



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

14. Lieferung Austauschseiten

Stand 01.04.2008

Beilage zu den KVS-Mitteilungen 5/2008

Anleitung zum Einordnen der 14. Lieferung von Austauschseiten

Hinweis: Bitte beiliegende Seiten austauschen

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2.1 Seiten 9-10	1	2.1 Seiten 9-10	1
2.1 Seiten 19-20	1	2.1 Seiten 19-20	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
2.11 Seiten 5-6	1	2.11 Seiten 5-6	1
2.17 Seiten 1-2	1	2.17 Seiten 1-2	1
---	---	2.18 Seiten 1-2	1
5. Teil SONSTIGES			
5.3 Seiten 1-4	2	5.3 Seiten 1-4	2
5.6 Seiten 1-2	1	5:6 Seiten 1-2	1
Summen:	12		13



Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Stand 01.04.2008

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

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

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.**

Nachsulungen sind in begründeten Einzelfällen möglich und mit einer **gesonderten Abrechnungsnummer** abzurechnen. Die Begründung für die Nachschulung ist gemeinsam mit dem Schulungsnachweis (Anlage 1) der KV Sachsen zu übermitteln.

Voraussetzung für die Vergütung der genannten Schulungen ist die Übermittlung des **Schulungsnachweises** (siehe Anlage 1) nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Der Schulungsnachweis wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

Zusätzlich zur pauschalierten Gesamtvergütung erstatten die Krankenkassen dem Arzt, der gemäß § 3 dieser Vereinbarung die Genehmigung zur Schwerpunktbehandlung hat, folgende Pauschalen und Schulungsleistungen:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-Nr. für Schulung	Abrechnungs-Nr. für Nachschulung	Vergütung
Hypertonieschulung je UE und Versicherten - einzeln oder in Gruppen bis max. 8 Personen - max. 4 UE	99115A	99116A	26,00 €
Schulungsmaterial für Nr. 99115A je Vers.	99115S	99115S	9,00 €
Schulung für Patienten ohne Insulin je UE und Versicherten - einzeln oder in Gruppen bis max. 10 Personen - max. 8 UE	99115B	99116B	26,00 €
Schulungsmaterial für Nrn. 99115B und 99115E je Versicherten	99115T	99115T	9,00 €
Schulung für Patienten mit Insulin je UE und Versicherten - einzeln oder in Gruppen bis max. 10 Personen - max. 12 UE	99115E	99116E	26,00 €
Schulungsmaterial für Nrn. 99115B und 99115E je Versicherten	99115T	99115T	9,00 €

- **Nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2**
für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- **Genehmigung** gemäß o. g. Vereinbarung **erforderlich.**
- **Detaillierte Angaben zu den o.g. Schulungsarten/Schulungsprogrammen** wie zur notwendigen Ausstattung, den erforderlichen Qualifikationen, zur Teilnehmerzahl und den Schulungsmodulen (Anzahl der UE) finden sich **im § 4** der o.g. Vereinbarung.

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

1. Protokollnotiz vom 26.06.06, ab 01.07.2006

2. Protokollnotiz vom 17.03.08, ab 01.04.2007

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

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt):

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

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2

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

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

Durch seine Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der koordinierende Vertragsarzt,

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

Der koordinierende Vertragsarzt vergibt für jeden Versicherten eine nur einmal zu vergebende DMP-Fallnummer nach seiner Wahl, die aus maximal sieben Ziffern ("0"- "9") bestehen darf.

Die in vorherigen Strukturverträgen verwendeten Patienten-Codes können damit weiterverwendet werden, sofern sie maximal sieben Ziffern haben. In anderen Fällen ist die Fall-Nr. vom Arzt neu festzulegen (Empfehlung: fortlaufende Nummerierung).

Eine Fallnummer darf jeweils nur für einen Patienten verwendet werden und ist über den gesamten Behandlungsverlauf beizubehalten.

Teilnahmevoraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen [SPP]):

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

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

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

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) können lt. Anlage 7 (3.2) nicht in dieses DMP aufgenommen werden.

Siehe hierzu: Nr. 99118F – Diabetes-Vereinbarung Sachsen

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

99310A Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr. Unterlagen durch koordinierende Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument
BMÄ / E-GO 25,00 EUR

99310B Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch koordinierende Vertragsärzte nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument
BMÄ / E-GO 15,00 EUR

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

2.5 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten

2.5.1 Bei ambulanten Katarakt-Operationen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen ab 01.01.99

Nachtrag für die sächsischen Primärkassen ab 01.07.04

99102	Sachkostenpauschale PMMA-Linse	178,95 EUR
99104	Sachkostenpauschale Acryllinse	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 LDL-Eliminationen mit den sächsischen Ersatz- und Primärkassen

99180 Kostenpauschale LDL-Elimination, 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.

2.6 Durchführungsvereinbarungen

2.6.1 Durchführungvereinbarung 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 Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe berechtigt, die gegenüber der KV Sachsen eine Erklärung abgegeben haben, dass sie die in den Regelungen genannten baulichen, apparativ-technischen, hygienischen und personellen Voraussetzungen erfüllen.

99165 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

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

ambulant **245,00 EUR**
belegärztlich¹⁾ **70,00 EUR**

¹⁾ 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 amb. o. medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen

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

- Abrechnung entsprechend als Sonderkostenträger mit VKNR
 - Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz VKNR 94888
 - Bezirksgeschäftsstelle Dresden VKNR 95888
 - Bezirksgeschäftsstelle Leipzig VKNR 96888
- 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.

2.11.2 Zusatzvereinbarung/ Erweiterung der ab 1. Januar 2008 gültigen Impfvereinbarung Sachsen um Satzungsleistungen

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

In Ergänzung der zum 1. Januar 2008 in Kraft tretenden neuen Impfvereinbarung gemäß der bundesweit gültigen STIKO-Empfehlung haben sich die AOK PLUS, die 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)**: vorerst befristet auf das **Kalenderjahr 2008**
- für die **IKK Sachsen**: befristet auf das **Kalenderjahr 2008**
- für die **Ersatzkassen**: befristet auf das **Kalenderjahr 2008**

Bezeichnung	GO-Nr.	Wert
Hepatitis A - für seronegative Kinder und Erwachsene ¹⁾ (nur AOK PLUS und Ersatzkassen) - für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (nur IKK Sachsen)	89105S	5,20 €
Hepatitis B - für seronegative Versicherte über 18 Jahren ¹⁾ (nur AOK PLUS und Ersatzkassen)	89106S	5,20 €
Hepatitis A und Hepatitis B - für seronegative Kinder und Erwachsene ¹⁾ (nur AOK PLUS und Ersatzkassen) - für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (nur IKK Sachsen)	89109S	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⁾ Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89123S	5,20 €

Masern, Mumps, Röteln Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	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⁾ Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89121S	5,20 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89300S	9,40 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89303S	9,40 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89400S	10,40 €
Rotavirus - für Säuglinge ab 7. Lebenswoche bis 1. Lebenshalbjahr (IKK Sachsen sowie ab 01.04.2008 Techniker Krankenkasse)	99795	5,20 €

¹⁾ Die Kosten für die entsprechende Antikörperbestimmung sind durch den Versicherten zu tragen.

²⁾ Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe (MMR) einzusetzen.

³⁾ Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe einzusetzen.

Gemäß § 5 der „Impfvereinbarung Sachsen“ werden die nach dieser Vereinbarung verwendungsfähigen Impfstoffe zu Lasten der AOK PLUS auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) -auch im Einzelfall- ohne Namensnennung des Versicherten verordnet.

Dabei ist nur das Feld „8“ (Impfstoffe) durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen.

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 der 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, die für die erbrachten Impfleistungen nach dieser Vereinbarung benötigt werden, außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung auf Anforderung zur Verfügung gestellt.

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

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. unmittelbar vergütet:

- 92301 Untersuchung U 7 (36. Lebensmonat)**
(Toleranz: ab Beginn des 33. bis zur Vollendung des 39. Lebensmonats)
Ziele und Schwerpunkte der Untersuchung:
- Allergische Erkrankungen, - Adipositas
- Sozialisations-/ Verhaltens- sowie Sprachentwicklungsstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalie,
E-GO (nur TK Sachsen) 50,00 EUR
- 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.

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 Pflgetag

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 arbeitsmedizin. 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 Krankenkassen (MDK)

99141 Einholen von Unterlagen und Auskünften vom behandelnden Arzt im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit durch den MDK 13,00 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 anlegen - entsprechend als Sonderkostenträger.

- Wurden die unteren Abschnitte o. g. Vordrucke nicht mit der Abrechnung
eingereicht, ist die Vergütung der Nr. 99141 ausgeschlossen.

- Die Vergütung kann nur erfolgen, wenn der Anfragebogen
einschließlich der Befundkopien innerhalb von 4 Wochen an
die anfordernde MDK-Beratungsstelle zurückgesandt wird.

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

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

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

Die drei nachfolgend aufgeführten Übersichten zu GO-Nrn. sollen Ihnen die Erstellung Ihrer Abrechnung erleichtern:

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

Tabelle 1: ... Begründung **generell** notwendig

GNR / EBM-Abschnitt	Begründung	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung
01602	Bei der Berechnung der GOP 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die Arztrechnungs-Nr. oder der Name des Hausarztes ... anzugeben.	5016 (*)	Name des Arztes
01741, 01741M	Patientennummer des Dokumentationsbogens, seit 01.07.2006 anzugeben	5040	Patienten-Nr. (EDV) des FEK-Bogens
01770, 01772	Mutmaßlicher Tag der Entbindung	4206	Mutmaßl. Tag d. Entbindung
01854, 01855, OP's der Kap. 31.2 und 36.2	Der operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren und auf dem Behandlungsschein anzugeben.	5035	OP-Schlüssel
17310	...unter Angabe der/des untersuchten Organe/-s	5015 (*)	Organ
19320	...unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur	5002	Art der Untersuchung
19321	...unter Angabe der Art des Rezeptors	oder 5009	
30720	Die GOP 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder Ganglions berechnungsfähig.	5009	freier Begründungs-Text
Abschnitt 31.4. (GNR 31600 bis 31735)	Der die GOP's des Abschnitts 31.4. abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes zu dokumentieren.	5034	OP-Datum

32182, 32195, 32198, 32208, 32227, 32246, 32262, 32294, 32313, 32337, 32346, 32361, 32381, 32405, 32416, 32422, 32455, 32475, 32505, 32527, 32555, 32641, 32664, 32707, 32791	"Ähnliche Untersuchungen" können nur dann abgerechnet werden, wenn dies die entspr. Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige GOP vorhanden ist. Anzugeben ist dabei (je nach Art der Untersuchung): - die Art der Untersuchung, - die Erregerart und die Art der Färbung - der Faktor - die Substanz(en) oder Substanzgruppe - der Antikörper - die Antikörperspezifität - der Krankheitserreger - das Antigen	5002 (*)	Art der Untersuchung		
32283, 32314, 32476, 32571, 32681	... unter Angabe der Art der Untersuchung				
32430	... unter Angabe der Art des Proteins				
32541, 32542	... unter Angabe der Art des Antigens				
32642	... unter Angabe des Antikörpers				
32680, 32685, 32686, 32700	... unter Angabe des Antigens				
32687	... unter Angabe d. Art d. Untersuchungsmaterials				
32725 - 32727	... unter Angabe der Materialart				
32748	... unter Angabe des Krankheitserregers				
32749	... unter Angabe des Toxins				
34281	Die Nr.34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnost. Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandl.-Ausweis zu dokumentieren.			5009	freier Begründungs-Text
Abschn. 34.4, Präambel Nr.7	GOP des Abschn. 34.4.7 sind neben GOP der Ab. 34.4.1 - 34.4.6 nur mit bes. Begründung ber.-fähig.			5009	
Bereich VI, Präambel zu Kapitel 2, Nr. 5	Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) abrechenbar.	5038	Komplikation		
Bereich VI, Präambel zu Kapitel 2, Nr. 16	Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen oder Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr.3, sofern die Seitenlokalisation nicht am OPS-Code benannt wird und gesondert bewertet ist. Die entspr. OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.	5041	Seiten-Lokalisation OPS		

Tabelle 2: ... Begründung in besonderen Fällen notwendig

GNR / EBM-Abschnitt	Begründung	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung
Besuch(e), Visite(n), Schwesternbesuch, etc.	weiterer Arzt-Patienten-Kontakt (APK) am Tag Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte am selben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden. Gemäß Präambel zu Abschn. 1.4, Nr. 2 ist bei Berechnung von mehr als einem Besuch u./o. Visite pro Tag bei demselben Patienten eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. Dies gilt nicht für Visiten am OP-Tag u./o. an dem auf die OP folgenden Tag. Bei Ausschluss von Leistungen im APK sind weitere APK am Tag durch Angabe d. Uhrzeit hinter jeder betreffenden Leistung zu begründen.	5006	Um-Uhrzeit
01730, 01731, 01734, 01734M	Wiederholungsuntersuchung? (0 = nein ; 1 = ja) Format: JJJJ (Angabe nur, wenn im Feld 5020 der Eintrag „1“ (ja) erfolgte)	5020 5021	Wiederholungsunters. Jahr der letzten Krebsfrüherkennungsunt.
02300, 02301, 02302, 06350, 06351, 06352, 09351, 09360, 09361, 09362, 10340, 10341, 10342, 15321, 15322, 15323, 26350, 26351, 26352	Die GOP ... ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 12. Lebensjahr nach Abschn. 31.2 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen gemäß § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zu diesem Vertrag genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den Leistungen des Abschn. 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen in diesen Fällen, es gelten die Abrechnungsregelungen der GOP ... entsprechend.	5036	GNR als Begründung
05310	wenn ohne Erbringung einer Anästhesie des Kapitels 31... Ausnahmeindikation	5009	freier Begründungs-Text
25320, 25321	Muss - gemäß Präambel 25.1 Nr. 6 - die Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich.		
30201	Gem. Präambel 30.2 Nr. 2 kann jede weitere Behandlung, nach 2-maliger Erbringung der GOP 30201 im Quartal , im Ausnahmefall nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.		

30791	... je dokumentierter Indikation bis zu 10mal, mit besonderer Begründung bis zu 15mal im KHF		
32030	Bei mehrfacher Berechnung der GOP 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.	5002 (*)	Art der Untersuchung
99999	Sachkostenbezeichnung (Buchstabe) zur GOP 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)	5011	Sachkosten-Bezeichnung
	Rechnungsbetrag zur Nr. 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)	5012	Sachkosten/ Materialkosten in Cent

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

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

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

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung - Stand: 4. Quartal 2007

Leistungsgruppen (LG)-Repräsentant	Bezeichnung
amb.OPPR	Präoperative Untersuchungskomplexe
amb.OPAO	Ambulante und belegärztliche 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_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 MKG, Urologie
KleinOP2	Kleinchirurgie Rest
Proktosk	Proktoskopie
Akupunkt	Schmerztherapie Akupunktur
AphArth	Apherese rheumatoide Arthritis
AO_PTK	Phototherapeutische Keratektomie
Bel.OP	Belegärztl. Operationen (Kap. 36.2), zugehörige Anästhesien, Postoperative Überwachung (Kap. 36.3)
Bel_OPKB	Belegärztl. Operationen zur Künstlichen Befruchtung
belegkon	Konservativ-belegärztl. Strukturpauschalen, nicht operative belegärztl. Leist.
Bericht	Bescheinigungen, Berichte, ...
Diabbudg	Diabetesvereinbarung sächsische EK
Diabetes	Diabetesvereinbarung
DialSach	Dialyse Sachkosten
DialyseB	Betreuung Dialyse
DMP	DMP Brustkrebs, Diabetes m. Typ 1 u. 2 (einschl. augenärztl. Unt.), KHK
DringBes	Dringende Besuche

LG-Rep..	Bezeichnung
HausAEV	Hausarztzentrierte Versorgung (AEV)
Hausarzt	Hausärztliche Grundvergütung
HäuslKPF	Verordn .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
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 Vereinb., Hautscreening, Sozialpsychiatrie, Durchführungs-Vereinb. Schw.-Abbruch, Homöopathie)
KüBe_BL	Künstl. Befruchtung Begleitleistungen
KüBe_HU	Molekulargenetik, Humangenetik
KüBe_KL	Künstl. Befruchtung Kernleistungen
kurativ	nicht gesondert genannte EBM-Leistungen (u.a. Ord.-Kompl., Beratungs-/Betreuungsleist., Briefe, fachgruppenspezif.Leist., radiolog. Leistungen)
Labor	Laborgrundgebühr, Laborpauschalen
LaborBon	Wirtschaftlichkeitsbonus
LaborEUR	Laboranalytik
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
NeuGBScr	Neugeborenen Screening
Onkolog.	Onkologievereinbarung
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
SchmerzE	Schmerztherapie (regionale Vereinbarungen)
SchmerzT	Schmerztherapie (EBM)
Sozioth.	Soziotherapie (GOP 30800; 30810; 30811)
STRUKTB2	Geförderte Leistungen BKK Anlage B
Vorsorge	Mutterschaftsvorsorge (MuVo), Früherkennung
Wege	Wegepauschalen