



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

## **28. Lieferung Austauschseiten**

**Stand 01.04.2011**

**Beilage zu den KVS-Mitteilungen 5/2011**

## Anleitung zum Einordnen der 28. 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	2	Gesamt-Inhaltsverzeichnis	2
<b>2. Teil Regionale Vereinbarungen</b>			
Inhaltsverzeichnis	1	Inhaltsverzeichnis	1
2.5 Seiten 1-6	3	2.5 Seiten 1-6	3
2.6 Seiten 1-2	1	2.6 Seiten 1-2	1
2.14 Seiten 1-12	6	2.14 Seiten 1-8	4
2.15 Seiten 29-30	1	2.15 Seiten 29-30	1
2.15 Seiten 33-34	1	2.15 Seiten 33-34	1
2.17 Seiten 5-10	3	2.17 Seiten 5-8	2
2.18 Seiten 1-4	2	2.18 Seiten 1-4	2
2.24 Seiten 1-2	1	2.24 Seiten 1-2	1
---	---	2.99 Seiten 1-2	1
<b>5. Teil Sonstiges</b>			
5.1 Seiten 1-2	1	5.1 Seiten 1-2	1
5.1 Seiten 5-8	2	5.1 Seiten 5-8	2
5.3 Seiten 1-6	3	5.3 Seiten 1-8	4
5.5 Seiten 3-4	1	5.5 Seiten 3-4	1
<b>SUMMEN:</b>	<b>29</b>		<b>28</b>



# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**Stand 01.04.2011**

---

---

## **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  
mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2008
- 2.2 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V  
zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im  
Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4  
des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen  
in besonderen Fällen (SchwHG), ab 01.01.2008
- 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 Verträge nach § 73c SGB V über  
die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der  
besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung

- 
- 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 Vereinbarung nach § 73a SGB V über  
die Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung in  
vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen mit der Knappschaft,  
ab 01.10.2010
- 2.21 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur  
interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen  
Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen)  
mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur  
qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Versicherten,  
die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind, im Freistaat Sachsen  
(RheumaAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.23 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur  
Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz  
(UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.24 Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten  
Katarakt-Operationen mit der AOK PLUS, ab 01.04.2011
- 2.99 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, Seitenlokalisierung, 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 AG Ärzte/Ersatzkassen

---

## 5. Teil Sonstiges

- 5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05
- 5.2 Besondere Erklärungen, die gemäß EBM mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind, ab 01.04.05
- 5.3 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  
mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2008
- 2.2 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur  
Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom  
im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.3 Onkologie-Vereinbarung
- 2.4 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.6 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4  
des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen  
in besonderen Fällen (SchwHG), ab 01.01.2008
- 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 Verträge nach § 73c SGB V über  
die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der  
besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung
- 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 Vereinbarung nach § 73a SGB V über  
die Optimierung der ambulanten medizinischen Versorgung  
in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Sachsen  
mit der Knappschaft, ab 01.10.2010

- 2.21 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur qualitätsgesicherten ambulanten Versorgung von Versicherten, die an rheumatoider Arthritis erkrankt sind, im Freistaat Sachsen (RheumaAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.23 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz (UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2011
- 2.24 Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen mit der AOK PLUS, ab 01.04.2011
- 2.99 Sonstiges

## 2.5 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten

### 2.5.1 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von amb. Katarakt-Operationen (Kataraktvereinbarung) mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.04.2009

Gegenstand der Vereinbarung ist die Vergütung und Abgeltung der im Zusammenhang mit ambulanten Katarakt-Operationen entstehenden Sachkosten für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung im Freistaat Sachsen.

Die teilnehmenden zugelassenen oder angestellten Vertragsärzte, die eine Genehmigung zur Durchführung entspr. ambulanter Operationen durch die KV Sachsen erhalten haben, garantieren die notwendigen räumlichen, apparativ technischen und hygienischen Standards, um eine qualitativ hochwertige medizinische Behandlung zu gewährleisten.

**Die Krankenkassen vergüten** zur Abgeltung der Sachkosten bei ambulanten Katarakt-Operationen **je implantierte Intraokularlinse** einschl. der Kosten für notwendiges visko-chirurgisches Material (Viskoelastika) sowie der MWSt. nachfolgende Gesamtpauschalen:

#### Sachkostenpauschale

<b>99102</b>	... <b>PMMA-Linse</b> (bzw. nicht faltbare Linsen) .....	<b>120,00 EUR</b>
<b>99103</b>	... <b>Silikonlinse</b> .....	<b>180,00 EUR</b>
<b>99104</b>	... <b>Acryllinse</b> (bzw. faltbare Linsen) .....	<b>210,00 EUR</b>
<b>99105</b>	... <b>Einmalschlauchsystem und Einmalartikel</b> zusätzlich zu Nrn. 99102, 99103, 99104, <b>je implantierter Intraokularlinse</b> , einschl. aller Einmalprodukte (z. B. Einmaloperationsbestecke, Spülkassetten) <b>BMÄ</b> (außer AOK PLUS) / <b>E-GO</b> .....	<b>73,00 EUR</b>
	<b>AOK PLUS*</b> .....	<b>50,00 EUR</b>

für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig

- jeweils nur zweimal pro Behandlungsfall berechnungsfähig
- nur im Zusammenhang mit dem intraokularen Eingriff berechnungsfähig
- Nr. 99105 nur im zeitlichen Zusammenhang mit den Nrn. 99102, 99103 oder 99104

\* Im Rahmen der „Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen“ (siehe Punkt 2.24) senkt die AOK PLUS die Pauschale für Einmalartikel (je implantierter Intraokularlinse) ab 01.04.2011 von 73,00 € auf 50,00 €.

Ist im Einzelfall eine Sonderlinse oder ein Kapselspannung medizinisch notwendig, können diese Sachkosten unter Angabe der Begründung mit der zuständigen Krankenkasse in nachgewiesener Höhe gesondert abgerechnet werden.

Die Abrechnung der Kosten für die implantierte Intraokularlinse sowie für Viskoelastika erfolgt in diesem Fall mit der zuständigen Krankenkasse. Eine zusätzliche Abrechnung über die KV Sachsen ist nicht möglich.

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

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

### **99180 Kostenpauschale LDL-Apherese, je Behandlung**

..... **ab 01.07.04 ..... 985,00 EUR**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- Genehmigung gemäß o. g. Vereinbarung erforderlich.
- Je Patient beantragungs- und genehmigungspflichtig gemäß § 3 der Vereinbarung.
- Nur im zeitlichen Zusammenhang mit den GOP 04572, 13620 oder 13622\* einmal je Behandlung berechnungsfähig.

\* Die Sachkostenpauschale 99180 kann auch im Zusammenhang mit der ab 01.04.2009 neuen Gebührenordnungsposition 13622 „Zusatzpauschale ärztliche Betreuung bei LDL-Apherese .... bei isolierter Lp(a)-Erhöhung“ abgerechnet werden. Eine entspr. Anfrage der KV Sachsen wurde durch die Landesverbände der Krankenkassen/Verband der Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) vom 18.06.2009 bestätigt.

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

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

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

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

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

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

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

#### **99999B 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.):	99999B
Feldkennung 5012 (Kosten):	Betrag in Cent
Feldkennung 5011 (Bezeichnung):	Bezeichnung des Artikels (Text bis max. 60 Zeichen)
- 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 Nr. 99999B.
- Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigelegt wurde.

**99999C 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.): 99999C  
Feldkennung 5012 (Kosten): Betrag in Cent  
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): Bezeichnung des Artikels  
(Text bis max. 60 Zeichen)
- 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 beigelegt wurde.

**99999D 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.): 99999D  
Feldkennung 5012 (Kosten): Betrag in Cent  
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): Bezeichnung des Artikels  
(Text bis max. 60 Zeichen)
- 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 beigelegt wurde.
- Aufgrund einer Änderung des Abschnitts 7.1 der Allg. 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**.

**99999F Sachkosten Herzschrittmacher und Elektroden, ab 01.04.04**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig, sofern keine anderweitige Vergütung erfolgt.
- Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:

Feldkennung 5001 (Nr.):	99999F
Feldkennung 5012 (Kosten):	Betrag in Cent
Feldkennung 5011 (Bezeichnung):	Bezeichnung des Artikels (Text bis max. 60 Zeichen)
- Ansatz durch Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:

Auf dem Behandlungsausweis mit dem Cent-Betrag und der vorangestellten Zusatzbezeichnung „F“ abzurechnen.  
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999F.
- Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigefügt wurde.

**99999S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat (durch Operateur) unter Beifügung der Rechnung**

- siehe Punkt 2.6  
„Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG)“: Abrechnung der Sachkosten ...

### **2.5.4 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten zur Durchführung der sonographisch gesteuerten Punktion der Endometriosezysten mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009**

**Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Vergütung und Abrechnung von doppel-lumigen Ovarialbiopsienadeln (OPU-Kanülen) zur Durchführung der sonographisch gesteuerten Punktion der Endometriosezysten für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung im Freistaat Sachsen.**

Die Abrechnung der doppelumigen OPU-Kanülen gemäß dieser Vereinbarung erfolgt **ausschließlich im Rahmen der kurativen Diagnostik und Behandlung.**

Nicht Gegenstand dieser Vereinbarung ist die Vergütung und Abrechnung von einlumigen und doppelumigen OPU-Kanülen im Zusammenhang mit der künstlichen Befruchtung. Die Verordnung erfolgt in diesem Fall patientenkonkret über Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt).

Die Abrechnung von einlumigen OPU-Kanülen erfolgt bei allen übrigen Indikationen i. R. des Sprechstundenbedarfes.

Folgende Sachkostenpauschale kann ab 01.10.2009 abgerechnet werden:

**99109 OPU-Kanüle, doppelumig**  
(außerhalb der künstlichen Befruchtung),  
**BMÄ / E-GO ..... 56,52 EUR**

- Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.



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

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

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

### 99165 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch

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

**ambulant** ..... **245,00 EUR**  
**belegärztlich**<sup>1)</sup> ..... **70,00 EUR**

<sup>1)</sup> *Bei belegärztlicher Behandlung erfolgt der Bezug von Mifepreston sowie die Beobachtung und Betreuung nach Durchführung des Abbruchs durch das Belegkrankenhaus.*

### 99166 Schwangerschaftsabbruch

einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen,  
Laborleistungen, Infusionen und Dokumentationsgebühr

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

### 99170 Beobachtung und Betreuung

nach Durchführung des Abbruchs nach der Nr. 99166  
durch Gynäkologen oder Anästhesisten  
**einmal pro Behandlungsfall**  
**nur ambulant** ..... **50,00 EUR**

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

**99172 Narkose / Anästhesie**

einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen  
des Anästhesisten und Laborleistungen

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

**99175 Wegepauschale**

durch Gynäkologen oder Anästhesisten

**einmal pro Behandlungsfall**

**nur ambulant** ..... **5,00 EUR**

**S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat**

(durch Operateur)

bei ambulanten oder medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen

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

- Abrechnung entsprechend als Sonderkostenträger mit VKNR 96888
  - Für den Bereich der KV Sachsen wird ab dem Abrechnungsquartal 1/2009 ausschließlich die einheitliche VKNR 96888 verwendet.  
Bei Fragen zur Abrechnung der o.g. Leistungen wenden Sie sich bitte an die Bezirksgeschäftsstelle Leipzig, Telefonnummer 0341/24 32 -430.
- Für die Nr. 99166 ist die Genehmigung „Ambulantes Operieren“ erforderlich.
- Die Werte werden gemäß o. g. Durchführungsvereinbarung ggf. quotiert und stehen somit unter Vorbehalt.
- Es sind nur die Nrn. für Pauschalbeträge für "Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen" berechnungsfähig, keine weiteren Leistungen des EBM.
- Neben der Nr. 99165 sind die Nrn. 99166, 99170, 99172 und 99999S nicht berechnungsfähig.
- Neben der Nr. 99166 ist die Nr. 99172 nicht berechnungsfähig.
- Abrechnung der Sachkosten für Prostaglandin durch Operateur:
  - Ansatz durch Ärzte, die mit Praxiscomputer abrechnen:  
Feldkennung 5001 (Nr.): **99999S**  
Feldkennung 5012 (Kosten): Betrag in Cent  
Feldkennung 5011 (Bezeichnung): **Bezeichnung des Artikels**  
(Text bis max. 60 Zeichen)
  - Ansatz durch Ärzte, die ohne Praxiscomputer abrechnen:  
Auf dem Behandlungsausweis mit dem Cent-Betrag und der vorangestellten Zusatzbezeichnung „S“ abzurechnen.  
Der Ausweis in den Abrechnungsunterlagen erfolgt durch die KV als 99999S.
  - Vergütung erfolgt nur, wenn die Originalrechnung beigefügt wurde.
- Mit der Abgabe der Abrechnungsunterlagen hat auch die Bestätigung des Abbruchs der Schwangerschaft in einer Einrichtung nach § 13 (1) des Schwangerschaftskonfliktgesetzes unter den Voraussetzungen des § 218a Abs. 1, 2 oder 3 Strafgesetzbuch zu erfolgen.

## 2.14 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

### 2.14.1 Vertrag über die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V mit der BKK-VAG Ost, ab 01.01.2008

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

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

- die als Allgemeinmediziner, Praktische Ärzte oder Internisten an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen (nachfolgend **Hausärzte** genannt),
- die gegenüber der KV Sachsen ihre (freiwillige) Teilnahme an diesem Vertrag gemäß Anlage 1 erklären und die persönlichen und sächlichen Qualitätsanforderungen nach § 4 bzw. die Aufgaben nach § 5 erfüllen.
- 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.

**Versicherte der teilnehmenden BKK** können nach Vollendung des 18. Lebensjahres auf freiwilliger Basis an der hausarztzentrierten Versorgung nach diesem Vertrag teilnehmen, sofern sie durch schriftliche Erklärung (Anlage 2) die Regeln dieses Vertrages akzeptieren und einen teilnehmenden Hausarzt wählen (Einschreibung). Einschreibungen können bei jeder persönlichen Inanspruchnahme erfolgen.

**Der teilnehmende Versicherte erhält** durch seine teilnehmende BKK einen separaten **Nachweis**, um zu dokumentieren, dass der Inhaber an der hausarztzentrierten Versorgung teilnimmt. Dieser Nachweis **ist bei Inanspruchnahme** von Leistungen **dem jeweiligen Hausarzt vorzulegen**.

Die folgenden Pauschalen werden außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung vergütet:

#### 91100B Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten durch den Hausarzt

- nur einmalig, im ersten Quartal, berechnungsfähig

**BMÄ** (nur BKK) ..... **11,00 EUR**

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

- einmal im Quartal (Behandlungsfall) für die Ausgestaltung des hausärztlichen Versorgungsgeschehens bei eingeschriebenen Patienten berechnungsfähig

**BMÄ** (nur BKK) ..... **9,00 EUR**

- Voraussetzung ist mind. 1 persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal

Weitere Vertragsdetails, z.B. Qualitätsanforderungen, Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte, zur Teilnahme und zu Rechten und Pflichten der teilnehmenden Versicherten, finden Sie im Internet auf der Homepage der KV Sachsen (<http://www.kvs-sachsen.de>) unter „Mitglieder“ > „Verträge“ > „H“ > „Hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V - BKK-VAG Ost“.

Der Hausarzt kann seine Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Sachsen unter Einhaltung der Kündigungsfrist von vier Wochen zum Ende des Quartals kündigen. Fristbeginn ist der Zugang der Kündigung bei der KV Sachsen.

## **2.14.2 Vertrag zur präventionsorientierten hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V mit der BIG direkt gesund „BIGprevent“, ab 01.04.2008**

- 1. Nachtrag vom 19.06.2008 mit Wirkung ab 01.04.2008**
- 2. Nachtrag vom 19.12.2008 mit Wirkung ab 01.01.2009**
- 3. Nachtrag vom Oktober 2010 mit Wirkung ab 15.11.2010**

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

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

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

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

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

Dieser **Vertrag gilt für alle teilnehmenden Versicherten der BIG direkt gesund**, die Teilnahme ist freiwillig.

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

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

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

### 1. Vergütung für besondere Aufgaben (gemäß Anlage 8.1)

Für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung erhält der Hausarzt:

#### 81110 Komplexjahrespauschale,

für die Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung

**BMÄ** (BIG direkt gesund) ..... **28,00 EUR**

- pro eingeschriebenem Versicherten einmal innerhalb von 4 Quartalen abrechenbar im Zusammenhang mit der Übermittlung des Erhebungsbogens zum Präventionsstatus gemäß Anlage 9 bzw. Anlage 10 an die BIG direkt gesund

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

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

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

Die Vergütung erfolgt durch die BIG direkt gesund außerhalb der Gesamtvergütung.

### 2. Vergütung für Prävention (gemäß Anlage 8.2)

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

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

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
<b>01720P</b>	Jugendgesundheitsuntersuchung (J1)	<b>39,37 €</b>
<b>01732P</b>	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	<b>34,12 €</b>

- (2) die **Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung auf Hautkrebs** im Zusammenhang mit der Durchführung der Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien (EBM GOP 01746)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung	Vergütung (ambulant)
<b>01746P</b>	Zuschlag zur Nr. 01732P für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie ... bei der Frau	<b>20,97 €</b>
<b>01746N</b>	... beim Mann	<b>20,97 €</b>

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

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
<b>01740P</b>	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms/ ...	<b>14,31 €</b>
<b>01740N</b>	... beim Mann	<b>14,31 €</b>

- (4) **die Durchführung der Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern gemäß den Kinder-Richtlinien** (EBM-GOP 01711 bis 01719, 01722, 01723) für Hausärzte der Fachrichtung Kinder- u. Jugendmedizin sowie Hausärzte, die nach § 4 Abs. 3 am Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen i.R. der Kinder- und Jugendmedizin vom 06.05.2008 teilnehmen

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01711P	Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	16,59 €
01712P	Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebenstag (U2),	34,64 €
01713P	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	34,64 €
01714P	Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	34,64 €
01715P	Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	34,64 €
01716P	Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	34,64 €
01717P	Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	34,64 €
01718P	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	34,64 €
01719P	Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	34,64 €
01722P	Sonographische Untersuchung der Säuglingshüften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Anlage 5 der Kinder-Richtlinien	20,97 €
01723P	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a), ab 01.07.2008	39,37 €

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

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01735P	Beratung gemäß § 4 der "Chroniker-Richtlinie" des GBA zur zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	14,31 €



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

**Nachtrag vom Oktober 2010 mit Wirkung ab 30.11.2010**

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 (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 Knappschafts-versicherten. 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 vertrags-ärztliche 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.
--

## **2.15.5 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V -Asthma bronchiale- mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2009**

### **1. Nachtrag mit Wirkung ab 01.04.2011**

Dieser Vertrag gilt in geänderter Fassung ab 01.10.2009 und ersetzt alle bisherigen vertraglichen Regelungen.

**Ziel dieses Vertrages** ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma mit dem Ziel der Vermeidung/Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen sowie der Asthma-bedingten Letalität.

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 koord. Versorgungssektor sind, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 (Strukturqualität koordinierender Versorgungssektor) -persönlich oder durch angestellte Ärzte- erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen:

- zugelassene Vertragsärzte, die gemäß § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen und zugelassene MVZ und
- in Ausnahmefällen gemäß Ziffer 1.6.1 der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ zugelassene oder ermächtigte, für die Behandlung von Asthma qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind.

Die Ausnahmefälle sind insbes. möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Leistungserbringern dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizin. Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entspr. § 6.

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

Zu den **Pflichten der koord. Vertrags-Ärzte/ Einrichtungen** gehören gemäß § 3 (4):

- die **Koordination der Behandlung** von Versicherten, insbesondere von jenen, die an mehreren DMP teilnehmen, Vermeidung von Doppeluntersuchungen und Berücksichtigung von Wechselwirkungen ... sowie im Hinblick auf die Beteiligung anderer Leistungserbringer, insbesondere der vertraglich eingebundenen...
- die **Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten** gemäß § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der **Dokumentation** nach den Abschnitten VII und VIII, sowie die nachträgliche Ergänzung bzw. Korrektur der betreffenden Parameter auf Anforderung,

- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie ...,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, wenn die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Versicherten an Schulungen teilzunehmen,
- die **Überweisung** an andere vertraglich eingebundene Ärzte **bzw. Einweisung** zur stationären Behandlung ... bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gem. Anlage 5 Ziffern 1.6.2 bzw. 1.6.3) sowie Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapie-relevanter Informationen entspr. § 9, wie z.B. medikamentöse Therapie

### **Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4**

Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie die Voraussetzungen nach der Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen.

Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt entspr. § 6. Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen. Die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen.

Zu den im § 4 (4) detailliert beschriebenen **Pflichten der teilnahmeberechtigten Vertragsärzte** (im Weiteren als „Fachärzte“ bezeichnet) gehören:

- die **Mit- und Weiterbehandlung** der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie...,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entspr. nachgewiesen ist,
- die **Überweisung an andere Leistungserbringer bzw. die Einweisung zur stationären Behandlung** bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gemäß Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ Ziffer 1.6 bzw. 1.6.3) und den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten sowie die Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapie-relevanter Informationen entspr. § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie
- bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 therapie-relevante Informationen zur Erstellung der Dokumentation zu übermitteln

Gemäß § 5 erklärt sich der Vertragsarzt unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 und/oder als Facharzt nach § 4 gegenüber der KVS schriftlich auf der **Teilnahmeerklärung** gemäß der Anlage 3 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.

Die KVS prüft die Teilnahmevoraussetzungen entspr. der jeweiligen Strukturqualität gemäß §§ 3 und 4 und die Schulungsberechtigungen entspr. den Anforderungen der

**99350D Prädiagnostikpauschale**

- einmal pro Patient

**BMÄ / E-GO ..... 25,00 EUR**

- für eingeschriebene Ärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors (§ 4)
- i.R. der erstmaligen Diagnostik bei Neu-Manifestation und der besonderen Beratungsleistungen
- dies ist in der Abrechnung in der Feldkennung 5009 zu begründen
- die Nr. 99350D ist am Behandlungstag nicht neben der Nr. 99350E (Motivations- und Abschlussgespräch) berechnungsfähig

**Patientenschulungen** können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 an Betriebsstätten erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen gem. Anlage 11 „Patientenschulung“ erfüllen u. eine entspr. Abrechnungsgenehmigung haben.

Um bei der Schulung von Kindern und Jugendlichen zeitnah altersgerechte Schulungsgruppen bilden zu können, können fachgleiche Kinder- u. Jugendmediziner mit einer Schulungsgenehmigung der KVS per Zielauftrag „DMP-Schulung“ Patienten überweisen. Die Abrechnung der Schulung erfolgt durch den schulenden Arzt, der für diese Patienten nur die Nr. 99355K (damit im Zus. auch Nr. 99355T) oder die Nr. 99356K abrechnen kann. Durch den überweisenden Arzt ist eine Abrechnung von Schulungsleistungen für denselben Versicherten ausgeschlossen, für Nachschulungen gelten die zeitlichen Vorgaben des Vertrages.

Die vollen Unterrichtseinheiten gelten für ungeschulte Patienten.

Für bereits geschulte Patienten gilt grundsätzlich, dass ein Nachschulungsantrag über die Gemeinsame Einrichtung gestellt werden muss. Dieser kann gestellt werden

- für Kinder, die mindestens 6 Monate nicht geschult wurden und
- Erwachsene, die mindestens zwei Jahre nicht geschult wurden.

Nachschulungen von Kindern werden mit 1 UE (bei Einzelschulung) und max. 4 UE (bei Gruppenschulungen) vergütet, bei Erwachsenen können max. 2 UE vergütet werden.

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

Leistungsbeschreibung	Abrechn.-Nr. für Schulung	Abrechn.-Nr. für genehmigte Nachschulung	Vergütung
<b>Asthmaschulung Kinder u. Jugendl. je UE u. Vers. (1 UE = 45 Min.)</b> - max. 7 Patienten je Schulungsgruppe - Aufteilung nach Altersgruppen: 5 - 7, 8 - 12, 13 - 18 Jahre - max. 18 UE à 45 Min. Kinder/Jugendl. - max. 12 UE à 45 Min. Eltern	<b>99355K</b>	<b>99356K</b>	22,50 €
<b>Schulungsmaterial</b> zur Nr. 99355K je Versicherten	<b>99355T</b>	---	9,00 €

<b>Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)</b> <b>je UE u. Vers. (1 UE = 60 Min.)</b> - 4 - 10 Patienten je Schulungsgruppe - max. 6 UE à 60 Min.	<b>99355A</b>	<b>99356A</b>	25,00 €
<b>Schulungsmaterial</b> zur Nr. 99355A je Versicherten	<b>99355S</b>	---	9,00 €

**Erläuterungen:**

- Die **Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig; Nachschulungen bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung und sind mit einer gesonderten Abr.-Nr. abzurechnen.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sind.
- 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.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- Das gesamte Schulungs- und Behandlungsprogramm muss innerhalb von höchstens 12 Wochen stattfinden.
- Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals muss in diesem Zeitraum sichergestellt sein.
- Voraussetzung für die Vergütung der in dieser Anlage genannten Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS. Die Dokumentation wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

**99350E Motivations- und Abschlussgespräch**

- im Anschluss an die letzte UE

**BMÄ / E-GO ..... 25,00 EUR**

- wenn alle UE wahrgenommen wurden, kann die Nr. 99350E am gleichen Tag wie die letzte UE abgerechnet werden
- nur bei der Durchführung der Schulung für Erwachsene (Nr. 99355A), nicht mit der Asthmaschulung für Kinder und Jugendliche (Nr. 99355K)
- nicht bei Nachschulungen abrechenbar
- Voraussetzung für die Vergütung ist das Vorliegen des vollständig ausgefüllten Schulungsnachweises (Anlage 12) bei der KVS

### **2.17.3 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.



## **2.17.4 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin mit der Knappschaft, ab 01.10.2010**

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** im Sinne des § 73 (1a) Nr. 2 SGB V,
- **Hausärzte** im Sinne des § 73 (1a) SGB V, sofern sie **jährlich den Nachweis** erbringen, dass sie sich **mit mindestens 6 Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet** haben.

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

Ein Teilnahmeantrag ist nicht erforderlich.

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 sowie Hausärzte 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 Knappschaft, die zum Zeitpunkt der Inanspruchnahme die altersmäßigen Voraussetzungen des § 4 (2) erfüllen, d.h. anspruchsberechtigt sind **Jugendliche im Alter von 16 bis 17 Jahren, die bei der Knappschaft versichert sind**. 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

**BMÄ (nur Knappschaft) ..... 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.

## **2.18 Verträge nach § 73c SGB V über die Durchführung einer Tonsillotomie im Rahmen der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung**

**... mit der KKH-Allianz ab 01.04.2010**

**... mit der Novitas BKK ab 01.04.2011**

**Gegenstand der Verträge** 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 **alle Versicherten der KKH-Allianz bzw. der Novitas BKK** 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 **bzw. die Novitas BKK** weiterleitet.

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

**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 diesen Verträgen 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 dieser Verträge).

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 diesen Verträgen 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 diesen Verträgen 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 diesen Verträgen durch Abrechnung der Anästhesieleistungen (Nrn. 92820, 92821A, 92821B, 92822, 92823A oder 92823B) teilnehmen. Ein Teilnahmeverfahren findet nicht statt.

Die nach diesen Verträgen **abrechenbaren Leistungen** sind gemäß Anlage 3:

a) für **Operationsleistungen**

<b>Abr.-Nr.</b>	<b>Leistungsbeschreibung</b> „Durchführung einer ...“	<b>Vergütung</b> <b>(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** an den o.g. Verträgen 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)
92820	... zur Tonsillotomie	150,00
92821A	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, einseitiger Eingriff	185,00
92821B	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, beidseitiger Eingriff	185,00
92822	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	150,00
92823A	... zur Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese mit oder ohne Paukendrainage, jeweils einseitiger Eingriff	185,00
92823B	... 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)
92658A	... <b>zweiten postoperativen Nachbehandlung durch den konservativ tätigen Arzt auf Überweisung</b> des Operateurs, 1 Woche nach erfolgter Operation	10,00
92658B	... <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
92659A	... <b>zweiten postoperativen Nachbehandlung durch den Operateur</b> , 1 Woche nach erfolgter Operation	10,00
92659B	... <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 an den o.g. Verträgen 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 Tonsillenhyperplasie** (ICD-10 J35.1, J35.2 oder J35.3) abrechenbar.

Die o.g. Nrn. **gelten nur für Versicherte der KKH-Allianz bzw. der Novitas BKK, 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 dieser Verträge 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 diesen Verträgen nichts anderes bestimmt ist.

## 2.24 Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen mit der AOK PLUS, ab 01.04.2011

Diese Vereinbarung (Anlage 14 zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V) ergänzt, unter Berücksichtigung des § 44 Abs. 5 BMV-Ä, die Katarakt-Vereinbarung auf bilateraler Ebene zwischen der AOK PLUS und der KV Sachsen. Die Vergütung von Kataraktoperationen erfolgt weiterhin im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß EBM, die der Sachkosten gemäß der vorgenannten Katarakt-Vereinbarung.

Die **Ziele des Vertrages** sind:

1. Eine Qualitätsverbesserung der vertragsärztlichen Versorgung nach ambulanten Katarakt-Operationen durch die koordinierte Nachsorge mit jeweils mindestens 3 Nachkontrollen für alle Versicherten der AOK PLUS.
2. Sicherstellung der qualitätsgerechten Erbringung der Nachkontrollen entspr. Punkt 1.
3. Vergütung der Einmalartikel im Zusammenhang mit ambulanten Katarakt-Operationen entspr. der gesetzlichen Rahmenbedingungen
4. Förderung einer qualitätsgerechten und wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln durch die teilnehmenden Ärzte.

Die Vereinbarung gilt für **alle Versicherten der AOK PLUS**.

Die Vereinbarung gilt gemäß § 2 für **alle Augenärzte**, d.h. für

- niedergelassene Fachärzte für Augenheilkunde,
- Fachärzte für Augenheilkunde, die in Medizinischen Versorgungszentren bzw. Einrichtungen nach § 311 Absatz 2 SGB V tätig sind sowie
- angestellte Fachärzte für Augenheilkunde, die in der Region der KV Sachsen für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.

Die beteiligten Augenärzte stellen gemäß § 3 nach Maßgabe der folgenden Regelungen sicher, dass **bei jedem Versicherten der AOK PLUS nach einer ambulanten Katarakt-Operation mindestens 3 Nachkontrollen** durchgeführt werden (Einhaltung der Zeitvorgaben, entspr. Terminvergabe).

Die **1. Nachkontrolle** erfolgt **am Tag nach der ambulanten Katarakt-Operation**, zur Kennzeichnung ist die **Nr. 99990K** anzusetzen. Die Vergütung ist in der Gebührenordnungsposition der ambulanten Operation nach Kapitel 31.2 des EBM enthalten.

Die **2. Nachkontrolle** sollte zur optimalen Verlaufskontrolle im Regelfall im Zeitraum vom **5. bis 10. postoperativen Tag** stattfinden, zur Kennzeichnung ist die **Nr. 99990L** anzusetzen. Die Vergütung erfolgt über den Abschnitt 31.4 EBM (postoperative Behandlung).

Die **3. Nachkontrolle** wird **in der 4. bis 6. Woche** nach der OP durchgeführt. Für die qualitätsgerechte Erbringung erhält der Augenarzt eine **Qualitätspauschale** i. H. v. **40,00 €** außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung i. R. dieser Vereinbarung.

**Voraussetzung für die Abrechnung der Qualitätspauschale** der 3. Nachkontrolle ist die **vorausgegangene Durchführung einer ambulanten Katarakt-OP** beim Augenarzt oder im Rahmen des Vertrages nach § 115b SGB V im Krankenhaus nach den im § 4 aufgeführten OPS-Kodes gemäß Anhang 2 zum EBM (5.143.\*\* bis 5.146.\*\*).

Der **OPS-Kode** der durchgeführten ambulanten Katarakt-OP **ist im Begründungsfeld (Feldkennung 5035)** der Qualitätspauschale **anzugeben**.

**Qualitätspauschale der 3. Nachkontrolle (nur AOK PLUS) .... 40,00 EUR**

**927180 ... nach einer ambulanten Katarakt-Operation  
im niedergelassenen Bereich**

**92718W ... durch den weiterbehandelnden Arzt  
im niedergelassenen Bereich  
nach einer ambulanten Katarakt-OP im Krankenhaus**

Die Nrn. 927180 und 92718W sind nur dann abrechenbar, wenn die 2. Nachkontrolle gemäß Kapitel 31.4 EBM vorher durchgeführt wurde.

Die Nr. 927180 ist nur dann abrechenbar, wenn die 1. und 2. Nachkontrolle gemäß § 3 durchgeführt und durch die Nrn. 99990K und 99990L gekennzeichnet wurde.  
(Für das 1. Quartal der Laufzeit dieses Vertrages gilt dies nur für Operationen, die in diesem Quartal durchgeführt wurden.)

Erbringt der Operateur aus dem niedergelassenen Bereich die 2. Nachkontrolle selbst und überweist den Patienten dann zur 3. Nachkontrolle an den weiterbehandelnden Augenarzt, so ist der OPS-Kode, das Datum der Operation und das Datum der 2. Nachkontrolle auf dem Überweisungsschein anzugeben.

Stellt sich ein Patient, der ambulant im Krankenhaus operiert wurde, bei einem Augenarzt nach dem 21. postoperativen Tag vor, kann dieser Arzt für die Abrechnung davon ausgehen, dass die 2. Nachkontrolle im Krankenhaus erfolgt ist.

Die obligatorischen und fakultativen Leistungsinhalte der Qualitätspauschalen (§ 5, Punkte 1 und 2) sind in der Vergütung der Nrn. 927180 und 92718W enthalten und können nicht extra berechnet werden.

Die beteiligten Augenärzte garantieren gemäß § 5 im Rahmen der 3. Nachkontrolle die **Leistungsinhalte** Spaltlampenmikroskopie, Tonometrie, Visusbestimmung, Beurteilung des zentralen Fundus und Befundbesprechung sowie -je nach medizinischer Notwendigkeit- als fakultative Leistungsinhalte Binocularstatus, Objektive und subjektive Refraktionsbestimmung, Arztbrief, Schirmer-Test, Motilitätsprüfung.

Befunde, Behandlungsmaßnahmen sowie die veranlassten Leistungen im Zusammenhang mit den 3 Nachkontrollen einschließlich des Tages der Behandlung sind in der Patientenakte zu dokumentieren.

Regelungen zur wirtschaftlichen und qualitätsgerechten **Arzneimittelversorgung** sind im § 7 der Vereinbarung sowie der diesbzgl. „Information für den Augenarzt“ detailliert beschrieben



## 2.99 Sonstiges

### 2.99.1 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 Pflage tag	
	E-GO .....	3,10 EUR
	BMÄ .....	2,56 EUR

#### Arbeitsmedizinische Vorsorgeuntersuchung entspr. Nachtragsvereinbarung mit dem Bundesverteidigungsministerium vom 22.05.91

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

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

#### Telefonkosten gem. Allg. Bestimmungen, EBM, ab 01.10.96

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

<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.

## 5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05

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

Gemäß Kinder-Richtlinien können die Kinderfrüherkennungsuntersuchungen U1 und U2 auf einem mit der Krankenversichertenkarte eines Elternteils ausgestellten Abrechnungsschein (Muster 5 der Vordruckvereinbarung) abgerechnet werden.

Damit die im EBM festgelegten Unverträglichkeiten bei der gleichzeitigen Behandlung eines Elternteils nicht wirksam werden, muss aus dem Behandlungsausweis hervorgehen, **welche Leistungen für das Kind** erbracht wurden.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

EDV-Nr.	Leistungsdefinition (Bewertung siehe EBM) „Höchstwert ...“
01605	... für die GOP 01600 bis 01601
02318	... für die GOP 02312
02319	... für die GOP 02313
11505	... im Behandlungsfall für die GOP 11312, 11320, 11321 und 11322 im Zusammenhang mit der Erbringung der GOP 11500
32118	... für die GOP 32110 bis 32116
32138	... im Behandlungsfall für die GOP 32137 und 32140 bis 32148 ab 3. Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung
32139	... im Behandlungsfall für die GOP 32137 und 32140 bis 32148S im 1. und 2. Quartal der Substitutionsbehandlung
32286	... für die GOP 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283
32339	... für die GOP 32330 bis 32337
32432	... für die GOP 32430
32433	... im Behandlungsfall für die GOP 32426 und 32427
32434	... im Behandlungsfall für die GOP 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (die GOP 32426 und 32427 sind dafür mit dem Buchstaben „U“ zu kennzeichnen)
32458	... für die GOP 32435 und 32437 bis 32456
32511	... für die GOP 32489 bis 32505
32536	... für die GOP 32528
32644	... für die GOP 32569 - 32571, 32585 bis 32641, 32642 und 32660 - 32664
32695	... für die GOP 32690
32751	... für die GOP 32750
32771	... für die GOP 32770, je Mykobakterienart
32797	... für die GOP 32792 bis 32794, je Körpermaterial
35303	... Kindern und Jugendlichen bis zum vollendeten 18. Lebensjahr
35304	... für die GOP 35300 bis 35302 bei ... Versicherten ab Beginn des 19. Lebensjahres

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

Gemäß § 14 (5) der Psychotherapie-Vereinbarungen (Anlagen 1 BMV-Ä/EKV) sind ggf. notwendig werdende **Leistungen der Einbeziehung der Bezugsperson(en)** hinter der Gebührenordnungsposition (GOP) **mit einem "B" zu kennzeichnen**, und zwar gleichermaßen durch Ärzte und durch zugelassene/ ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Die Abrechnung der GOP's mit „B“ für die Bezugsperson(en) erfolgt auf dem Behandlungsausweis des psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten.

GOP	Im Falle der Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	Leistungsdefinition
<b>Nicht antragspflichtige Leistungen</b>		
35150	35150B	Probatorische Sitzung
<b>Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie</b>		
35200	35200B	Kurzzeittherapie/ Einzelbehandlung
35201	35201B	Langzeittherapie/ Einzelbehandlung
35202	35202B	Kurzzeittherapie/ Gruppenbehandlung
35203	35203B	Langzeittherapie/ Gruppenbehandlung
<b>Analytische Psychotherapie</b>		
35210	35210B	Einzelbehandlung
35211	35211B	Gruppenbehandlung
<b>Verhaltenstherapie</b>		
35220	35220B	Kurzzeittherapie/ Einzelbehandlung
35221	35221B	Langzeittherapie/ Einzelbehandlung
35222	35222B	Kurzzeittherapie/ kleine Gruppe
35223	35223B	Langzeittherapie/ kleine Gruppe
35224	35224B	Kurzzeittherapie/ große Gruppe
35225	35225B	Langzeittherapie/ große Gruppe

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

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

**5.1.10 Laborauftrag Knappschaft bei Nicht-GKV-Versicherten,  
ab 01.04.05**

**87777 Kennzeichnung von Laboraufträgen (Vordruck Muster 10), nur bei Knappschaftsmitgliedern, die keine GKV-Versicherten der Primärkasse Knappschaft sind, analog den Ausnahme-Kennziffern des Kapitels 32 zur Aussetzung des Laborbudgets**

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

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

**5.1.13 Scheinkennzeichnung, wenn vom Versicherten anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip gewählt wurde, ab 01.07.2008**

**88190 Scheinkennzeichen für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ärztlichen Versorgung gewählt haben**

Neben dieser Pseudo-Ziffer können nur Pseudo-Ziffern zu Praxisbesonderheiten angesetzt werden, alle anderen Abr.-Nrn. sind daneben nicht berechnungsfähig.

Soweit Versicherte Kostenerstattung nach § 13 (2) gewählt haben, ist lt. § 28 (4) SGB V die Zuzahlung gemäß § 13 (2) Satz 9 SGB V von der Krankenkasse in Abzug zu bringen.

**5.1.14 Scheinkennzeichnung, gemäß der Bestimmung Nr. 3 zu Kapitel 32.3 bei in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten, in denen keine Abrechnung von Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt, ab 01.01.2011**

**88192 Kennzeichnung von Fällen gemäß 32.3 Nr. 3 EBM bei Selektivverträgen**

Im Falle der Behandlung von in Selektivverträgen eingeschriebenen Versicherten ohne Abrechnung von Leistungen über die KV ist ein sog. Pseudofall im Rahmen der KV-Abrechnung anzulegen und mit der Kennzeichnungs-Nr. 88192 zu versehen.

Im Bereich der KV Sachsen kann die Nr. 88192 zur Kennzeichnung der o.g. Fälle erst ab dem 01.04.2011 angesetzt werden.

### 5.1.15 Bewertung der GOP 32001 in Euro

Übersicht über die Bewertung der GOP 32001 „Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32...“ für die entspr. Arztgruppen gemäß EBM in Punkten und in Euro (anhand des Orientierungspunktwerts i.H.v. 3,5048 Cent/Punkt)

Arztgruppe	Bewertung (Punkte)	Bewertung (Euro)
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	48	1,68 €
Anästhesisten	15	0,53 €
Chirurgen	10	0,35 €
Frauenärzte	30	1,05 €
Hautärzte	5	0,18 €
HNO-Ärzte	5	0,18 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	17	0,60 €
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie u. Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	5	0,18 €
Notfallärzte	5	0,18 €
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	5	0,18 €
Nuklearmediziner	45	1,58 €
Radiologen	5	0,18 €
Strahlentherapeuten	20	0,70 €
Urologen	70	2,45 €
fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	50	1,75 €
fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet) ... Angiologie	25	0,88 €
... Endokrinologie	80	2,80 €
... Gastroenterologie	35	1,23 €
... Hämatologie und Internistische Onkologie	240	8,41 €
... Kardiologie	20	0,70 €
... Nephrologie	165	5,78 €
... Pneumologie	20	0,70 €
... Rheumatologie	130	4,56 €

*... je kurativ-ambulanten Arztfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen*

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





### 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 folgenden Übersichten sollen bei der Erstellung der Abrechnung helfen und enthalten GOP/Nrn./EBM-Abschnitte für deren Abrechnung eine Begründung

- **generell notwendig** ist (Tabelle 1),
- **in besonderen Fällen notwendig** ist (Tabelle 2),
- **als Angabe in Pflichtfeldern (Diagnosen) notwendig** ist (Tabelle 3).

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

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
01602	5016 (*)	Name des Arztes	Bei der Berechnung ... 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 kodieren</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 <b>Art der Erkrankung</b> enthält, <b>und</b> die Angabe der <b>Art der Untersuchung</b> (Gennummer, -name nach OMIM) <b>und</b> den <b>Multiplikator</b> ... voraus.
11321, -X			
11322, -X			
GOP des Abschnitts 11.4	5009	freier Begr.-T.	Die Berechnung ... setzt die <b>Angabe</b> voraus, <b>ob ... als diagnostischer oder prädiktiver Test</b> , als Untersuchung auf Anlageträgerschaft oder als vorgeburtlicher Test erbracht wurde.
11500	5002 oder 5009	Art der Unters. oder freier Begr.-T.	Die Berechnung ... setzt die Begründung, die die <b>Art der Erkrankung</b> enthält, voraus.
17310	5015 (*)	Organ	...unter Angabe der/ des <b>untersuchten Organe/-s</b>
19320 (-A, -K)	5002 oder 5009	Art der Unters. oder freier Begr.-T.	...unter Angabe der Art der <b>antigenen Zielstruktur</b>
19321			...unter Angabe der Art des <b>Rezeptors</b>
30720			...nur bei Angabe des betr. Nerven o. Ganglions ...

30706	5016 oder 5009	Name d. Arztes oder fr. Begr.-T.	Hausärzte sowie weitere komplementär behandelnde Ärzte dürfen die GOP unter <b>Angabe des</b> primär schmerztherapeutisch verantwortl. <b>Arztes</b> 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, -V 32641, 32664, 32707, 32791	<i>bei Diagn. außer „UUU“</i>  5002 oder 5009  <i>bei Diagn. „UUU“</i>  5002 und 5009	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 Unter- suchung	... 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	... kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnost. Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandlungs-Ausweis zu dokumentieren.
34492			... kann <b>nur mit Begründung</b> berechnet werden.
GOP des Abschnitts 35.2 EBM (Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen)	4244	Bewilligte Leistung	
	4245	Anzahl bewilligter Leistungen	
	4246	Anzahl abgerechn. Leistungen	
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-Kodierung (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 Seitenlokalisation nicht am OPS-Kode benannt wird u. gesondert bewertet ist. Die entspr. OPS-Kodes sind in der tabellarischen Aufstellung unter der Rubrik "Seite" mit einem Doppelpfeil gekennzeichnet.
92658A	5034	OP-Datum	Bei Abrechnung der Nrn. 92658A u. 92658B ist das <b>Datum der Operation</b> in der FK 5034 einzutragen.
92658B			
92718O	5035	OP-Schlüssel	Der <b>OPS-Kode der durchgeführten ambulanten Katarakt-Operation</b> ist ... anzugeben.
92718W			
96501	5002 (*)	Art der Untersuchung	... unter Angabe der <b>Therapieform</b> ...
96502			... unter Angabe d. <b>verwendeten Medikaments</b> ...
96503			
96505			
96508			... von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „ <b>Kiefernekrosen</b> “ ...
98205A	5009	freier Begr.-Text	... nur mit Angabe des <b>Datums der Zweiteinschreibung</b> ...
98215A			
99350D	5009	freier Begr.-Text	... unter Angabe von „ <b>Neu-Manifestation</b> “ als Begründung i. R. der erstmaligen Diagnostik ...
99360D			

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 / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
Besuch(e), Visite(n), Schwestern- besuch, 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) erforderl.</p> <p><b>Bei Ausschluss von Leistungen im APK sind weitere APK am Tag durch Angabe der Uhrzeit hinter jeder betreffenden Leistung zu 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
01793	5009	freier Begründungs-Text	wg. der EBM-Bestimmung „je Fötus, einmal im Krankheitsfall“: <b>Anzahl der Föten (bei einer Mehrlingschwangerschaft) sowie bei einer erneuten Schwangerschaft im selben Krankheitsfall</b>
05310, -X	5009	freier Begründungs-Text	wenn ohne Erbringung einer OP oder Anästhesie aus Kapitel 31 oder 36 EBM ist eine <b>Ausnahmeindikation</b> anzugeben (z.B. „nicht narkosefähig“ oder „belegärztliche OP/Anäst.“)
19315 99190P	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-Kodes für die betreffende 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
31101 / 36101	5036	GNR als Begründung	Die GOP ... 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.
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.	
88895	5009	freier Begründungs-text	... unter Angabe einer <b>besonderen Begründung, 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**

<b>GOP / Abr.-Nrn. der Verträge</b>	<b>Feld- Kennung</b>	<b>Feldbezeichnung</b>	<b>Begründung</b>
01422, 01424, Leistungen des Abschnitts 1.7.4 EBM „Mutterschaftsvorsorge“ (01770 bis 01816), 04433/ -I, 07345, 08345, 09345, 10345, 10350, 13435/ -I, 13675/ -I, 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 34600	6001	ICD-Code	<b>Die 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 PsycheAktiv Sachsen RheumaAktiv Sachsen UlzeraCvi Sachsen	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
	3674	Diagnosensicherheit Dauerdiagnose	

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





### 5.5.3 Berechnungsfähige Leistungen

Grundlage für die Abrechnung der Leistungen ab der Zulassung/Ermächtigung ist der EBM in der gültigen Fassung.

Maßgebliche Bestimmungen für Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten finden sich insbesondere in den folgenden Teilen des EBM:

- Allgemeine Bestimmungen,
- Kapitel 23, 35, 40.

Ab 01.01.2008 erfolgt die **Berechnung der Gebührenordnungspositionen (GOP) des Kapitels 23 durch Kinder und Jugendlichenpsychotherapeuten** ausschließlich für die Behandlung von Patienten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

Für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten sind neben den GOP aus Kapitel 23 nur die GOP 01100, 01101, 01410 bis 01413, 01415, 01430, 01435, 01600, 01601, 01602, 01620, 01621, 01622 sowie die GOP des Kapitels 35 berechnungsfähig.

Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entsprechend den GOP 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40120, 40122, 40124 und 40126 berechnungsfähig.

Die **Abrechnung der GOP des Kapitels 35 durch Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten** ist auf Patienten, die das 21. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, begrenzt.

Ausnahmen sind zulässig, wenn zur Sicherung des Therapieerfolges bei Jugendlichen eine vorher mit Mitteln der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie begonnene psychotherapeutische Behandlung erst nach Vollendung des 21. Lebensjahres abgeschlossen werden kann (Psychotherapiegesetz §1 (2) und Psychotherapie-Vereinbarungen (Anlagen 1 BMV-Ä bzw. EKV, § 7 (6)).

**Übende und suggestive Interventionen** (Übende Verfahren und Hypnose) nach den GOP 35111, 35112, 35113 und 35120 dürfen nach Abschnitt C § 21b der Psychotherapie-Richtlinie während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.

**Probatorische Sitzungen** nach der GOP 35150 bzw. 35150B sind nur als Einzeltherapie zulässig und bei Unterteilung in 2 Einheiten à 25 min. nur einmal nach mind. 50 min. berechnungsfähig. Nach der Psychotherapie-Richtlinie sind vor der ersten Antragstellung bis zu 5 - bei der analytischen Psychotherapie bis zu 8 - probatorische Sitzungen möglich. Probatorische Sitzungen werden nicht auf die für die Therapie genehmigten Behandlungsstunden angerechnet.

Gemäß Abschnitt F der Psychotherapie-Richtlinie hat der Psychologische Psychotherapeut bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut den Patienten spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen an einen nach Abschnitt F § 24 (4) qualifizierten Vertragsarzt zur Einholung des **Konsiliarberichtes** zu überweisen. Dies gilt auch dann, wenn der Patient von einem Arzt, gleich welcher Fachrichtung, an den Therapeuten überwiesen wurde.

Für die Überweisung vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen an den Arzt ist Muster 7 der Vordruckvereinbarung zu verwenden.

Das Muster 22a-d (Konsiliarbericht) ist dem Muster 7 für den Arzt beizufügen. Der Arzt rechnet dann seine Leistungen auf einem Muster 5 ab, erstellt den Konsiliarbericht auf Muster 22a-d und verteilt ihn entsprechend. Den Konsiliarbericht (Muster 22a) muss der Arzt dem Psychologischen Psychotherapeuten oder Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung übermitteln.

**Testverfahren** nach den GOP 35300 bis 35302 sind während einer laufenden Psychotherapie ab dem 01.01.2008 sowohl für den Bereich der Primär- als auch der Ersatzkassen mit besonderer Begründung bis zu dreimal zusätzlich berechnungsfähig.

### **Antragspflichtige Leistungen**

Die in dem Abschnitt 35.2 aufgeführten GOP können ausschließlich von Vertragsärzten, bzw. -therapeuten, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherapeutischer Leistungen gemäß den Psychotherapie-Vereinbarungen verfügen, berechnet werden.

**Einzelheiten zum Antragsverfahren und zur Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen** sind in Abschnitt F der Psychotherapie-Richtlinie und Teil C §§ 11 - 13 der Psychotherapie-Vereinbarungen festgelegt.

Bei **Überführung einer bewilligten Kurzzeittherapie in eine Langzeittherapie** ist die Anrechnung der Kurzzeittherapie auf das Kontingent der Langzeittherapie bereits bei der Antragstellung zu berücksichtigen, d. h. die höchstzulässige Anzahl der Langzeittherapie-Sitzungen ist um die Anzahl der bewilligten Kurzzeittherapie-Sitzungen zu reduzieren.

Gemäß § 14 (5) der Psychotherapie-Vereinbarungen (Anlage 1 BMV-Ä bzw. EKV) sind bestimmte, ggf. notwendig werdende, Leistungen der **Einbeziehung von Bezugsperson(en)** hinter der GOP **mit einem "B" zu kennzeichnen** (siehe "Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften").

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