten)

93100L	... linkes Auge (BMÄ - AOK PLUS)	245,00 EUR
93100R	... rechtes Auge (BMÄ - AOK PLUS)	245,00 EUR

**Durchführung der Nachkontrolle,
nur einmal je Injektion:**

93102L	... linkes Auge (BMÄ - AOK PLUS)	20,00 EUR
93102R	... rechtes Auge (BMÄ - AOK PLUS)	20,00 EUR

- diese Leistungen können auch vom konservativ tätigen Augenarzt abgerechnet werden, wenn die Nachsorge dort erbracht wird.
- die Nrn. 93102L und 93102R sind nur einmal je Injektion und Patient abrechenbar

Bis zur Einführung der IVI als Leistung der GKV entfällt gemäß einer Übereinkunft mit der AOK PLUS das Einreichen der **Indikationsnachweise (Anlage 2)** bei der KVS, d.h. die im § 9 Abs. 3 dafür getroffene Regelung gilt für die Dokumentationsbögen nicht mehr. Bei einer **Folgebehandlung (Anlage 1)** ist die **Genehmigung (Anlage 3)** jedoch weiterhin bei der KV Sachsen einzureichen.

Die Erstellung des Indikationsnachweises bzw. der Genehmigung zur Folgebehandlung ist mit den o.g. Vergütungen abgegolten.

Bei Abrechnung der Leistungen nach den Nrn. 93100L/ -R gibt der Leistungserbringer gemäß § 7 für die **Kenntlichmachung des Arzneimittels im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung** folgende Pseudo-Nr. **einmal pro Injektion** an:

- 99911D Lucentis**
- 99911E Macugen**

Diese Nrn. werden **i. R. der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit** im Sinne von Anlage 7.1 der Prüfvereinbarung Sachsen berücksichtigt. Je angegebener Nr. wird der jeweilige Wert vom Verordnungsvolumen der Praxis abgezogen.

Die vor Gültigkeit des o.g. Vertrages auf Muster 16 verordneten Medikamente (Lucentis/ Macugen) werden gemäß § 7 (6) i. R. der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit im Sinne von Anlage 7.1 der Prüfvereinbarung in voller Höhe berücksichtigt; entsprechende Prüfanträge für diesen Zeitraum werden nicht gestellt.

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

Diese Vereinbarung tritt mit Wirkung vom 1. Januar 2009 in Kraft und **gilt für Versicherte** der **IKK Sachsen**, von **BKK** und der **Knappschaft** - deren bisherige Vereinbarungen zur IVI damit ersetzt werden - sowie für Versicherte der Landwirtschaftlichen Krankenkasse Mittel- und Ostdeutschland (**LKK**) und der nachfolgend genannten Ersatzkassen: Barmer Ersatzkasse (**BARMER**), Deutsche Angestellten-Krankenkasse (**DAK**), Techniker Krankenkasse (**TK**), Kaufmännische Krankenkasse (**KKH**), Hamburg-Münchener Krankenkasse (**HMK**), Hanseatische Krankenkasse (**HEK**) und Handelskrankenkasse (**hkk**).

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

Anspruchsberechtigte nach dieser Vereinbarung sind Personen,

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die Möglichkeiten der weniger invasiven Behandlungsmethoden, insbesondere der PDT, müssen ausgeschöpft oder für den Einzelfall nicht indiziert sein.

Einzelheiten zu Indikation und Behandlungsmodalitäten sind im § 7, zu Verordnung und Abrechnung der Arzneimittel Lucentis u. Macugen im § 8 der o.g. Vereinbarung geregelt.

Die **nachfolgend aufgeführten ärztlichen Leistungen** sind gemäß § 9 **abrechnungsfähig** und werden außerbudgetär vergütet.

Die **Abrechnung ist dabei auf maximal 3-mal je Patient und Auge beschränkt. Für jede weitere Behandlung** muss der Leistungserbringer mit der Abrechnung eine **gesonderte Kostenzusage** der o.g. Kostenträger (Anlage 3) vorlegen.

Durchführung der IVOM, je Injektion:

(inkl. Aufklärung des Patienten und Dokumentation von Indikationsstellung, Diagnose und Behandlungsverlauf; inkl. der erforderlichen Sachkosten)

93100L	...linkes Auge (BMÄ / E-GO)	240,00 EUR
93100R	...rechtes Auge (BMÄ / E-GO)	240,00 EUR

- Die Zahlung von Zuweiserpauschalen zwischen den Leistungserbringern ist ausgeschlossen.

Durchführung der erforderlichen Nachkontrolle(n), einmalig pro Injektion:

93102L	...linkes Auge (BMÄ / E-GO)	45,00 EUR
93102R	...rechtes Auge (BMÄ / E-GO)	45,00 EUR

- diese Leistungen können auch vom konservativ tätigen Augenarzt abgerechnet werden, wenn die Nachsorge dort erbracht wird.

- die Nrn. 93102L und 93102R sind nur einmal je Injektion und Patient abrechenbar

Nach Abschluss der ersten 3 Injektionen im Behandlungszyklus (pro Auge 1 Jahr ab der Durchführung der ersten Injektion an diesem Auge) ist der zuständigen Krankenkasse des Patienten der Indikationsnachweis (Anlage 2) vorzulegen.

Weitere Behandlungen, die über die Höchstzahl (3) im Behandlungszyklus hinausgehen, sind nacheinander mit der Anlage 3 bei der zuständigen Krankenkasse zu beantragen.

Bei Abrechnung der Leistung nach den Nrn. 93100L/ -R gibt der Leistungserbringer **für die Kenntlichmachung des Arzneimittels** gemäß § 8 **im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung** folgende Pseudo-Nrn. **einmal pro Injektion** an:

99911D	Lucentis	99911E	Macugen
---------------	-----------------	---------------	----------------

Diese Nrn. werden **i. R. der Wirtschaftlichkeitsprüfung als Praxisbesonderheit** in Analogie der Anlage 1.1 der Prüfungsvereinbarung Sachsen berücksichtigt. Je angegebener Nr. wird der jeweilige Wert vom Verordnungsvolumen der Praxis abgezogen.

2.17 Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V mit der TK Sachsen, ab 2008/1

Kündigung der Leistung nach Nr. 92301 „U 7a“ zum 31.12.2008

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

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

An dieser Vereinbarung können teilnehmen:

- zugelassene und bei niedergelassenen Ärzten angestellte Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, auch solche in Einrichtungen nach § 311 Abs. 2 SGB V und in zugelassenen medizinischen Versorgungszentren nach § 95 SGB V.
- zugelassene Fachärzte anderer Fachrichtungen und Praktische Ärzte, die eine abgeschlossene Weiterbildung in Pädiatrie nachweisen können.

Für ermächtigte Ärzte gilt diese Vereinbarung nicht.

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

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

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

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

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

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

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

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt außerhalb der Gesamtvergütung.

Folgende Leistungen werden unter den nachfolgend aufgeführten Sonder-Nrn. vergütet:

~~92301 Untersuchung U 7a (36. Lebensmonat)*~~

92302 Untersuchung U 10 (7 bis 8 Jahre)

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

Ziele und Schwerpunkte der Untersuchung:

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

E-GO (nur TK Sachsen) 50,00 EUR

92303 Untersuchung U 11 (9 bis 10 Jahre)

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

Ziele und Schwerpunkte der Untersuchung:

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

E-GO (nur TK Sachsen) 50,00 EUR

Hinweise zur Abrechnung:

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

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

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

* Mit Schreiben vom 19.12.2008 kündigte die Techniker Krankenkasse (TK) gemäß § 10 Absatz 6 die geregelten Teile des o.g. Vertrages zur Leistung U 7a zum 31.12.2008.

Als Grund wurde die mit Wirkung zum 01.07.08 in Kraft getretene Änderung der Kinder-Richtlinie durch den G-BA und die damit in Zusammenhang stehende neue Leistung der GKV nach der EBM-GOP 01723 (U 7a) genannt.

Damit ist die Nr. 92301 ab 01.01.2009 nicht mehr berechnungsfähig.

2.18 Sonstiges

2.18.1 Weitere vertragliche Zusatzregelungen, ab 01.04.05

Kostenersatz Bereitschaftsdienst Belegarzt, ab 01.04.05

40170	Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pfl egetag	
	E-GO	3,10 EUR
	BMÄ	2,56 EUR

Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung entspr. Nachtragsvereinbarung mit dem Bundesverteidigungsministerium vom 22.05.91

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

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

Telefonkosten gem. Allg. Bestimmungen, EBM, ab 01.10.96

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

- Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:

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

- Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:

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

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

5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05

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

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

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

Die nachfolgenden Leistungen sind zum Zwecke der Evaluation und der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen immer, wenn sie bei Männern erbracht wurden, mit „M“ (Ausnahme: GOP 01740, 01745, 01746 bei Versicherten der BIG) zu kennzeichnen.

Frauen	Männer	Bemerkung
01734	01734M	
01740	01740M	
01740P	01740N	ab 01.04.08 (<u>nur BIG Gesundheit</u>)
01741	01741M	
01742	01742M	
01743	01743M	
01745	01745M	ab 01.07.08 (Früherk.-Unters. Hautkrebs)
01745P	01745N	ab 01.01.09 (<u>nur BIG Gesundheit</u> ; Früherk.-Unters. Hautkrebs)
01746	01746M	ab 01.07.08 (Früherk.-Unters. Hautkrebs)
01746P	01746N	ab 01.01.09 (<u>nur BIG Gesundheit</u> ; Früherk.-Unters. Hautkrebs)
40160F	40160M	

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

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

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

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

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

Durch den Arzt sind weiterhin die einzelnen Leistungen des EBM abzurechnen, die KV prüft die Überschreitung der Höchstwerte und fügt ggf. die entspr. EDV-Nrn. ein.

Durch den Arzt sind die EDV-Nrn. **nicht ansetzbar**, sie werden jedoch zum Verständnis der Abrechnungsunterlagen bekannt gegeben.

EDV-Nr.	Leistungsdefinition (Bewertung siehe EBM)
01605	Höchstwert für die Nrn. 01600 bis 01601
02318	Höchstwert für die Nr. 02312
02319	Höchstwert für die Nr. 02313
32118	Höchstwert für die Nrn. 32110 bis 32116
32138	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 ab 3. Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung
32139	Höchstwert im Behandlungsfall für die Nrn. 32137 und 32140 bis 32148S im 1. und 2. Quartal der Substitutionsbehandlung
32286	Höchstwert für die Nrn. 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283
32339	Höchstwert für die Nrn. 32330 bis 32337
32432	Höchstwert für die Nr. 32430
32433	Höchstwert für die Nrn. 32426, 32427 und 32429
32458	Höchstwert für die Nrn. 32435 und 32437 bis 32456
32511	Höchstwert für die Nrn. 32489 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

5.1.14 Bewertung der GOP 32001 in Euro

Übersicht über die Bewertung der GOP 32001 „Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32...“ für die entspr. Arztgruppen gemäß EBM in Punkten und in Euro (anhand es Orientierungspunktwerts i.H.v. 3,5001 Cent/Punkt)

Arztgruppe	Bewertung (Punkte)	Bewertung (Euro)
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	48	1,68 €
Anästhesisten	15	0,53 €
Chirurgen	10	0,35 €
Frauenärzte	30	1,05 €
Hautärzte	5	0,18 €
HNO-Ärzte	5	0,18 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	17	0,60 €
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5	0,18 €
Notfallärzte	5	0,18 €
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5	0,18 €
Nuklearmediziner	45	1,58 €
Radiologen	5	0,18 €
Strahlentherapeuten	20	0,70 €
Urologen	70	2,45 €
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50	1,75 €
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet) ... Angiologie	25	0,88 €
... Endokrinologie	80	2,80 €
... Gastroenterologie	35	1,23 €
... Hämatologie und Internistische Onkologie	240	8,40 €
... Kardiologie	20	0,70 €
... Nephrologie	165	5,78 €
... Pneumologie	20	0,70 €
... Rheumatologie	130	4,55 €

... je kurativ-ambulantem Arztfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen

Weitere Regelungen/Bestimmungen zur GOP 32001 finden Sie im EBM in der jeweils aktuellen Fassung.

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung - Stand: 3. Quartal 2008

Leistungsgruppen (LG)-Repräsentant	Bezeichnung
amb.OPPR	Präoperative Untersuchungskomplexe
amb.OPAO	Ambulante Operationen
amb.AOPÜ	postoperative Überwachungskomplexe
amb.AOPB	postoperative Behandlungskomplexe
amb.OPAN	Anästhesien im Zusammenhang mit Kapitel 31.2
amb.OPKO	Orthopädisch-chirurgisch konservative Leistungen
Anäst_AU	Aufsuchen eines Kranken zur Durchführung von Anästhesien
Anäst_GP	Anästhesie Grundpauschalen
Anäst_PP	Prä-, intra- und postanästhesiologische Leistungen
Anäst_K5	Anästhesien aus Kapitel 5 EBM
Steri_PP	Prä- und postoperative Leistungen Sterilisation
Steri_AO	Operative Leistungen Sterilisation
Schwabbr	Schwangerschaftsabbrüche
Pauke_AO	Paukenhöhlendrainage
AOKolosk	Koloskopie-Leistungen
AOGastro	Sonstige gastroenterologische Leistungen
UrethroU	Urethro(zysto-)skopien der Urologen
UrethroF	Urethro(zysto-)skopien der Frauenärzte
UrethroZ	Zuschläge zu Urethro(zysto-)skopien der Urologen
LHK_POST	Betreuungsleistungen Linksherzkatheder PTCA
LHK	Linksherzkatheder
LHK_PTCA	Zuschlag PTCA
Angio_AO	Serienangiographien, Phlebographien
PhleboAO	Phlebographie, Embolisations- und Sklerosierungsbehandlung etc.
KleinOP1	Kleinchirurgie Rest
KleinOP2	Kleinchirurgie MKG, Urologie
Proktosk	Proktoskopie
AO_Kind	Pädiatrisch-gastroenterologische Leistungen
Akupunkt	Schmerztherapie Akupunktur
AphArth	Apherese rheumatoide Arthritis
DialSach	Dialyse Sachkosten
DialyseB	Betreuung Dialyse
AO_PTK	Phototherapeutische Keratektomie
Bel.OP	Belegärztliche Operationen (Kap. 36.2), zugehörige Anästhesien, Postoperative Überwachung (Kap. 36.3)

LG-Rep.	Bezeichnung
Bel_OPKB	Belegärztliche Operationen zur Künstlichen Befruchtung
belegkon	Konservativ-belegärztliche Strukturpauschalen, nicht operative belegärztliche Leistungen
Bericht	Bescheinigungen, Berichte, ...
Chlamyd	Sonstige Hilfen/Chlamydien-Screening
Diabetes	Diabetesvereinbarung
Diabbudg	Diabetesvereinbarung sächsische EK
DMP	DMP Brustkrebs, DMP Diabetes mellitus Typ 1 und 2 (einschl. augenärztliche Untersuchungen), DMP KHK
DringBes	Dringende Besuche
Exz_Haut	Exzision Hautkrebsscreening
Fahrd_Zu	Zentraler Fahrdienst Zuschläge
HausAZV	Hausarztzentrierte Versorgung
Hausarzt	Hausärztliche Grundvergütung
HAZV_BKK	Hausarztzentrierte Versorgung BKK
HäusIKPF	Verordnung psych. häusliche Krankenpflege
HistZyto	ausgewählte histologische, zytologische Leistungen
HiZyAO	Pathologen Kennzeichnung, ambulantes Operieren
HiZyKH	Pathologen Kennzeichnung, Krankenhaus
Impfen	Schutzimpfungen
ImpfenEK	Reiseimpfungen und HPV (über 18 Jahre) Ersatzkassen
ImpfSatz	Schutzimpfungen/Satzungsleistungen
IV_Baby	IV: Hallo Baby
IV_SBI	IV: Sächsische Brustkrebsinitiative
KonPT	Konsiliarbericht v. Psychotherapeuten
Kosten	Kosten (u.a. Sachkosten LHK, PTCA, Radionuklide, Linsen, Sklerosierungsnadeln, Mammographie-Screening, regionale Vereinbarungen, Hautscreening, Sozialpsychiatrie, Durchführungs-Vereinbarung Schwangerschafts-Abbruch, Homöopathie)
KüBe_BL	Künstl. Befruchtung Begleitleistungen
KüBe_HU	Molekulargenetik, Humangenetik
KüBe_KL	Künstl. Befruchtung Kernleistungen
kurativ	nicht gesondert genannte EBM-Leistungen (u.a. Versicherten-/Grundpauschalen, Beratungs-/Betreuungsleistungen, Briefe, fachgruppenspezifische Leistungen, radiologische Leistungen)
Labor	Laborgrundgebühr, Laborpauschalen
LaborBon	Wirtschaftlichkeitsbonus
LaborEUR	Laboranalytik

LG-Rep.	Bezeichnung
MammaMRT	Mamma-MRT
MammoScr	Mammographie Screening
MamScr_A-E	Mammographie Screening – Screening Einheit 1 bis 5 (1=A, 2=B, ..., 5=E)
Methadon	Methadonsubstitution
MRTAngio	MRT-Angiographien
MuVoChla	MuVo/Chlamydien screening
NeuGBScr	Neugeborenen Screening
Onkolog.	Onkologievereinbarung
PathHaut	Pathologische Leistungen im Zusammenhang mit Hautkrebs screening
PhotoDyn	Photodynamische Therapie
PraxisGB	Praxisgebühr-Zuzahlungsbefreiung
PraxisGP	Praxisgebühr-Porto
PraxisGR	Praxisgebühr-Mahnung
PrKolosc	Früherkennung Koloskopie
Psycho_A	Antragspflichtige Psychotherapie
PTK_Post	Phototherapeutische Keratektomie-postoperative Behandlungskomplexe
Reha.B.	Verordnung medizinische Rehabilitation
SchlafSt	Polysomnographie
SchmerzG	Schmerztherapie Grundpauschale
SchmerzE	Schmerztherapie (Ersatzkassen einschl. Grundpauschale)
SchmerzT	Schmerztherapie (EBM)
SchmerzQ	Schmerztherapie quotiert
SchmerzN	Schmerztherapie nicht quotiert
Sozioth.	Soziotherapie (GOP 30800; 30810; 30811)
Strahlen	Strahlentherapeutische Leistungen
StraKon	Strahlentherapie Konsiliarpauschale
STRUKTB2	Geförderte Leistungen BKK Anlage B
Vaku_Sta	Diagnostisch Radiologische Vakuumstanzbiopsie
Vorsorge	Mutterschaftsvorsorge (MuVo), Früherkennung
Wege	Wegepauschalen
Wege_Zu	Wegepauschalen Zuschläge

