



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**25. Lieferung  
Austauschseiten**

**Stand 01.07.2010**

**Beilage zu den KVS-Mitteilungen 9/2010**

## Anleitung zum Einordnen der 25. Lieferung von Austauschseiten

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

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1	Gesamt-Inhaltsverzeichnis	1
<b>2. Teil REGIONALE VEREINBARUNGEN</b>			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2.0 Seiten 1-2	1	2.0 Seiten 1-2	1
2.5 Seiten 3-4	1	2.5 Seiten 3-4	1
2.8 Seiten 1-2	1	2.8 Seiten 1-2	1
2.9 Seiten 5-6	1	2.9 Seiten 5-6	1
2.11 Seiten 5-14	5	2.11 Seiten 5-12	4
2.14 Seiten 9-14	3	2.14 Seiten 9-12	2
2.15 Seiten 3-4	1	2.15 Seiten 3-4	1
2.15 Seiten 9-10	1	2.15 Seiten 9-10	1
2.15 Seiten 15-18	2	2.15 Seiten 15-18	2
2.15 Seiten 23-28	3	2.15 Seiten 23-28	3
2.17 Seiten 1-2	1	2.17 Seiten 1-8	4
2.18 Seiten 1-2	1	2.18 Seiten 1-4	2
---	---	2.19 Seiten 1-2	1
---	---	2.20 Seiten 1-2	1
<b>3. Teil VORSTANDSBESCHLÜSSE</b>			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
Seiten 1-2	1	Seiten 1-2	1
Seiten 5-6	1	Seiten 5-6	1
<b>5. Teil SONSTIGES</b>			
5.3 Seiten 1-6	3	5.3 Seiten 1-6	3
<b>SUMMEN:</b>	<b>30</b>		<b>34</b>



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**Stand 01.07.2010**



---

## Inhaltsverzeichnis

### **1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen**

- 1.1 Zuzahlungen, Pseudonummern für die Praxisgebühr, ab 01.04.05
- 1.2 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.04.2010
- 1.3 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

### **2. Teil Regionale Vereinbarungen**

- 2.0 Diabetes-Diagnostik
- 2.1 Diabetes-Vereinbarung Sachsen
- 2.2 Schmerztherapie
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarungen
- 2.7 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention
- 2.8 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen
- 2.9 Homöopathie-Vereinbarungen
- 2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens
- 2.11 Impfvereinbarungen
- 2.12 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.13 Wegegeldregelungen
- 2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung
- 2.15 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- 2.16 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)
- 2.17 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
- 2.18 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der KKH-Allianz, ab 01.04.2010
- 2.19 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund, ab 01.05.2010
- 2.20 Sonstiges

---

### **3. Teil    Vorstandsbeschlüsse**

- 3.1     Angabe der Uhrzeit im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst)
- 3.2     Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen
- 3.3     Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05
- 3.4     Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (GOP 35111 bis 35302) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05
- 3.5     Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger), ab 01.04.05
- 3.6     Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarungen, ab 01.07.97
- 3.7     Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen, ab 01.04.05
- 3.8     Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall, ab 01.07.96
- 3.9     Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ab 01.01.96
- 3.10    Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ab 01.01.96
- 3.11    Belegarzt-Vergütung, Neufassung ab 01.01.2010
- 3.12    Berechtigungsprüfung im Rahmen des Notfall- und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
- 3.13    Abrechnung Empfängnisregelung, ab 01.07.2010

### **4. Teil    Beschlüsse und Feststellungen**

- 4.1     Beschlüsse des Bewertungsausschusses
- 4.2     Beschlüsse und Feststellungen der Partner des Bundesmantelvertrages bzw. der AGÄrzte/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     Begründungen 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

- 2.0 Diabetes-Diagnostik
- 2.1 Diabetes-Vereinbarung Sachsen
- 2.2 Schmerztherapie
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarungen
- 2.7 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention
- 2.8 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen
- 2.9 Homöopathie-Vereinbarungen
- 2.10 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens
- 2.11 Impfvereinbarungen
- 2.12 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.13 Wegegeldregelungen
- 2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung
- 2.15 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- 2.16 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)
- 2.17 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
- 2.18 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit der KKH-Allianz, ab 01.04.2010
- 2.19 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund, ab 01.05.2010
- 2.20 Sonstiges





---

## 2.0 Diabetes-Diagnostik

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

#### 1. Nachtrag mit Wirkung ab 1. April 2010

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

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

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

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

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

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

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

Die **Bestimmung der Glukosewerte** muss gemäß § 3 (6) mit nasschemischen oder vergleichbaren Methoden erfolgen, jedoch nicht mit Kleinphotometern oder amperometrisch messenden Kleingeräten.

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

Die **Dokumentation** aller mütterlichen Daten im Zusammenhang mit dem Screening auf Gestationsdiabetes erfolgt gem. § 3 (7) in den Patientenunterlagen und dem Mutterpass.

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

- 99110A je erstmaligen Test bei Schwangeren ...**  
... **mit Risiko** zeitnah nach Feststellung der Schwangerschaft (1. Trimenon)  
... **ohne Risiko** in der 24. - 28. SSW gem. § 3 (3)  
**BMÄ** (nur AOK) ..... **14,25 EUR**  
- nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig
- je erforderlichem Folgetest gem. § 3 (2)**
- 99110B ... 1. Folgetest in der 24. - 28. SSW** (nur AOK) ..... **14,25 EUR**
- 99110C ... 2. Folgetest in der 32. - 34. SSW** (nur AOK) ..... **14,25 EUR**  
- jeweils nur einmal je Schwangerschaft berechnungsfähig

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

- 99110D je erforderlicher Laborbestimmung** (nur AOK) ..... **0,25 EUR**  
- max. 3 mal je Test berechnungsfähig

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

- 99110L je erforderlicher Laborbestimmung** (nur AOK) ..... **0,25 EUR**  
- max. 3 mal je Test berechnungsfähig

Wird die Abr.-Nr. 99110L durch ein Labor / Laborgemeinschaft erbracht, ist zu beachten:  
Bei **Muster 10** sollte im freien Bereich der Beschreibung der Auftragsleistung der Auftrag „Glucosebestimmung im Rahmen Gestationsdiabetes – 99110L“ angegeben werden.  
Bei **Muster 10 A** (Laborgemeinschaften) sollte der letzte Punkt „Sonstiges“ angekreuzt werden und darunter die 99110L vermerkt werden. Bei Letzterem ist es wichtig, dass der Gynäkologe nicht die Glucose aus dem Serum Vollblut (28) bestimmen lässt.

Hinweise zur Abrechnung:

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

### **2.5.3 Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung, ab 01.04.05**

(siehe auch § 44 Abs. 5 BMV-Ä sowie § 13 Abs. 5 EKV)

**Sachkosten sind grundsätzlich nur gesondert unter Beifügung der Rechnung berechnungsfähig, sofern**

- sie nicht unter die entspr. Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit Gebühr abgegolten) fallen,
- die entspr. Materialien nicht als Sprechstundenbedarf lt. Sprechstundenbedarfsvereinbarung bezogen werden können,
- die entspr. Materialien nicht als Arznei-, Heil- und Hilfsmittel auf den Namen des Patienten verordnet werden können,
- keine gesonderte Vergütungsvereinbarung (z. B. Pauschale) zutrifft,
- die Kassen im Einzelfall nicht Kosten für teure Geräte, die der Arzt nicht zu verauslagen braucht, direkt an den Arzt bzw. Hersteller/Vertreiber gegen Vorlage der Rechnung vergüten.

#### **B Sachkosten im Zusammenhang mit der GOP 34283 (Serienangiographie)**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig, sofern keine anderweitige Vergütung erfolgt.
- Nur im Zusammenhang mit der GOP 34283 berechnungsfähig.
- Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:  
Feldkennung 5001 (Nr.): 99999  
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): B  
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 „B“ abzurechnen.  
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999B.
- Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigefügt wurde.

**C Sachkosten im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z. B. der Rotablation, der Laseratherektomie oder der Atherektomie gemäß Interpretationsbeschluss Nr. 46 des Arbeitsausschusses des Bewertungsausschusses, ab 01.04.2000**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig, sofern keine anderweitige Vergütung erfolgt.
- Nur im Zusammenhang mit der GOP 34292 berechnungsfähig.
- Auch für medikamentös beschichtete Stents berechnungsfähig (statt der Nrn. 40302 und 40304).  
*Bei Versicherten der AOK PLUS sind medikamentös beschichtete Stents über Erstattungsbeträge mit der Krankenkasse abzurechnen.*
- Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:  
Feldkennung 5001 (Nr.): 99999  
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): C  
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 „C“ abzurechnen.  
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999C.
- Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigefügt wurde.

**D Sonstige Kosten**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig, sofern keine anderweitige Vergütung erfolgt.
  - Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:  
Feldkennung 5001 (Nr.): 99999  
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): D  
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 „D“ abzurechnen.  
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999D.
  - Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigefügt wurde.
- Aufgrund einer Änderung des Abschnitts 7.1 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gelten die **Kosten für Einmal-Abdecksets ab dem 01.10.2010** als in den Gebührenordnungspositionen enthalten und sind somit **nicht mehr gesondert berechnungsfähig**.

## 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.

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

Bei der Abrechnung des HKS gemäß EBM sind zu beachten

- die Altersgrenze der anspruchsberechtigten Versicherten (ab 35 Jahre),
- die eingeschränkte Inanspruchnahme durch GKV-Versicherte (jedes zweite Jahr, eine erneute Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich),
- die 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

Seit dem 01.01.2009 besteht die Notwendigkeit der elektronischen Dokumentation zum Hautkrebs-Screening für Hausärzte und Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten.

Ausgenommen davon sind manuell abrechnende Ärzte, die gemäß Vorstandsbeschluss vom 21.01.2009 auch ohne Erstellung einer elektronischen Dokumentation die Gebührenordnungspositionen für das HKS für maximal vier Quartale abrechnen dürfen, sofern die entspr. Dokumentationsdaten auf Papier geliefert werden.

Die Abrechnungsnummern für das HKS sind in jedem Fall quartalsgerecht abzurechnen, d.h. in dem Quartal, in welchem sich der Patient zum HKS vorstellt. Sofern histologische Befunde bis Quartalsende noch nicht vorliegen, ist ein Nachreichen der Dokumentation im Folgequartal notwendig und auch möglich.

Die HKS-Dokumentationen sollen auf einem separaten Datenträger exportiert werden. Dieser Datenträger ist zu beschriften und eine Versandliste beizufügen. Die Versandliste wird durch das Programm automatisch erstellt. Die Dokumentationsdaten sind am Ende des jeweiligen Quartals zusammen mit der Abrechnung bei der KV Sachsen einzureichen. Akzeptiert werden alle Medien, die auch für die Abrechnung eingesetzt werden können (CD, Diskette, DVD).

### **Vergütung und Kennzeichnungspflicht der Pathologen**

Die Vergütung der Pathologen für veranlasste histopathologische Untersuchungen des EBM-Abschnitts 19.3 sowie der dadurch entstehenden Versandkosten ist Gegenstand einer gleichfalls beratenen Bundesempfehlung.

In Anlehnung an die regionalen Vereinbarungen zum Hautkrebs-Screening sind folgende Gebührenordnungspositionen (GOP) mit dem Buchstaben „H“ zu kennzeichnen:

- 19312 → 19312H (im Rahmen des Hautkrebs-Screenings)
- 40100 → 40100H (im Rahmen des Hautkrebs-Screenings)

Mit Wirkung **ab dem 01.04.2010** wurde die **GOP 19315** für die **Histopathologische Untersuchung im Rahmen des Hautkrebs-Screenings** in das Kapitel 19.3 des EBM aufgenommen und ersetzt die bislang übergangsweise festgelegte GOP 19310H.

### **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.

**Zusätzlich zu den EBM-Regelungen gibt es (regionale) Vereinbarungen/Verträge** mit folgenden Krankenkassen:

- **AOK PLUS**, ab 01.10.2008,
- **Knappschaft** (bundesweite Vereinbarung), ab 01.01.2009,
- **BARMER GEK**, ab 01.01.2010,
- **Techniker Krankenkasse (TK)**, ab 01.01.2010.

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

#### **1. Nachtrag mit Wirkung ab 01.07.2010**

**Beitritt der BKK Linde mit Wirkung ab 01.01.2010**

**Beitritt der Daimler BKK mit Wirkung ab 01.04.2010**

**Beitritt der BKK 24 mit Wirkung ab 01.07.2010**

**Beitritt der BKK ESSANELLE mit Wirkung ab 01.07.2010**

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

**Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der SECURVITA BKK, der BKK Linde, der Daimler BKK, der BKK 24 und der BKK ESSANELLE.**

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

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

Die vereinbarten Regelungen zur erforderlichen Qualifikation, zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sind in den §§ 4 und 5 beschrieben.

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

Eine für die SECURVITA BKK abgegebenen Teilnahmeerklärung des Vertragsarztes gilt auch für alle dem Vertrag beigetretenen Kassen, die erneute Abgabe einer Teilnahmeerklärung ist nicht erforderlich.

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

**Nachfolgend aufgeführte homöopathische ärztliche Leistungen** sind i. R. dieses Vertrages abrechnungsfähig, die von den teilnehmenden Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V vergütet werden:

### **Homöopathische Erstanamnese**

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

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

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

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

**81202 Repertorisation (BMÄ) ..... 20,00 EUR**

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

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

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

### **Homöopathische Folgeanamnese**

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

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

Die Nrn. 81204 und 81205 sind berechnungsfähig:

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

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

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

### Hinweise zur Abrechnung:

- Die o.g. Leistungen sind nur für Versicherte der SECURVITA BKK, der BKK Linde, der Daimler BKK, der BKK 24 sowie der BKK ESSANELLE berechnungsfähig.
- Im Urlaubsfall darf auch eine andere homöopathische Praxis abrechnen (ausgenommen die Homöopathische Erstanamnese), sofern die o.g. Voraussetzungen erfüllt sind.
- Homöopathische Folgeanamnesen, Repertorisationen, Analysen u. Beratungen setzen nicht zwingend die Abrechnung einer Erstanamnese nach diesem Vertrag voraus.
- Der Vertragsarzt ist nicht berechtigt, darüber hinaus für homöopathische Leistungen eine privatärztliche Vergütung von dem Patienten zu verlangen.



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

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

2. Protokollnotiz (IKK classic) mit Wirkung für das Jahr 2010

Protokollnotiz (BARMER GEK) mit Wirkung ab 1. Juli 2010

In Ergänzung der ab 01.01.2008 geltenden Impfvereinbarung Sachsen auf Grundlage der bundesweit gültigen STIKO-Empfehlung vergüten die nachfolgend aufgeführten Krankenkassen auf der Grundlage der öffentlichen Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) zusätzliche Impfungen als Satzungsleistungen gemäß § 20d (2) SGB V.

In der nachfolgenden Tabelle findet sich eine Übersicht der betroffenen Impfungen.

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

- für die **IKK classic**

- für die **Ersatzkassen**

- für die **BARMER GEK** (ab 01.07.2010 - nur Nrn. 89102S, 99795)

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

Bezeichnung	Abrechnungsbestimmung(en)	Abr.-Nr.	Wert
<b>FSME</b>	- für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung und ohne Beschränkung auf FSME-Risikogebiete <b>(IKK classic ab 01.04.2010, BARMER GEK ab 01.07.2010)</b>	89102S	5,20 €
<b>Hepatitis A</b>	- für Kinder und seronegative Erwachsene <sup>1)</sup> <b>(AOK PLUS und Ersatzkassen)</b> - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung <b>(IKK classic)</b>	89105S	5,20 €
<b>Hepatitis B</b>	- für seronegative Versicherte über 18 Jahre <sup>1)</sup> <b>(AOK PLUS und Ersatzkassen)</b> - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung <b>(IKK classic)</b>	89106S	5,20 €
<b>Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB)</b>	- für Kinder und seronegative Erwachsene <sup>1)</sup> <b>(AOK PLUS und Ersatzkassen)</b> - für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung <b>(IKK classic)</b>	89202S	7,30 €
<b>Influenza</b>	- für Versicherte über 50 Jahre bis zum vollendeten 60. Lebensjahr <b>(AOK PLUS und Ersatzkassen)</b> - für Kinder (ab vollendetem 6. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene <b>(IKK classic)</b>	89111S	6,00 €

## 2. Teil Regionale Vereinbarungen

<b>Masern<sup>2)</sup></b>	- Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	89113S	5,20 €
<b>Röteln<sup>2)</sup></b>		89123S	5,20 €
<b>Masern, Mumps, Röteln (MMR)</b>		89301S	12,00 €
<b>Meningokokken</b>	- für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat ( <b>AOK PLUS und Ersatzkassen</b> ) - für Säuglinge ab dem 3. Lebensmonat, Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ( <b>IKK classic</b> )	89114S	5,20 €
<b>Pertussis<sup>3)</sup></b>	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89116S	5,20 €
<b>Poliomyelitis<sup>3)</sup></b>		89121S	5,20 €
<b>Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)</b>	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Personen	89302S	9,40 €
<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)</b>		89303S	9,40 €
<b>Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)</b>		89400S	10,40 €
<b>Herpes Zoster</b>	- für alle Versicherten über 50 Jahre ( <b>IKK classic ab 01.04.2010</b> )	99793	5,20 €
<b>Rotaviren</b>	- für Säuglinge ab 7. Lebenswoche (orale Impfung) im 1. Lebenshalbjahr <b>IKK classic ab 01.01.2008</b>	99795	5,20 €
	<b>Techniker Krankenkasse ab 01.04.2008</b>		5,20 €
	<b>BIG direkt gesund ab 01.01.2009</b>		7,00 €
	<b>BARMER GEK ab 01.07.2010</b> - Pauschale pro Impfserie - Vergütung erfolgt zu Beginn der Impfserie - nur einmal pro Patient abrechenbar		12,00 €

<sup>1)</sup> Die Kosten für die entspr. Antikörperbestimmung sind durch den Versicherten zu tragen (Ausnahmen: Polizeibeamte u. Beamte d. kommun. feuerwehrtechn. Dienstes - siehe unten)

<sup>2)</sup> Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe (MMR) einzusetzen.

<sup>3)</sup> Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe einzusetzen.

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

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

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

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

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

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

Die **o.g. Zusatzvereinbarung** über weitergehende Schutzimpfungen auf Grundlage des § 20d (2) SGB V und der Empfehlungen der SIKO **gilt** - bis auf Widerruf - **auch für**

- **heilfürsorgeberechtigte Polizeibeamte** im Freistaat Sachsen sowie
- **heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes** (Ausnahme: Impfungen gegen Hepatitis B bzw. der Kombiimpfung gegen Hepatitis A/B).

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



### 2.11.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung

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

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

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

#### - von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen

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

... mit der TK und KKH Allianz\* mit Wirkung ab 1. August 2007

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

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

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

Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen

- noch vor dem 26. Geburtstag bzw.

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

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

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

#### 99791 HPV-Impfung gegen Cervixkarzinom

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

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

- für bei BIG direkt gesund oder TK versicherte Frauen

- ab 18 Jahre bis zum vollendeten 26. Lebensjahr

(siehe o.g. Regelungen)

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

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

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

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

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

	Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung (€)	Abrechnungsvoraussetzungen
<b>Einfachimpfungen</b>	<b>Hepatitis A</b>	99805	15,00	pro 1. Impfung im Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
	<b>Hepatitis B</b>	99806	15,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>FSME</b> (Frühsommermeningoenzephalitis)	99807	15,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Meningokokken-Infektionen</b>	99808	15,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Tollwut</b>	99809	15,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Typhus</b>	99810	15,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Cholera</b>	99811	15,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Gelbfieber</b> ( <i>Genehmigung notw.</i> )	99812	15,00	pro 1. Impfung im APK
<b>Kombinationsimpfungen</b>	<b>Hepatitis A und B</b>	99825	22,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Typhus und Hepatitis A</b>	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 KKH Allianz\* und die BARMER GEK\*~~ übernimmt für ihre Versicherten mit Wohnort in der Bundesrepublik Deutschland die Kosten für **Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen** - mit Ausnahme von beruflich bedingten Auslandsaufenthalten - sofern diese von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) in Verbindung mit den Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes und den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) empfohlen sind.

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

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

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

### Hinweise zur Abrechnung:

- 1) Das **Beratungshonorar** nach **Nr. 99800** ist **nur einmal pro Impfung** nach den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826 berechnungsfähig. Sofern zum Erreichen des vollständigen Impfstatus (vollst. Immunisierung) mehrere Impfungen erforderlich sind, ist die Beratungsleistung erst abrechnungsfähig, wenn die letzte der dafür notwendigen Impfungen erfolgt ist. Dies gilt nur, wenn der vollständige Impfstatus innerhalb von 3 Monaten erreicht werden kann.
- Die Beratung ist auch abrechnungsfähig, **wenn als Folge der Beratung keine Impfung** möglich ist. In diesem Fall ist die **Nr. 99800 mit dem Buchstaben „K“** zu versehen.
  - Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „W“** zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
  - Ist die **weitere Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung eine Auffrischimpfung**, so ist die **entspr. Nr. mit dem Buchstaben „Y“** zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 50% der ungekennzeichneten Nr. vergütet.
  - Die **Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung**.
  - Sofern bei einem Patientenkontakt die Indikation für eine Schutzimpfung nach der Impfvereinbarung Sachsen und zur gleichen Indikation gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vorliegt, hat die Abrechnung der Schutzimpfung über die Impfvereinbarung Sachsen zu erfolgen.
  - Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung Sachsen (§ 5) ist **der jeweilige Impfstoff** (sowie Arzneimittel i. R. der Malariaprophylaxe) auf dem Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) **auf den Namen des Versicherten** zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse zu verordnen. Bei der Verordnung von Impfstoffen ist das **Markierungsfeld 8 (Impfstoffe) des Musters 16 durch Eintragung der Ziffer 8 zu kennzeichnen**. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die in diesem Vertrag vereinbarten Impfungen zu verordnen. Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.
  - Die Krankenkassen stellen sicher, dass die im Rahmen dieser Vereinbarung verordneten Impfstoffe und Arzneimittel für andere Maßnahmen der spezifischen Prophylaxe **das Ausgabenvolumen für Arzneimittel** der KV Sachsen bzw. **des Arztes nicht belasten**.
  - Die finanziellen Mittel für die erbrachten Impf- und Beratungsleistungen nach dieser Vereinbarung werden von den Krankenkassen außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.
- \* Die o.g. **Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von Auslandsreisen mit der KKH-Allianz** (infolge einer Satzungsänderung) **und der BARMER GEK** (mit Inkrafttreten einer Anschlussvereinbarung, d.h. Übernahme der von der SIKO empfohlenen Schutzimpfungen gegen Rotaviren und FSME ab 01.07.2010, siehe Punkt 2.11.2 dieser Abrechnungshinweise) **enden zum 30.06.2010**.
- Sofern mit dem Impfen eines Versicherten von KKH-Allianz oder BARMER GEK vor dem 30.06.2010 begonnen wurde, sind die restlichen Impfungen bis zur Vervollständigung des Impfschutzes noch nach den o. g. Vereinbarungen berechnungsfähig. Das Beginnen einer Impfserie auf Grund von Auslandsreisen ist ab 01.07.2010 nicht mehr möglich.



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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Die folgenden Pauschalen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

**91100 Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten durch den Hausarzt**

- nur einmalig, ausschließlich im Quartal der Ersteinschreibung, berechnungsfähig

**BMÄ** (nur IKK classic) ..... **9,00 EUR**

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

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

**BMÄ** (nur IKK classic) ..... **9,00 EUR**

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

- einmal im Quartal (Behandlungsfall) berechnungsfähig

**BMÄ** (nur IKK classic) ..... **9,00 EUR**

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

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

- einmal im Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig

**BMÄ** (nur IKK classic) ..... **4,00 EUR**

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

## **2.14.5 Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V mit der Knappschaft, ab 01.10.2008**

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**81110 Pauschale für die Behandlung**

eines am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung  
teilnehmenden Versicherten der Knappschaft

**BMÄ** (Knappschaft) ..... **9,00 EUR**

- pro eingeschriebenem Versicherten

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

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

<b>DMP Diabetes mellitus Typ 1</b> nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: E10.0- bis E10.91 oder O24.0		<b>Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)</b>				<b>Fachärztlicher Versorg.-Sektor (FÄ VS)</b>		
<b>PK / EK</b>	<b>Kurzbeschreibung der Leistung</b>	<b>HA<sup>2)</sup></b>	<b>QHA<sup>2)</sup></b>	<b>SPP</b>	<b>PÄD</b>	<b>SPP</b>	<b>PÄD</b>	<b>Augen- arzt</b>
99340A	Information, Beratung, Einschreib., Erstdoku., wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP	x	x	x	x	x	x	-
99340B	Folgedokumentation, wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP	x	x	x	x	x	x	-
99341A	Information, Beratung, Einschreib., Erstdoku., wenn DMP Diab. m. Typ 1 als weiteres DMP <sup>1)</sup>	x	x	x	x	x	x	-
99341B	Folgedokumentation, wenn DMP Diab. m. Typ 1 als weiteres DMP <sup>1)</sup>	x	x	x	x	x	x	-
99340C	kontinuierliche Behandlung und Betreuung Jugendlicher u. Erwachsener	-	-	x	x	x	x	-
99340D	kontinuierliche Behandlung und Betreuung von Kindern	-	-	x	x	x	x	-
99340E	Frischmanifizierter Diabetes mellitus Typ 1	-	-	x	x	x	x	-
99340F	Behandlung u. Betreuung Schwangere m. Diabetes mellitus Typ 1	-	-	x	x	x	x	-
99340G	Behandlung diab. Fuß Wagner-Grad 1 oder 2	-	-	x	x	x	x	-
99340H	Behandlung diab. Fuß Wagner-Grad ab 3	-	-	x	x	x	x	-
99340I	Ersteinstellung von Pumpenpatienten	-	-	x	x	x	x	-
99345A	Schulung Hypertonie	-	x	x	-	x	-	-
99345S	Schulungsmaterial für Nr. 99345A	-	x	x	-	x	-	-
99346A	genehmigte Nachschulung Hypertonie	-	x	x	-	x	-	-
99345D	Schulung intensivierte Insulintherapie	-	-	x	-	x	-	-
99345T	Schulungsmaterial für Nr. 99345D	-	-	x	-	x	-	-
99346D	genehmigte Nachschulung intensivierte Insulintherapie	-	-	x	-	x	-	-
99345H	Schulung Ersteinstellung Insulinpumpe	-	-	x	x	x	x	-
99345J	Schulung Diabetes bei Jugendlichen	-	-	x	x	x	x	-
99345U	Schulungsmaterial für Nr. 99345J	-	-	x	x	x	x	-
99346J	genehmigte Nachschulung Diabetes bei Jugendlichen	-	-	x	x	x	x	-
99345K	Schulung Diabetes bei Kindern	-	-	x	x	x	x	-
99345V	Schulungsmaterial für Nr. 99345K	-	-	x	x	x	x	-
99346K	genehmigte Nachschulung Diabetes bei Kindern	-	-	x	x	x	x	-
99349	Augenärztliche Untersuchung, 1mal im KHF	-	-	-	-	-	-	x
99343K	Teststreifen ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche	x	x	x	x	x	x	-
99343Z	Teststreifen ICT-Insulinierung für Erwachsene	x	x	x	x	x	x	-

<b>DMP KHK</b> nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: I20.- bis I25.-, Z95.1, Z95.5 und (nur für Nrn. 99325B bis -F, 99326B bis -F) E11.0- bis E11.91 oder O24.1		Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)				Fachärztl. Versorg.-S. (FÄ VS)	
PK / EK	Kurzbeschreibung der Leistung	HA	HA mg <sup>3)</sup>	QHA <sup>3)</sup>	SPP <sup>3)</sup>	SPP <sup>3)</sup>	FA KHK
99320A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku., wenn DMP KHK das erste DMP	x	x	x	-	-	x
99320B	Folgedokumentation, wenn DMP KHK das erste DMP	x	x	x	-	-	x
99321A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku., wenn DMP KHK als weiteres DMP <sup>1)</sup>	x	x	x	-	-	x
99321B	Folgedokumentation, wenn DMP KHK als weiteres DMP <sup>1)</sup>	x	x	x	-	-	x
99320C	Erstmalige Diagnostik u. besond. Beratung Facharzt	-	-	-	-	-	x
99320D	Modul Chronische Herzinsuffizienz (Modul HI) (nur bei zusätzlich gesicherter Diagnose I50.12 bis I50.14)	-	-	-	-	-	x
99325A	Schulung Hypertonie	-	-	x	x	x	x
99326A	genehmigte Nachschulung Hypertonie	-	-	x	x	x	x
99325B	Schulung jüngere nicht insulinierete Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99326B	genehm. Nachschulung jüngere nicht insul. Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99325C	Schulung ältere nicht insulinierete Typ 2.2	-	x	x	x	x	-
99326C	genehm. Nachschulung ältere nicht insul. Typ 2.2	-	x	x	x	x	-
99325E	Schulung jüngere insulinierete Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99326E	genehm. Nachschulung jüngere insulinierete Typ 2.1	-	-	x	x	x	-
99325F	Schulung ältere insulinierete Typ 2.2	-	-	x	x	x	-
99326F	genehm. Nachschulung ältere insulinierete Typ 2.2	-	-	x	x	x	-
99325G	Schulung für Pat. mit oraler Gerinnungshemmung	-	-	-	-	-	x
99326G	genehm. Nachschulung für Pat. mit oraler G.	-	-	-	-	-	x
99325S	Schulungsmaterial (für die Schulungen nach den Nrn. 99325A - F)	-	x	x	x	x	x

Legende:

- 1) abgestaffelte Vergütung nach dem „Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter i. R. mehrerer DMP nach § 137 f SGB V mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.07.2008“, wenn der Patient bereits in einem anderen DMP eingeschrieben ist
- 2) Teilnahme am DMP Diab. m. Typ 1 in Einzelfällen (bei strukturellen Gegebenheiten) möglich
- 3) Teilnahme am DMP KHK nicht erforderlich bei Erbringung von Schulungsleistungen als Auftragsleistungen (jedoch Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 erforderlich); Bei Erbringung der Dokumentationen ist eine Einschreibung ins DMP KHK zwingend erforderlich.

## **2.15.2 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Diabetes mellitus Typ 2- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009**

### **1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.07.2010**

**Ziel dieses Vertrages** ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 2. Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

#### **Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3**

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden Versorgungssektor sind grundsätzlich Vertragsärzte, die gem. § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, was mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachzuweisen ist.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2

- einen FA/ eine FÄ 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 fachärztl. Versorg. 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 DMP teilnimmt.

Dies gilt insbes. dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt/ dieser Einrichtung dauerhaft betreut worden ist o. diese Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln (Ziff. 1.8.2 der Anlage 7 "Versorgungsinhalte") sind vom gewählten Arzt oder der gewählten Einrichtung zu beachten.

Die fachlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen sind in der Anlage 1, die Aufgaben und Pflichten der koord. Vertragsärzte im § 3 detailliert beschrieben.

#### **Teilnahmevoraussetzungen des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen [SPP]) gemäß § 4**

Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte in diabetologischen SPP, wenn sie die Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 (Strukturqualität diab. qualifizierter Versorgungssektor) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen, was mit Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachzuweisen ist.

Die fachlichen, personellen u. apparativen Voraussetzungen sind in der o.g. Anlage 2, die Aufgaben u. Pflichten des diab. qualifizierten Vers.-Sektors im § 4 detailliert beschrieben.

Sowohl für den koordinierenden als auch für den diabetologisch qualifizierten Versorgungssektor gilt, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen, Anforderungen, die sich auf best. apparative Ausstattungen u. org. Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn und Ende des Angestelltenverhältnisses/ der Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars mit.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt (§ 3) u./o. als diabetologisch qualifizierter Arzt (§ 4) gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 4 zur Teilnahme am DMP bereit.

Die Teilnahmeerklärung ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Detaillierte Regelungen zum Beginn, Ende und Ruhen der Teilnahme finden sich im § 7.

Die medizinischen Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 2 sind gem. § 9 (1) in der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages.

**Versicherte** der teilnehmenden Krankenkassen können gemäß § 13 freiwillig an der Versorgung dieses Vertrages teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind (schriftl. Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koord. Vertragsarzt auf der Teilnahme- u. Einwilligungserklärung, schriftl. Einwilligung in d. Teilnahme und die damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, Versorgungsziele, ...).

Mit der Einschreibung in das DMP wählt der Versicherte seinen koord. Vertragsarzt, dieser ist der KVS mitzuteilen.

**Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes** (Gestationsdiabetes) können gemäß 3.2 der Anlage 7 (Versorgungsinhalte) **nicht in dieses DMP aufgenommen** werden.

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

**Für bei Sonderkostenträgern versicherte Patienten ist eine Einschreibung ins DMP nicht möglich** - die Nrn. der Erst- u. Folgedokumentation sind somit nicht abrechenbar.

**Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation** gemäß der Anlage 12 **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 wurden folgende Vergütungen vereinbart:

**Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten,  
Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr.  
Unterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3  
sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument**

**99310A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 2 das erste DMP ..... 25,00 EUR**

**99311A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 2 als weiteres DMP\* ..... 15,00 EUR**



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

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

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

**Hinweis:**

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

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

Genehmigungen gemäß o. g. Vereinbarungen erforderlich:

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

Jeweils nur einmal pro in der Leistungslegende angegebenem Zeitraum berechnungsfähig.

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

Die an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsärzte können für eingeschriebene Diabetiker mit

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

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

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

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

## **2.15.3 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Diabetes mellitus Typ 1- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009**

### **1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.07.2010**

**Ziel dieses Vertrages** ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Diabetes mellitus Typ 1. Generell geht es dabei um die Erhöhung der Lebenserwartung sowie die Erhaltung oder Verbesserung der durch Diabetes mellitus beeinträchtigten Lebensqualität.

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

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

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

### **Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3**

Die koordinierenden Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben dieses Vertrages und strukturieren die Behandlungsabläufe im Sinne eines Koordinators.

Teilnahmeberechtigt für den koord. Versorgungssektor sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen und dies gegenüber der KVS nachweisen:

- zugelassene Vertragsärzte oder ermächtigte Ärzte und zugelassene MVZ oder
- Krankenhäuser können i. R. des § 116b Abs. 1 SGB V nur dann zur ärztlichen Behandlung i. R. dieses DMP zugelassen werden, soweit die Anforderungen an die ambulante Leistungserbringung dies erfordern.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen, Anforderungen, die sich auf best. apparative Ausstattungen u. org. Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn und Ende des Angestelltenverhältnisses/ der Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 4a beigefügten Formulars mit.

In Einzelfällen kann die Aufgabe des koord. Vertragsarzt auch von Hausärzten i. R. ihrer in § 73 SGB V beschriebenen Aufgaben wahrgenommen werden. Die Anforderungen an die Strukturqualität gemäß Anlage 3 „Strukturqualität Hausarzt“ sind dabei zu erfüllen.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt (§ 3) gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 4) zur Teilnahme am DMP bereit. Diese ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstättennummer zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Die medizinischen Anforderungen an das DMP Diabetes mellitus Typ 1 sind gem. § 9 (1) in der Anlage 7 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages.

**Versicherte** der teilnehmenden Krankenkassen können gemäß § 13 freiwillig an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind (schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose..., schriftliche Einwilligung in Teilnahme und die damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, Versorgungsziele, ...).

**Für die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation** gemäß der Anlage 12 **sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 wurden folgende Vergütungen vereinbart:

**Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr. Unterlagen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3**  
sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument

**99340A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP ..... 25,00 EUR**  
**99341A ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 als weiteres DMP\* ..... 15,00 EUR**

**Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3**  
sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument

**99340B ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP ..... 15,00 EUR**  
**99341B ... wenn DMP Diabetes m. Typ 1 als weiteres DMP\* ..... 9,00 EUR**

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

\* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur „Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP nach § 137f SGB V“ (Neufassung mit Wirkung ab 01.07.2008) zur Anwendung.

Die Abrechnung der Nrn. für die Erst- bzw. Folgedokumentation nach diesem Vertrag schließt eine Abrechnung der Nrn. für die Erst- bzw. Folgedokumentation aus dem gleichen DMP nach dem jeweiligen DMP-Vertrag im gleichen Quartal aus.

Die Festlegung, welches DMP als Ersteinschreibung i. R. des DMP-Vertrages und welches DMP als weitere Einschreibung i. R. dieses Vertrages abgerechnet wird, obliegt dem koordinierenden Vertragsarzt.

Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

Endet die Teilnahme am DMP der Ersteinschreibung und ist eine Wiedereinschreibung des Versicherten nicht möglich, so trifft der koordinierende Vertragsarzt die Festlegung nach Satz 1 mit Wirkung ab dem Folgequartal nach Bekanntwerden der Änderung neu.

- Die Vergütung der o.g. Leistungen schließt gem. § 35 eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z.B. Arztbriefe, Porto) im Zus. mit der Einschreibung aus.

## **2.15.4 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Koronare Herzkrankheit- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.07.2010**

### **1. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.07.2010 bis 30.06.2011**

Der Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.07.2010 und ersetzt den bisherigen Vertrag.

**Ziel dieses Vertrages** ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK - mit oder ohne gleichzeitiger chronischer Herzinsuffizienz (HI) -, insb. die Reduktion der Sterblichkeit, der kardiovaskulären Morbidität, die Steigerung der Lebensqualität und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Die Teilnahme der Vertragsärzte an diesem Programm ist freiwillig und erfordert eine **besondere Genehmigung** der KV Sachsen (KVS).

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors („koordinierender Vertragsarzt“) gemäß § 3**

Teilnahmeberechtigt für den hausärztl. Vers.-Sektor sind Vertragsärzte, die an der hausärztl. Versorgung (§ 73 SGB V) teilnehmen u. die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 -persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen sowie zugelassene Med. Versorgungszentren (MVZ). Dies ist mit Beginn der Teilnahme nachzuweisen.

In Ausnahmefällen kann ein Versicherter mit KHK

- einen zugelassenen oder ermächtigten kardiologisch qualifizierten Facharzt,
- eine kardiologisch qualifizierte Einrichtung, die für diese Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist o. die nach § 116b SGB V an der amb. ärztlichen Versorgung teilnimmt, auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation u. Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen, wenn dieser/diese am DMP gemäß § 3 u. § 4 dieses Vertrages teilnimmt.

Dies gilt insbes. dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt/ dieser Einrichtung dauerhaft (d.h. mind. 12 Monate) betreut wurde o. diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Überweisungsregeln gemäß Ziffer 1.7.2 der Anlage 4 bzw. gemäß Ziffer 1.6.1 der Anlage 4a dieses Vertrages sind zu beachten.

Die fachlichen, personellen und apparativen Voraussetzungen sind in der Anlage 1, die Aufgaben der koord. Vertragsärzte im § 3 detailliert beschrieben.

#### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors gemäß § 4**

Teilnahmeberechtigt für die fachärztliche Versorgung ist der kardiologisch qualifizierte fachärztl. tätige Internist oder FA für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie („Facharzt“), wenn er die Voraussetzungen nach Anlage 2 (Strukturqualität fachärztl. Versorgungssektor) persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllt.

Die Strukturqualität der Vertragsärzte, die einen Neu-Antrag stellen, muss zu Beginn der Teilnahme nachwiesen werden. Die KVS prüft für alle Vertragsärzte, die am 30.06.2010 am DMP KHK teilnehmen, die per 01.07.2010 geänderten Strukturvoraussetzungen. Sind diese im Einzelfall nicht erfüllt, sind diese vom betreffenden Vertragsarzt innerhalb einer Übergangsfrist bis 30.06.2011 nachzuweisen. Die Überprüfung erfolgt entspr. § 6.

Die allgemeinen, fachlichen und organisatorisch-/apparativen Voraussetzungen sind in der Anlage 2, die Aufgaben der Fachärzte im § 4 detailliert beschrieben.

Für den haus- und den fachärztlichen Vers.-Sektor gilt, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen, die übrigen Anforderungen betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

Sollen Leistungen i. R. dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn und Ende des Angestelltenverhältnisses/ der Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit Hilfe des in der Anlage 5a beigefügten Formulars mit.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koord. Vertragsarzt (§ 3) und/oder als Facharzt (§ 4) gegenüber der KVS schriftlich auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 5) zur Teilnahme am DMP bereit. Diese ist um die Angabe der Betriebsstätten zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Die medizinischen Anforderungen an das DMP KHK und das Modul HI sind gem. § 9 (1) in den Anlagen 4 und 4a dieses Vertrages definiert und somit Vertragsbestandteil.

**Versicherte** der teilnehmenden Krankenkassen können am DMP KHK teilnehmen (§ 13), sofern die Teiln.-Voraussetzungen (schriftl. Bestätigung der gesicherten Diagnose durch den koord. Vertragsarzt auf der Teilnahme- u. Einwilligungserklärung, schriftl. Einwilligung in die Teilnahme u. die damit verbundene Daten-Erhebung, -Verarbeitung und -Nutzung, umfassende Information über Programminhalte, -Ziele, ...) erfüllt sind.

Versicherte können am Modul HI teilnehmen, wenn die Kriterien zur Abgrenzung der Zielgruppe erfüllt sind (Anlage 5a d. RSAV, Pkt. 3) und solange sie am DMP KHK teilnehmen. Die Teilnahme ist freiwillig und hat keinen Einfluss auf die Teilnahme am DMP KHK.

Der koordinierende Vertragsarzt (nach § 3) informiert über die Möglichkeit der Teilnahme am Modul HI, stellt die Teilnahmevoraussetzungen (Anlage 5a d. RSAV, Pkt. 3) fest und dokumentiert die Teilnahmeentscheidung des Patienten. Eine gesonderte Teilnahme- und Einwilligungserklärung ist nicht erforderlich.

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte seinen koord. Vertragsarzt. Versicherte, die an mehreren DMP teilnehmen, sollen sich für nur einen koord. Arzt entscheiden (§ 14).

**Für die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation** (gem. der Anlage „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der RSAV“) **sowie für die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 wurden folgende Vergütungen vereinbart:

**Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten,  
Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr.  
Unterlagen durch den Vertragsarzt nach § 3**  
sowie Eintragungen in den Patientenpass

**99320A ... wenn DMP KHK das erste DMP ..... 25,00 EUR**  
**99321A ... wenn DMP KHK als weiteres DMP\* ..... 15,00 EUR**

- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

### Erstellung und Versand der Folgedokumentationen durch den Vertragsarzt nach § 3

sowie Eintragungen in den Patientenpass

<b>99320B</b>	<b>... wenn DMP KHK das erste DMP</b> .....	<b>15,00 EUR</b>
<b>99321B</b>	<b>... wenn DMP KHK als weiteres DMP*</b> .....	<b>9,00 EUR</b>

- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

\* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur „Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP nach § 137f SGB V“ (Neufassung mit Wirkung ab 01.07.2008) zur Anwendung.

Die Abrechnung der Nrn. für die Erst- bzw. Folgedokumentation nach diesem Vertrag schließt eine Abrechnung der Nrn. für die Erst- bzw. Folgedokumentation aus dem gleichen DMP nach dem jeweiligen DMP-Vertrag im gleichen Quartal aus.

Die Festlegung, welches DMP als Ersteinschreibung im Rahmen des DMP-Vertrages und welches DMP als weitere Einschreibung im Rahmen dieses Vertrages abgerechnet wird, obliegt dem koordinierenden Vertragsarzt.

Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

Endet die Teilnahme am DMP der Ersteinschreibung und ist eine Wiedereinschreibung des Versicherten nicht möglich, so trifft der koordinierende Vertragsarzt die Festlegung nach Satz 1 mit Wirkung ab dem Folgequartal nach Bekanntwerden der Änderung neu.

- Die Vergütung dieser Leistungen schließt gem. § 35 weitere Abrechnungen nach dem EBM im Zus. mit d. Einschreibung, Erstellung und Versand der Dokumentation aus.
- Diese Nrn. sind nur für den koord. Vertragsarzt mit der entspr. Genehmigung gemäß o.g. Vertrag berechnungsfähig (§ 3, § 35).
- Die Nrn. für die Einschreibung/Erstdokumentation sind einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) berechnungsfähig. Dies gilt nicht bei Wiedereinschreibung des Versicherten.
- Die Abrechnung der Nr. 99320A schließt die der Nr. 99320B im gleichen Quartal aus.
- Jede Abr.-Nr. für die Folgedokumentation ist durch den koord. Vertragsarzt nach § 3 wie folgt berechnungsfähig (§ 35):
  - a) *einmal im Quartal* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes Quartal*“ angegeben hat,
  - b) *einmal in zwei Quartalen* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes zweite Quartal*“ angegeben hat.
 Das gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17.

Verstößt der Vertragsarzt nachweislich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, werden die im § 12 genannten Maßnahmen ergriffen.

Die Erfassung und Übermittlung der Erst- und Folgedokumentationen hat gemäß § 28b (4) der RSAV ab 01.07.2008 auf elektronischem Weg (Übersendung eines Datenträgers) an die Datenstelle zu erfolgen. Die Dokumentation auf Papier ist nicht mehr möglich.

Dem eingeschriebenen Arzt des fachärztlichen Vers.-Sektors (§ 4) werden i. R. der erstmaligen Diagnostik und der besonderen Beratungsleistungen beim kardiologisch qualifizierten FA für ins DMP KHK eingeschriebene Patienten einmalig pro Patient vergütet:

**99320C Erstmalige Diagnostik und besondere Beratung durch den kardiologisch qualifizierten Facharzt**

- für eine **umfassende Beratung** des Versicherten zu den fachärztlichen Leistungen i. R. des DMP KHK,
- die **individuelle Abschätzung des Myokardrisikos** des Patienten,
- die **umfassende Beratung zu möglichen interventionellen kardiologischen Maßnahmen** und zu damit verbundenen Nutzen und Risiken für den Patienten.

**BMÄ / E-GO (ab 01.07.2010) ..... 45,00 EUR**

- Die Nr. 99320C ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP KHK -spätestens im Folgequartal- gebunden (§ 35).
- Die Nr. 99320C ist nur durch den kardiologisch qualifizierten FA mit Genehmigung (§ 4), einmalig pro Patient berechnungsfähig (§ 35).

Dem kardiologisch qualifizierten Facharzt (§ 4) werden für ins DMP KHK eingeschriebene Versicherte, die zusätzlich am Modul HI teilnehmen, vergütet:

**99320D Modul Chronische Herzinsuffizienz (Modul HI)**

- für die Teilnahme am Modul HI eines ins DMP KHK eingeschriebenen Versicherten mit einer Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium II, III oder IV

**BMÄ / E-GO (ab 01.07.2010 - 30.06.2011) ..... 7,00 EUR**

Die Nr. 99320D ist nur abrechenbar

- durch einen kardiologisch qualifizierten FA mit Genehmigung (§ 4),
- max. einmal im Behandlungsfall, max. zweimal im Krankheitsfall (eine Berechnung im Vertretungsfall ist nicht möglich),
- nur bei gesicherter Diagnose „Chronische Herzinsuffizienz“ in den NYHA-Stadien II, III oder IV (ICD-10: I50.12, I50.13 oder I50.14)  
Die Diagnose (inkl. NYHA-Stadium) ist im Behandlungsfall bis zur letzten Stelle, ggf. zusätzlich zu weiteren Diagnosen, zu dokumentieren.

Aufgrund der Diagnosefeststellung "Herzinsuffizienz im NYHA-Stadium II bis IV" durch einen Arzt des fachärztl. Vers.-Sektors (§ 4) hat der koord. Vertragsarzt (§ 3) die Teilnahme des eingeschriebenen Versicherten am Modul HI spätestens im Folgedokumentationszeitraum sicherzustellen.

Bei bereits bestehender Teilnahme am Modul HI kennzeichnet der koord. Vertragsarzt im Überweisungsfall den Überweisungsschein entsprechend.

**Patientenschulungen** können gemäß § 35 (3) ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen. Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 13 „Patientenschulung“ geregelt.



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

<b>Leistungsbeschreibung</b>	<b>Abr.-Nr. für Schulung</b>	<b>Abr.-Nr. für genehmigte Nachschulung</b>	<b>Ver-gütung</b>
<b>Hypertonieschulung</b> - 4-8 Patienten je Schulungsgruppe - max. 4 UE, je UE	<b>99325A</b>	<b>99326A</b>	26,00 €
<b>Schulung von jüngeren Typ-2-Diabetikern, die kein Insulin benötigen (Typ 2.1)</b> - 4-10 Patienten je Schulungsgruppe - max. 8 UE, je UE	<b>99325B</b>	<b>99326B</b>	26,00 €
<b>Schulung von älteren Typ-2-Diabetikern, die kein Insulin benötigen (Typ 2.2)</b> - 4-10 Patienten je Schulungsgruppe - max. 4 UE, je UE	<b>99325C</b>	<b>99326C</b>	6,00 €
<b>Schulung von jüngeren Typ-2-Diabetikern mit Insulin (Typ 2.1)</b> - 4-10 Patienten je Schulungsgruppe - max. 5 UE, je UE für Typ 2-Diab. die Insulin spritzen - oder bei bisher nicht geschulten, schlecht eingestellten Diabetikern: max. 12 UE, je UE für Typ 2-Diab. die Insulin spritzen und Zusatzmodule aus MEDIAS 2 ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten	<b>99325E</b>	<b>99326E</b>	26,00 €
<b>Schulung von älteren Typ-2-Diabetikern mit Insulin (Typ 2.2)</b> - 4-10 Patienten je Schulungsgruppe - max. 5 UE, je UE für Typ 2-Diab. die Insulin spritzen - max. 6 UE, je UE für Typ 2-Diab. die Insulin spritzen und Zusatzmodule aus MEDIAS 2 ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten (z. B. Diabetischer Fuß)	<b>99325F</b>	<b>99326F</b>	26,00 €
<b>Schulungsmaterial, je Versicherten</b> - für alle Schulungen außer nach Nr. 99325G	<b>99325S</b>	---	9,00 €
<b>Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG)</b> - 4-6 Patienten je Schulungsgruppe - nur bei Patienten, die ein Blutgerinnungs-messgerät von ihrer Krankenkasse genehmigt bekommen haben - max. 4 UE in wöchentl. Abständen, je UE	<b>99325G</b>	<b>99326G</b>	26,00 €

## Erläuterungen:

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

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

- Eine **Unterrichtseinheit (UE)** stellt einen **Zeitraum von 90 Minuten bzw. 90 bis 120 Minuten** beim Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit **oraler Gerinnungshemmung (SPOG)** dar.
- Die **Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig.**
- Die vollen UE gelten für ungeschulte Patienten. Die Vertragsärzte bestätigen den Schulungsstand des Patienten mittels des vorgegebenen Feldes auf dem Schulungsnachweis (Anlage 14). Bis zu dessen Anpassung ist bei einer Erstschulung handschriftlich auf dem Schulungsnachweis anzugeben: „Patient bisher ungeschult“.
- **Nachschulungen bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung (Anlage 13). Diese Genehmigung ist mit der Quartalsabrechnung und dem Schulungsnachweis bei der KVS einzureichen.
- In Einzelfällen (Sprachbarriere, Gehörlose oder stark sehbehinderte Patienten) kann die Schulung als Einzelschulung auch in geringerem Stundenumfang erfolgen. Auf dem Schulungsnachweis ist der Vermerk „Einzelschulung“ vorzunehmen. Nach Abrechnung durch die KVS erfolgt eine Prüfung durch die Krankenkasse.
- Es können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind. Der bestehende Schulungsstand der Versicherten ist, insb. bei Teilnahme an mehreren DMP, zu berücksichtigen (§ 20).
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- Der diabetologisch qualifizierte Hausarzt ist jeder am DMP teilnehmende Hausarzt mit mind. einem/r Diabetesassistenten/in DDG oder mind. einem/r Diabetesberater/in DDG als Vollzeitkraft in einer Festanstellung und der Möglichkeit, Genehmigungen auf der Basis MEDIAS 2 und/oder Hypertonie zu beantragen.
- Die am DMP KHK teilnehmenden Vertragsärzte können die Durchführung der Diabetes- u. Hypertonie-Schulungen als Auftragsleistung an die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden und zur Schulung berechtigten Vertragsärzte übertragen. Die Abrechnung dieser als Auftragsleistung durchgeführten Schulungen erfolgt gemäß § 35 (3).
- Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in d. Anlage 13 „Patientenschulung“ genannten Schulungsprogramme genutzt (§ 20).
- Die o.g. Abrechnungs-Nrn. für Patientenschulungen sind nur bei in das DMP KHK eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen berechnungsfähig, sie sind jedoch auch bei besonderen Kostenträgern nach BMÄ oder E-GO zulässig.
- Voraussetzung für d. Vergütung der o.g. Schulungen ist d. Übermittlung des Schulungsnachweises (Anlage 14) nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Dieser wird nach der Abrechnung von der KVS an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet.
- **Identische Schulungen**, die im Rahmen mehrerer DMP angeboten werden, **sind nur i. R. eines DMP abrechnungsfähig** (§ 35).  
Wird ein am DMP KHK teilnehmender Versicherter ebenfalls i. R. der Diabetes-Vereinbarung Sachsen betreut, sind identische Schulungen beider Verträge ausschließlich i. R. des DMP KHK zu erbringen.
- Die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen erfolgt entspr. § 6 durch die KVS.

## **2.17 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen**

### **2.17.1 Vereinbarung über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemäß § 73c SGB V mit der Techniker Krankenkasse (TK), ab 01.01.2008**

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 Abr.-Nrn. vergütet:

**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) ..... 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) ..... 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.

### **2.17.2 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Techniker Krankenkasse (TK), ab 01.07.2010**

Durch die Einführung eines erweiterten Präventionsangebotes für Jugendliche soll die Qualität der Vorsorge erhöht werden. **Ziel** ist es dabei, die Entwicklung von Jugendlichen in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie explizit früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegen wirken zu können.

**Zur Teilnahme** an dieser Vereinbarung der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung **sind berechtigt**

- **alle Kinder- und Jugendärzte**,
- zugelassene **Fachärzte**, die den **Nachweis über eine abgeschlossene Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin** erbringen,
- **Hausärzte** (im Sinne des § 73 (1a) SGB V), sofern sie **jährlich den Nachweis einer Fortbildung mit mind. 6 Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin** erbringen.

Die Teilnahme der Kinder- und Jugendärzte erfolgt durch Abrechnung der u.g. vertraglich vereinbarten Abrechnungsnummer (gemäß § 6) gegenüber der KV Sachsen.

Fach- und Hausärzte, die die o.g. Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, beantragen gemäß § 5 ihre Teilnahme schriftlich bei der KV Sachsen und weisen dabei das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nach. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die KV Sachsen dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte, Haus- und Fachärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Jugendliche möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Jugendlichen achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch.

Dieser **Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der Techniker Krankenkasse**, die das **18. Lebensjahr noch nicht vollendet** haben. Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig.

Teilnehmende Versicherte (nach § 2 (1)) erhalten in der definierten Altersgrenze **einmalig folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchung** unter Zugrundelegung der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj) definierten Inhalte.

Für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der folgenden zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung (nach § 3) erhält der teilnehmende Arzt (nach § 5) eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung.

**81121 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2  
(16 bis 17 Jahre)**

Ziele und Schwerpunkte:

- Medizinische Risiken: Schilddrüsenerkrankungen, Diabetes
- Körperhaltung und Fitness
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Entwicklung der Sexualität
- Medienverhalten
- Umgang mit Drogen

**E-GO (nur TK) ..... 50,00 EUR**

Im Rahmen dieser zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung.

Die Untersuchung ist zu Abrechnungszwecken zu dokumentieren (z. B. in dem Untersuchungsheft des BVKJ).

Die o.g. Vergütungspauschale (gemäß § 6 (1)) ist von den teilnehmenden Ärzten über die KV Sachsen abzurechnen.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieser Vereinbarung durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen (nach § 3) ist ausgeschlossen.

Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

### **2.17.3 Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin nach § 73c SGB V mit der BIG direkt gesund, ab 01.04.2008**

#### **1. Nachtrag vom 19.06.2008 mit Wirkung ab 01.04.2008**

Dieser Vertrag stellt eine modulare Ergänzung im Sinne von § 1 Absatz 5 des Vertrages „BIGprevent“ dar.

**Zur Teilnahme** an dieser Vereinbarung sind **niedergelassene Kinderärzte berechtigt, die am Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung „BIGprevent“ der BIG direkt gesund teilnehmen.** Die Teilnahmebedingungen richten sich nach § 4 „Teilnahmevoraussetzungen“ des Vertrages über die präventionsorientierte Hausarztzentrierte Versorgung „BIGprevent“. Eine erneute Teilnahmeerklärung ist nicht notwendig.

Zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung mit zusätzlichen Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin sind unter den im § 4 Abs. 3 genannten Voraussetzungen weitere nach § 73 Abs. 1a SGB V **an der hausärztlichen Versorgung teilnehmende Vertragsärzte ebenfalls teilnahmeberechtigt.**

Eine erneute Teilnahmeerklärung ist in diesem Fall notwendig.

**Die Teilnahme** nach § 4 Absatz 3 **ist schriftlich** gemäß Anlage 1 **bei der KV Sachsen zu beantragen.** Die Teilnahme beginnt mit Beginn des Quartals, in dem die KV Sachsen die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 3 überprüft und die Teilnahme im Auftrag der BIG direkt gesund schriftlich bestätigt hat (Ausstellungsdatum).

Die teilnehmenden Kinderärzte und die nach § 4 Absatz 3 dieser Vereinbarung teilnehmenden Hausärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Kindes achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch.

Dieser **Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der BIG direkt gesund**, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben. Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig.

Die teilnehmenden Versicherten sollen die Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung nach dieser Vereinbarung (U 10) wahrnehmen und die durch die Expertenkommission der STIKO empfohlenen Impfungen durchführen lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

Die Eltern/Sorgeberechtigten erklären durch ihre Unterschrift

- die Teilnahme sowie ihre Bereitschaft, die Behandlung des Kindes für einen Zeitraum von mindestens einem Jahr bei dem einschreibenden Vertragsarzt durchführen zu lassen. (Anlage 3)
- zu prüfen, ob sie sich in die präventionsorientierte Hausarztzentrierte Versorgung der BIG direkt gesund einschreiben.

Teilnehmende Versicherte nach § 2 Abs. 1 dieser Vereinbarung erhalten folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchung unter Zugrundelegung der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj) definierten Inhalte.

Für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung erhält der teilnehmende Arzt nach § 4 eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung.

**81102 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10  
(7 bis 8 Jahre)**

Ziele und Schwerpunkte:

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

**BMÄ** (BIG direkt gesund) ..... **50,00 EUR**

Im Rahmen der zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung besteht Anspruch auf Aushändigung eines Gesundheits-Checkheftes für Kinder und Jugendliche (z.B. bvkj) und Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie eine ausführliche Beratung.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieser Vereinbarung durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen nach § 3 dieser Vereinbarung ist ausgeschlossen.

Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der pauschalierten Gesamtvergütung.

Die o.g. Vergütungspauschale ist von den teilnehmenden Ärzten über die KV Sachsen abzurechnen. Mit der Abrechnung leitet der Arzt die Teilnahmeerklärung der Versicherten nach Anlage 3 dieser Vereinbarung an die KV Sachsen weiter.



**2.17.4 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft, ab 01.07.2010**  
**Protokollnotizen mit Wirkung zum 01.07.2010**

Durch die Einführung eines erweiterten Präventionsangebotes für Kinder und Jugendliche soll die Qualität der Vorsorge erhöht werden. **Ziel** ist es dabei, die Entwicklung von Kindern in Zusammenarbeit mit den Eltern und der Familie explizit früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegen wirken zu können.

**Zur Teilnahme** an dieser Vereinbarung der AG Vertragskoordinierung der Kassenärztlichen Vereinigungen und der Kassenärztlichen Bundesvereinigung **sind berechtigt**

- **alle an der hausärztlichen Versorgung teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte** (im Sinne des § 73 (1a) Nr. 2 SGB V),
- **Hausärzte**, die sich im besonderen Maße in der Versorgung von Kindern und Jugendlichen engagieren, d.h. **wenn sie den Nachweis über die Durchführung von mind. 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern** nach den Richtlinien **pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale erbringen**,
- **Hausärzte, die am „Vertrag nach § 73 c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Kinderfrüherkennungsuntersuchungen ...“ zwischen der BIG direkt gesund und der AG Vertragskoordinierung teilnehmen und bis zum 31.03.2010 Leistungen** nach dem Vertrag **erbracht und abgerechnet haben.**

Die Teilnahme der Kinder- und Jugendärzte erfolgt durch Abrechnung der u.g. vertraglich vereinbarten Abrechnungsnummern (gemäß § 6) gegenüber der KV Sachsen.

Hausärzte, die die o.g. Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, beantragen gemäß § 5 ihre Teilnahme schriftlich bei der KV Sachsen und weisen dabei das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen nach. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die KV Sachsen dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Die teilnehmenden Kinder- und Jugendärzte und Hausärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen für Kinder und Jugendliche möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden. Neben der Beobachtung und Beurteilung des allgemeinen Entwicklungsstandes des Kindes achten sie zudem auf Anzeichen für Misshandlung und Missbrauch.

Dieser **Vertrag gilt für teilnehmende Versicherte der Knappschaft**, die das **18. Lebensjahr noch nicht vollendet** haben. Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig.

Die teilnehmenden Versicherten sollen die Untersuchungen gemäß den Kinder-Richtlinien, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen nach dieser Vereinbarung (U 10, U 11) wahrnehmen und die durch die Expertenkommission der STIKO empfohlenen Impfungen durchführen lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

Teilnehmende Versicherte (nach § 2 (1)) erhalten in der definierten Altersgrenze **einmalig folgende zusätzliche Vorsorgeuntersuchungen** unter Zugrundelegung der vom Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V. (bvkj) definierten Inhalte.

Für die Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der folgenden zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen (nach § 3) erhält der teilnehmende Arzt (nach § 5) eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung.

**81102 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10  
(7 bis 8 Jahre)**

Ziele und Schwerpunkte:

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten

**BMÄ** (Knappschaft) ..... **50,00 EUR**

**81120 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11  
(9 bis 10 Jahre)**

Ziele und Schwerpunkte:

- Schulleistungsstörungen
- Sozialisations- und Verhaltensstörungen
- Zahn-, Mund- und Kieferanomalien
- Medienverhalten
- Pubertätsentwicklung

**BMÄ** (Knappschaft) ..... **50,00 EUR**

Im Rahmen dieser zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung.

Die Untersuchung ist zu dokumentieren (z. B. in dem Untersuchungsheft des BVKJ).

Die o.g. Vergütungspauschalen (gemäß § 6 (1)) sind von den teilnehmenden Ärzten über die KV Sachsen abzurechnen.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieser Vereinbarung durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen (nach § 3) ist ausgeschlossen.

Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

## 2.18 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie mit d. KKH-Allianz, ab 01.04.2010

**Gegenstand des Vertrages** ist die Durchführung der Tonsillotomie sowie die Durchführung etwaiger erforderlicher Kombinationseingriffe (Adenotomie, Parazentese mit oder ohne Legen einer Paukendrainage) einschließlich der erforderlichen Nachbehandlungen.

**Teilnahmeberechtigt** sind **FÄ für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde mit Vertragsarztsitz** in Sachsen und **der Genehmigung zum ambulanten Operieren**, die die Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 erfüllen. Das gilt auch für angestellte FÄ für HNO-Heilkunde.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Der Arzt beantragt seine Teilnahme mittels einer Teilnahmeerklärung (Anlage 1) und erbringt den Nachweis der initialen und fortwährend zu gewährleistenden Voraussetzungen (Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 wie gerätetechnische Ausstattung, Sachkundenachweis bei Eingriffen mittels Laser, bauliche und apparative Ausstattung sowie die Erfüllung der Pflichten der operativ tätigen Ärzte gemäß § 5 dieses Vertrages).

Die KV Sachsen überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen und laufenden Pflichten und übersendet dem Arzt eine Bestätigung seiner Teilnahmeberechtigung. Der Arzt kann ab Tag der Geltung der Teilnahmeberechtigung die in diesem Vertrag geregelte Vergütung abrechnen.

**Konservativ tätige FÄ für HNO-Heilkunde** mit Vertragsarztsitz in Sachsen können die Durchführung der zweiten bzw. dritten postoperativen Nachbehandlung auf Überweisung des Operateurs (Nrn. 92658A bzw. 92658B) auch ohne Abgabe einer Teilnahmeerklärung abrechnen, wenn die entsprechende Leistung nach diesem Vertrag erbracht wurde.

Voraussetzung für die Abrechnung dieser Leistungen ist, dass der konservativ tätige Arzt einen vom operativ tätigen Arzt übermittelten Dokumentationsbogen in Papierform ausfüllt und unverzüglich an den operativ tätigen Arzt zurück übermittelt.

**Anästhesisten** können an diesem Vertrag durch Abrechnung der Anästhesieleistungen (Nrn. 92820, 92821A, 92821B, 92822, 92823A oder 92823B) teilnehmen. Ein Teilnahmeverfahren findet nicht statt.

**Teilnahmeberechtigt** nach diesem Vertrag **sind alle bei der KKH-Allianz Versicherten mit Wohnort in Sachsen**, die das **siebte Lebensjahr noch nicht vollendet** haben.

Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung (Anlage 2.1) durch den/die Sorgeberechtigten. Die Teilnahmeerklärung wird durch den Arzt über die KV Sachsen entspr. der Regelungen nach § 5 (3) an die KKH-Allianz weiterleitet.

Die gemäß § 7 teilnahmeberechtigten Versicherten haben Anspruch auf die im § 8 dieses Vertrages detailliert beschriebenen Leistungen.

Die nach diesem Vertrag **abrechenbaren Leistungen** sind gemäß Anlage 3:

a) für **Operationsleistungen**

<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b> „Durchführung einer ...“	<b>Vergütung (EUR)</b>
<b>92230</b>	... Tonsillotomie	440,00
<b>92231A</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff	458,00
<b>92231B</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	473,00
<b>92231C</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, einseitiger Eingriff	475,00
<b>92231D</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	490,00
<b>92232</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	550,00
<b>92233A</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ohne Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	568,00
<b>92233B</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese ohne Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	583,00
<b>92233C</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	585,00
<b>92233D</b>	... Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	600,00

Diese Abr.-Nrn.

- können **ausschließlich von** am Vertrag teilnehmenden **operativ tätigen Fachärzten für HNO-Heilkunde mit Vertragsarztsitz in Sachsen und der Genehmigung zum ambulanten Operieren** abgerechnet werden,
- beinhalten neben den Operationsleistungen ebenfalls den Aufwand für die erste postoperative Nachbehandlung ein bis zwei Tage nach erfolgter Operation.

## b) für Leistungen der Anästhesie

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung „Durchführung der Anästhesie ... “	Vergütung (EUR)
<b>92820</b>	... zur Tonsillotomie	150,00
<b>92821A</b>	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff	185,00
<b>92821B</b>	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	185,00
<b>92822</b>	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	150,00
<b>92823A</b>	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	185,00
<b>92823B</b>	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, jeweils beidseitiger Eingriff	185,00

Diese Abr.-Nrn. sind **ausschließlich von Anästhesisten** mit Vertragsarztsitz in Sachsen berechnungsfähig.

## c) für postoperative Nachbehandlungen

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung „Durchführung der ... “	Vergütung (EUR)
<b>92658A</b>	... <b>zweiten postoperativen Nachbehandlung durch den konservativ tätigen Arzt auf Überweisung</b> des Operateurs, 1 Woche nach erfolgter Operation	10,00
<b>92658B</b>	... <b>dritten postoperativen Nachbehandlung durch den konservativ tätigen Arzt auf Überweisung</b> des Operateurs, 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation durch den Operateur	10,00
<b>92659A</b>	... <b>zweiten postoperativen Nachbehandlung durch den Operateur</b> , 1 Woche nach erfolgter Operation	10,00
<b>92659B</b>	... <b>dritten postoperativen Nachbehandlung durch den Operateur</b> , 4 bis 6 Wochen nach erfolgter Operation	10,00

Die **Nrn. 92659A und 92659B** sind nur von am Vertrag teilnehmenden operativ tätigen FÄ für HNO-Heilkunde berechnungsfähig.

Die **Nrn. 92658A und 92658B**

- sind nur von konservativ tätigen FÄ für HNO-Heilkunde berechnungsfähig,
- erfordern die Angabe des Datum der Operation in der Feldkennung 5034,
- beinhalten für den konservativ tätigen FA für HNO-Heilkunde neben den Leistungen der Nachbehandlung ebenfalls den Aufwand für das Ausfüllen der Dokumentation in Papierform und Rückübermittlung an den Operateur.

Die **Nrn. 92658A, 92658B, 92659A oder 92659B** dürfen nicht am selben Behandlungstag wie die Operationsleistungen (Nrn. 92230, 92231A bis 92231D, 92232 oder 92233A bis 92233D) angesetzt werden.

Die **Nrn. 92658A oder 92659A** dürfen erst eine Woche nach erfolgter Operation angesetzt werden.

Die **Nrn. 92658B oder 92659B** dürfen erst vier bis sechs Wochen nach erfolgter Operation angesetzt werden.

### **Hinweise zur Abrechnung für alle unter a) bis c) genannten Abr.-Nrn.:**

Mit den o.g. Fallpauschalen sind sämtliche im Zusammenhang mit der Tonsillotomie stehenden Leistungen des Operateurs und Anästhesisten inklusive der anfallenden prä- und postoperativen Konsultationen durch den HNO-Arzt, der postoperativen Überwachung, des Medikamenten- und Sprechstundenbedarfs sowie der durch die Verwendung der Geräte zur Durchführung der Tonsillotomien anfallenden Sachkosten sowohl des Operateurs als auch des Anästhesisten abgegolten.

Die o.g. Nrn. sind **nur unter Angabe der gesicherten Diagnose Tonsillenhypertrophie** (ICD-10 J35.1, J35.2 oder J35.3) abrechenbar.

Die o.g. Nrn. **gelten nur für Versicherte der KKH-Allianz, die das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet** haben.

Die erbrachten Leistungen werden von den Ärzten kalendervierteljährlich über die KV Sachsen abgerechnet.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung nach GOÄ für Leistungen nach § 8 dieses Vertrages gegenüber dem Patienten ist ebenso ausgeschlossen wie der Ansatz von EBM-Gebührenordnungspositionen für sämtliche mit dem Eingriff in Zusammenhang stehenden Leistungen (§ 8 ), sofern und soweit in diesem Vertrag nichts anderes bestimmt ist.

## **2.19 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund, ab 01.05.2010**

**Ziel** dieser Vereinbarung ist es, durch ein Infektionsscreening zwischen der 16. und 24. Schwangerschaftswoche (SSW) asymptomatische vaginale Infektionen frühzeitig zu diagnostizieren und zu therapieren, um damit die Anzahl an Frühgeburten zu verringern.

Das Infektionsscreening können **alle** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologen)** durchführen (§ 5).

Zu diesem Vertrag gibt es kein spezifisches Einschreibeverfahren. Gynäkologen nehmen an diesem Vertrag teil, in dem sie mit den von der Patientin mitgebrachten Untersuchungsunterlagen das Screening durchführen und anschließend die gesonderte Gebührenordnungsposition bei ihrer KV abrechnen. Die teilnehmenden Gynäkologen müssen keine besonderen Teilnahmebedingungen nachweisen.

Die teilnehmenden FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden.

**Teilnahmeberechtigt** sind **alle Versicherten der BIG direkt gesund**, bei denen eine **Schwangerschaft festgestellt** wurde. Die Teilnahme an der Versorgung nach dieser Vereinbarung ist für die Versicherten freiwillig.

Versicherte der BIG direkt gesund, die das Infektionsscreening (K.I.S.S.) in Anspruch nehmen wollen, melden sich bei der BIG direkt gesund und erklären mit der Anforderung der Unterlagen ihre Teilnahme. Sie erhalten dann ein Informationsblatt (Anlage 1) sowie Versandunterlagen für die Übermittlung des Abstrichs an das gem. § 4 (1) benannte Labor, die sie ihrem betreuenden Gynäkologen aushändigen.

Frauen mit festgestellter Schwangerschaft erhalten zwischen der 16. und 24. SSW ein Infektionsscreening mittels vaginalem Sekretabstrich, welcher auf einem Objektträger ausgestrichen und luftgetrocknet wird (keine Fixierung!). Anschließend wird der Objektträger unter Verwendung des Anforderungsscheins (Anlage 3) an das von der BIG direkt gesund benannte Labor (Labor 28, Mecklenburgische Straße 28, 14197 Berlin) gesendet.

Bei nachgewiesener Infektion erfolgt die Therapie unter Berücksichtigung der Therapieempfehlung des o.g. Labors sowie ein Kontrollabstrich beim nächsten Routinebesuch, der ebenfalls an das o.g. Labor gesandt wird.

Die durchgeführte Untersuchung und ggf. die Therapie ist zu dokumentieren, auf Wunsch der Patientin auch im Mutterpass.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die auf Grund von Untersuchungsergebnissen auf Basis dieser Vereinbarung durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung.

Für die Durchführung des konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) sowie ggf. Einleitung der erforderlichen Therapie inkl. Nachkontrolle erhalten teilnehmende FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe eine pauschale Vergütung einmalig zwischen der 16. und 24. SSW der Versicherten:

**81103 Beratung, Durchführung Infektionsscreening**

(Abstrichentnahme, Versand,  
ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)

**BMÄ** (nur BIG direkt gesund) ..... **26,00 EUR**

Die zur Durchführung des Screenings erforderlichen Sachkosten sind mit dieser Pauschale abgegolten.

Die o.g. Vergütungspauschale ist gemäß § 7 (5) von den teilnehmenden Ärzten über die KV Sachsen abzurechnen.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen (nach § 4) ist ausgeschlossen.

Die Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.



**2.20 Sonstiges****2.20.1 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 Pflorgetag**

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 (Anfrageteil) 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 Rücklauffrist** für die beantwortete Arztanfrage.

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

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

- 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.

### 3. TEIL VORSTANDBESCHLÜSSE

- 3.1 Angabe der Uhrzeit im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst)
- 3.2 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen
- 3.3 Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05
- 3.4 Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (GOP 35111 bis 35302) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.05
- 3.5 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger), ab 01.04.05
- 3.6 Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarungen, ab 01.07.97
- 3.7 Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen, ab 01.04.05
- 3.8 Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall, ab 01.07.96
- 3.9 Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ab 01.01.96
- 3.10 Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ab 01.01.96
- 3.11 Belegarzt-Vergütung, ab 01.01.09
- 3.12 Berechtigungsprüfung im Rahmen des Notfall- und des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes
- 3.13 Abrechnung Empfängnisregelung, ab 01.07.2010



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

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

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

Das Feld 5006 ist daher entfallen, die „Rosa Erklärung“ wurde entspr. geändert.

### 3.2 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

**Aufgrund der geänderten Abrechnungsbestimmungen** der Leistung „Ganzkörperstatus“ wurde der bislang an dieser Stelle veröffentlichte **Vorstandsbeschluss zur Abrechnung des Ganzkörperstatus** im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen **mit Wirkung ab dem 01.07.2010 außer Kraft** gesetzt.

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist die **Gebührenordnungsposition 13250** „Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung“ im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) mit Wirkung ab dem 01.07.2010 nicht mehr berechnungsfähig.

### Abrechnung von Leistungen im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen sind die Gebührenordnungspositionen **14240** und **21232** im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen nicht abrechnungsfähig.

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

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

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

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

### **3.5 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermateriale, Krankheitserreger), ab 01.04.05**

Sind Leistungen des EBM anzahlbezogen begrenzt oder nebeneinander ausgeschlossen und gilt dies nur unter bestimmten Voraussetzungen,

**z. B.**

- für dieselbe Körperregion
  - je Extremität, je Gelenk usw.
  - bei paarigen Organen für dieselbe Seite
  - je Zielvolumen
  - bei Laborleistungen für dasselbe Material oder denselben Krankheitserreger usw.
  - je Spender bzw. je untersuchter Person (abzurechnen beim Organempfänger)
- sind entsprechende Angaben im Begründungsfeld erforderlich**, damit die betreffenden Regeln nicht greifen bzw. damit sie ausgesetzt werden können.

Wo zutreffend, muss dann die Seitenlokalisation „B“ für beidseits entsprechend aus der Diagnoseangabe (ICD 10) hervorgehen.

Die Aussetzung der Regeln ist nur möglich, wenn die jeweilige Bestimmung des EBM dies explizit zulässt und die entsprechenden Begründungen angegeben wurden.

Besondere Ausnahmefälle, für die dieser Regelung nicht gilt:

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

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

### **3.11 Belegarzt-Vergütung, Neufassung ab 01.01.2010**

Für die stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Tätigkeit gilt die mit Wirkung ab 1. Januar 2010 mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen geschlossene „Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)“ mit den darin aufgeführten Vergütungssätzen für belegärztliche Leistungen (gem. § 3) sowie weiteren Regelungen.

Vertragsdetails finden Sie im Internet auf der Internetseite der KV Sachsen ([www.kvs-sachsen.de](http://www.kvs-sachsen.de)) unter „Mitglieder“ > „Verträge“ > „B“ > „Belegarztvereinbarung ab 1. Januar 2010“.

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

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

### **3.13 Abrechnung Empfängnisregelung, ab 01.07.2010**

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist die Abrechnung der

#### **Gebührenordnungspositionen**

**01821** „Beratung i. R. der Empfängnisregelung“ und

**01822** „Beratung ggf. einschließlich Untersuchung i. R. der Empfängnisregelung“

**für Frauen**, für die die Grundpauschale „für Versicherte **bis zum vollendeten 5.**

**Lebensjahr“ bzw.** die Grundpauschale „für Versicherte **ab Beginn des 60.**

**Lebensjahres“** abgerechnet werden können, **nicht zulässig.**



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

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

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

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

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

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

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
01602	5016 (*)	Name des Arztes	Bei der Berechnung der GOP 01602 ist auf dem Behandlungsausweis die <b>Arztabrechnungs-Nr. oder der Name des Hausarztes ...</b> anzugeben.
01741, 01741M	5040	Patienten-Nr. (EDV) des FEK-Bogens	<b>Patientennummer</b> des Dokumentationsbogens, seit 01.07.2006 anzugeben
01854, 01855, OP der Kap. 31.2 und 36.2	5035	OP-Schlüssel	Der <b>operative Eingriff ist nach OPS-301 zu codieren</b> und auf dem Behandlungsschein anzugeben.
11320, -X	5002 und 5009	Art der Unters. und freier Begr.-T.	Die Berechnung setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung enthält, <b>und</b> die Angabe der Art der Untersuchung (Gennummer, -name nach OMIM) und den Multiplikator ... voraus.
11321, -X			
11322, -X			
17310	5015 (*)	Organ	...unter Angabe der/ des <b>untersuchten Organe/-s</b>
19320 (-A, -K)	5002 oder 5009	Art der Untersuchung freier Begründungs-Text	...unter Angabe der Art der antigenen Zielstruktur
19321 (-A, -K)			...unter Angabe der Art des Rezeptors
30720			Die GOP 30720 ist nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder Ganglions berechnungsfähig.
30706	5016 oder 5009	Name d. Arztes oder freier Begr.-T.	Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte dürfen die GOP unter Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortl. Arztes berechnen.

GOP des Abschn. 31.4.	5034	OP-Datum	Der die GOP des Abschnitts 31.4. abrechnende Vertragsarzt hat auf dem Abrechnungsschein <b>das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes</b> zu dokumentieren.		
32182	5002 (*)	Art der Unters.	... unter Angabe der Erregerart und Art der Färbung		
32195, 32198, 32208, 32227, 32246, 32262, 32294, 32313, 32337, 32346, 32361, 32381, 32405, 32416, 32455, 32475, 32505, 32527, 32555, 32641, 32664, 32707, 32791	<b>bei Diagn. außer „UUU“</b>  5002 oder 5009  <b>bei Diagn. „UUU“</b>	Art der Unters. oder freier Begr.-Text          Art d. Unters. und freier Begr.-Text	<b>„Ähnliche Untersuchungen“</b> 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 - der Faktor - die Substanz(en) oder Substanzgruppe - der Antikörper - die Antikörperspezifität - der Krankheitserreger - das Antigen  Die Berechnung ... setzt die Begründung der med. Notwendigkeit der jeweiligen Unters. im Einzelfall voraus. (D.h. Angabe einer Diagnose anstelle „UUU“ <u>oder</u> bei Diagnose „UUU“ zusätzliche Begründung der med. Notwendigkeit in FK 5009)  (Zum Teil kann davon abweichend die Begründung der med. Notwendigkeit der jeweiligen Unters. im Einzelfall entfallen - siehe Anmerkung zur entspr. GOP im EBM).		
32292, 32293, 32305, 32306, 32307, 32311	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)		
32283, 32314, 32476, 32571, 32681			... unter Angabe der Art der Untersuchung		
32430			... unter Angabe der Art des Proteins		
32541, -V 32542, -V			... unter Angabe der Art des Antigens		
32642			... unter Angabe des Antikörpers		
32680, 32685, 32686, 32700			... unter Angabe des Antigens		
32687			... unter Angabe d. Art d. Untersuchungsmaterials		
32725 - 32727			... unter Angabe der Materialart		
32748			... unter Angabe des Krankheitserregers		
32749			... unter Angabe des Toxins		
34281			5009	freier Begründungs-Text	Die GOP 34281 kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnost. Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungs-Ausweis zu dokumentieren.

34492	5009	freier Begr.-Text	... kann <b>nur mit Begründung</b> berechnet werden.
Bereich VI, Präambel 2.1 z. Anhang 2, Nr. 5	5038	Komplikation	Abweichend von Nr. 8 der Präambel zum Abschnitt 31.2 und Nr. 4 der Präambel zum Abschnitt 36.2 sind <b>Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen</b> unter Angabe des Erst-OP-Datums, der aufgetretenen Komplikation und der ICD-10-Codierung (T79.3, T81.0 bis T81.7, T84.5 bis T84.7, T85.1 bis T85.8) berechnungsfähig.
Bereich VI, Präambel 2.1 z. Anhang 2, Nr. 16	5041	Seiten-Lokalisation OPS	Beidseitige Eingriffe an paarigen Organen o. Körperteilen fallen unter die Regelungen nach Nr.3, sofern die Seitenlokalisierung nicht am OPS-Code benannt wird u. gesondert bewertet ist. Die entspr. OPS-Codes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.
88741	5009	freier Begründungstext	... <b>nur in besonders begründeten Ausnahmefällen bei Zugehörigkeit</b> des Patienten zu den über das RKI definierten <b>Risikogruppen</b> , wenn die Untersuchung entspr. der GOP 88740 nach den dort definierten Fristen nicht durchgeführt werden kann.
92658A 92658B	5034	OP-Datum	Bei Abrechnung der Nrn. 92658A u. 92658B ist das <b>Datum der Operation</b> in der FK 5034 einzutragen.
96501	5002 (*)	Art der Unters.	... unter Angabe der <b>Therapieform</b> ...
96502 96503 96505	5002 (*)	Art der Unters.	... unter Angabe d. <b>verwendeten Medikaments</b> ...
96508	5002 (*)	Art der Unters.	... von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „ <b>Kiefernekrosen</b> “ ...
99350D 99360D	5009	freier Begr.-Text	... unter Angabe von „ <b>Neu-Manifestation</b> “ als Begründung i. R. der erstmaligen Diagnostik ...
99999	5011	Sachkosten-Bezeichn.	Sachkostenbezeichnung ( <b>Buchstabe</b> ) zur Nr. 99999 gem. „Abrechnung von Sachkosten ... ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)
	5012	Sach- / Materialkosten (Cent)	<b>Rechnungsbetrag</b> zur Nr. 99999 gemäß „Abrechnung von Sachkosten ...ab 01.04.05“ (2.5.3 der Abrechnungshinweise)

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

Tabelle 2: Begründung in besonderen Fällen notwendig

GOP / EBM-Abschnitt	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
Besuch(e), Visite(n),  Schwesternbesuch,  etc.	5006	Um-Uhrzeit	<p><b>weiterer Arzt-Patienten-Kontakt (APK) am Tag</b> Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte am selben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden.</p> <p><b>ambulant:</b> Gemäß Präambel zu Abschn. 1.4 (Nr. 2) EBM ist bei Berechnung von mehr als einem <u>Besuch</u> pro Tag bei demselben Patienten eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich.</p> <p><b>belegärztlich:</b> Gemäß Belegarztvertrag (§ 2 Abs. 2) ist bei der Berechnung von mehr als einer <u>Visite</u> pro Tag - entgegen d. Präambel zum Abschn. 1.4 (Nr. 2) EBM - eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich.</p> <p><b>Bei Ausschluss von Leistungen im APK</b> sind <b>weitere APK am Tag durch Angabe der Uhrzeit</b> hinter jeder betreffenden Leistung zu <b>begründen</b>.</p>
01730, 01731, 01734, 01734M	5020	Wiederholungsunters.	Wiederholungsuntersuchung? (0 = nein ; 1 = ja)
	5021	Jahr der letzten Krebsfrüherk.-Unters.	Format: JJJJ (Angabe nur, wenn im Feld 5020 der Eintrag „1“ (ja) erfolgte)
05310, -X	5009	freier Begründungs-Text	wenn ohne Erbringung - einer OP oder Anästhesie aus Kap. 31 bzw. - Anästhesie aus Abschn. 36.5.3 EBM ist eine <b>Ausnahmeindikation</b> anzugeben (z.B. „nicht narkosefähig“ o. „belegärztliche OP/Anäst.“)
19315	5009	freier Begründungs-Text	... beim selben Material nur mit bes. Begründung (z. B. Differenzialdiagnostik bei Lymphom) neben den GOP 11320-11322. Die Begründung einschl. des ICD-10-Codes für die betr. Erkrankung ist bei der Abrechnung anzugeben.
25320, 25321	5009	freier Begründungs-Text	Muss die Mindestreferenzdosis von 1,5 Gy im Zielvolumen im Einzelfall unterschritten werden, ist eine Begründung auf dem Behandlungsausweis erforderlich. (Präambel 25.1 Nr. 6)
30201	5009	freier Begründungs-Text	Nach 2-maliger Erbringung im Quartal kann jede weitere Behandlung im Ausnahmefall nur mit ausführlicher Begründung zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektorischen Fixierung und den vegetativen und neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen. (Präamb. 30.2 Nr. 2)

30791	5009	freier Begr.-Text	... je dokumentierter Indikation bis zu 10mal, mit besonderer Begründung bis zu 15mal im KHF
			Die GOP ...
31101 / 36101	5036	GNR als Begründung	02300, 02301, 02302 bzw. 10340, 10341, 10342
31221 / 36221			15321, 15322, 15323
31231 / 36231			09351, 09360, 09361, 09362
31271 / 36271			26350, 26351, 26352
31321 / 36321			06350, 06351, 06352
			ist bei Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern <b>bis zum vollend. 12. Lebensjahr</b> nach den (links) genannten GOP d. Abschn. 31.2 bzw. 36.2 ber.-fähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraus. gem. § 115b SGB V müssen dabei nicht erfüllt sein, sofern die Eingriffe nicht im Katalog zu diesem Vertrag genannt sind. In diesen Fällen ist die postoperative Behandlung nach den GOP d. Abschn. 31.4 nicht ber.-fähig. Die in d. Präambel 31.2.1 Nr. 8 bzw. 36.2.1 Nr. 4 benannten Einschränkungen entfallen ..., es gelten die Abr.-Regelungen der o.g. GOP entspr.
32030	5002 (*)	Art der Untersuchung	<b>Bei mehrfacher Berechnung</b> der GOP 32030 ist die Art der Untersuchungen anzugeben.
32760 bis 32765	5002 (*)	Art der Untersuchung	... nebeneinander nur berechnungsfähig, wenn es sich um verschiedene Bakterienarten handelt. Die <b>Anzahl der verschiedenen Bakterienarten</b> ist hinter jeder GOP anzugeben.
GOP d. Ab. 34.4.1 - 34.4.6 und 34.4.7	5009	freier Begründungs-Text	GOP der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 und 34.4.7 sind <b>nebeneinander nur mit besonderer Begründung</b> berechnungsfähig.
40865	5002 (*)	Art der Untersuchung	... je Wirkstoff/ je Wirkstoffkombination im Behandlungsfall ... nur einmal berechnungsfähig. Eine <b>mehrfache Berechnung ist nur mit gesonderter Begründung</b> möglich.
40870	5009	freier Begründungs-Text	... <b>in begründetem Einzelfall neben Besuchen</b> nach den GOP 01410 bis 01413 ber.-fähig.
40872		... <b>in begründetem Einzelfall neben Besuchen</b> nach d. GOP 01410 - 01413 und 01415 ber.-fähig.	
88740	5009	freier Begründungs-Text	... <b>sofern</b> aufgrund der Schwere der Erkrankung <b>die Befundmitteilung innerhalb von 48 Stunden nicht erfolgen kann</b>
88895	5009	freier Begründungs-text	... unter Angabe einer <b>besonderen Begründung</b> , <b>wenn</b> die sozialpsychiatrische <b>Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres</b> des Patienten <b>fortgesetzt wird</b>

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

**Tabelle 3: Angabe der Diagnose(n) als Begründung in Pflichtfeldern notwendig**

GOP / EBM-Abschnitt	Feld-Kennung	Feldbezeichnung	Begründung
01422, 01424, 01770, 04433/ -I, 07345, 08345, 09345, 10345, 13435/ -I, 13675/ -I, 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 34600, 88200, 88740, 88741	6001	ICD-Code	Die <b>Angabe der Diagnose</b> nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung ...
	6003	Diagnosensicherheit	bzw. Die GOP ... ist nur bei mindestens einer der im folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig: ...
	6008	Diagnosen- ausnahmetatbestand	
<b>Abr.-Nrn. der Verträge:</b> Diabetes-Vereinbarung Sachsen  DMP's: Diabetes mellitus Typ 2 Diabetes mellitus Typ 1 KHK Asthma bronchiale COPD Brustkrebs  Tonsillotomie- Vertrag	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
	3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	

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



