



KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN  
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

11. Lieferung von Austauschseiten

**Stand 01.04.2014**

Beilage zu den KVS-Mitteilungen 05 2014

**Anleitung zum Einordnen der 11. Lieferung von Austauschseiten**

**Hinweis: Bitte beiliegende Seite(n) austauschen**

Herausnehmen Seiten (alt)	Zahl der Blätter	Einfügen Seiten (neu)	Zahl der Blätter
Deckblatt	1	Deckblatt	1
Gesamt-Inhaltsverzeichnis Seiten 1-2	1	Gesamt-Inhaltsverzeichnis Seiten 1-2	1
<b>1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen</b>			
1.1 Seiten 1-2	1	1.1 Seiten 1-2	1
1.2 Seiten 1-2	1	1.2 Seiten 1-4	2
<b>2. Teil Regionale Vereinbarungen</b>			
Inhaltsverzeichnis Seiten 1-2	1	Inhaltsverzeichnis Seiten 1-2	1
2.9 Seiten 9-10	1	2.9 Seiten 9-10	1
2.10 Seiten 5-6	1	2.10 Seiten 5-6	1
2.12 Seiten 5-14	5	2.12 Seiten 5-12	4
2.14 Seiten 7-8	1	2.14 Seiten 7-8	1
2.15 Seiten 5-6	1	2.15 Seiten 5-6	1
2.19 Seiten 1-2	1	2.19 Seiten 1-2	1
<b>3. Teil Vorstandsbeschlüsse</b>			
---	---	---	---
<b>4. Teil Beschlüsse und Feststellungen</b>			
---	---	---	---
<b>5. Teil Sonstiges</b>			
5.1 Seiten 3-4	1	5.1 Seiten 3-4	1
5.1 Seiten 7-10	2	5.1 Seiten 7-8	1
5.3 Seiten 1-2	1	5.3 Seiten 1-2	1
5.3 Seiten 9-10	1	5.3 Seiten 9-10	1
<b>SUMMEN:</b>	<b>20</b>		<b>19</b>

# **Abrechnungshinweise der KV Sachsen**

**Stand 01.04.2014**



---

## **Inhaltsverzeichnis**

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

- 1.1 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln
- 1.2 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung

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

- 2.1 Diabetes-Vorsorge und -Diagnostik
- 2.2 Diabetes-Vereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen
- 2.3 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) mit der AOK PLUS
- 2.4 Onkologie-Vereinbarung
- 2.5 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.6 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.7 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG)
- 2.8 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention
- 2.9 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen
- 2.10 Homöopathie-Vereinbarungen
- 2.11 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens
- 2.12 Impfvereinbarungen
- 2.13 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.14 Wegepauschalen, Strukturpauschale für Dienststunden im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst
- 2.15 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung
- 2.16 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- 2.17 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)
- 2.18 Verträge über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
- 2.19 Vertrag zu einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen - ARMIN)
- 2.20 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund

- 
- 2.21 Verträge zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Pflegeeinrichtungen
  - 2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS
  - 2.23 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
  - 2.24 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz (UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS
  - 2.25 Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen mit der AOK PLUS
  - 2.26 Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)
  - 2.27 Vereinbarung zur Mitwirkung der Kinder- und Jugendärzte an der Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung)
  - 2.28 Förderung ausgewählter Leistungen
  - 2.99 Sonstiges

## 1.1 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.04.2014

Für einzelne Heilmittelleistungen, die in Arztpraxen erbracht und abgerechnet werden, sind nach § 32 (2) SGB V von Versicherten, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, zu den Kosten der Heilmittel entsprechende Zuzahlungen zu leisten.

Bei von der Zuzahlung befreiten Patienten (z. B. bei Vorlage eines gültigen Befreiungsausweises oder Kindern/Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr) ist die entspr. Gebührenordnungspositionen (GOP) mit dem Buchstaben „A“ zu kennzeichnen (z. B. 30400A).

Nur im Fall der Kennzeichnung kann gewährleistet werden, dass kein Einbehalt der Zuzahlungen vom ärztlichen Honorar erfolgt.

<b>GOP</b> (gemäß Kodierungstabelle der KBV)	<b>Durch den Arzt vom Patienten einzubehaltende Zuzahlungsbeträge</b> Primär-/Ersatzkassen, BVFG, BPOL, Ausländ. Sozialversicherungs-Abkommen	<b>Kennzeichnung bei Zuzahlungsbefreiung</b> nur für u. g. Personenkreis
30300	<b>1,84 €</b>	30300A
30301	<b>0,75 €</b>	30301A
30400	<b>0,92 €</b>	30400A
30402	<b>1,53 €</b>	30402A
30410	<b>1,34 €</b>	30410A
30411	<b>0,50 €</b>	30411A
30420	<b>1,35 €</b>	30420A
30421	<b>0,58 €</b>	30421A

**Von den Zuzahlungen befreit** sind Versicherte:

- die das **18. Lebensjahr noch nicht vollendet** haben,
- die eine **gültige Bescheinigung** ihrer Krankenkasse **über Zuzahlungsbefreiung** vorlegen,
- **der folgenden Kostenträger:**  
Sozialhilfeträger/ Jugendämter, Postbeamtenkrankenkasse A, Bundeswehr, Heilfürsorge Polizei, Heilfürsorge Feuerwehr, Justizvollzugsanstalten, BVG, BEG.

**Bei diesen Versicherten sind die o. g. GOP mit „A“ zu kennzeichnen!**





## 1.2 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung, ab 01.07.05

Gemäß § 27a (3) SGB V ist vor Beginn der Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung der Krankenkasse ein Behandlungsplan zur Genehmigung vorzulegen.

Die Krankenkasse übernimmt 50 % der mit dem Behandlungsplan genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden.

Ein 50%-iger Eigenanteil ist vom Versicherten zu tragen.

Einzelheiten zur Durchführung und Abrechnung von Maßnahmen zur künstlichen Befruchtung (wie z. B. Anzahl der Versuche, Altersgrenzen, Behandlungsplan) sind den „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) in der jeweils gültigen Fassung zu entnehmen.

Die gemäß Behandlungsplan erbrachten Leistungen müssen im direkten Zusammenhang mit der Künstlichen Befruchtung stehen und sind **durch alle in die Behandlung eingebundenen Ärzte** entsprechend zu kennzeichnen. Sie werden mit dem 50%-igen Wert vergütet. Der verbleibende Anteil von 50 % ist dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

Gemäß Durchführungsempfehlung des Bewertungsausschusses zu den Leistungen der künstl. Befruchtung gemäß § 27a SGB V handelt es sich dabei um folgende Leistungen:

GOP (Wert 50 % - Zuzahlung)	GOP (Wert 100 % - keine Zuzahlung) - für Kostenträger „Bundeswehr“ (siehe Anmerkung*)
Maßnahmen nach:	
10.1 Insemination im Spontanzyklus	10.2 Insemination nach horm. Stimulation
10.4 Intratubarer-Gameten-Transfer	10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)
	10.3 IVF mit Embryotransfer
01510X	01510
01511X	01511
01512X	01512
02100X	02100
02341X	02341
05310X	05310
05330X	05330
05340X	05340
05341X	05341
05350X	05350
08510X	08510
08530X	08530
08531X	08531
08540X	08540
08541X	08541
08542X	08542
08550X	08550

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

<b>GOP (Wert 50 % - Zuzahlung)</b>	<b>GOP (Wert 100 % - keine Zuzahlung) - für Kostenträger „Bundeswehr“ (siehe Anmerkung*)</b>
08551X	08551
08552X	08552
08560X	08560
08561X	08561
08570X	08570
08571X	08571
08572X	08572
08573X	08573
08574X	08574
11311X	11311
11312X	11312
11320X	11320
11321X	11321
11322X	11322
11330X	11330
11331X	11331
11332X	11332
11333X	11333
11334X	11334
11351X	11351
11352X	11352
11354X	11354
11360X	11360
11361X	11361
11370X	11370
11371X	11371
11372X	11372
11380X	11380
11390X	11390
11391X	11391
11395X	11395
11396X	11396
11400X	11400
11401X	11401
11403X	11403
11404X	11404
11410X	11410
11411X	11411
11412X	11412

<b>GOP (Wert 50 % - Zuzahlung)</b>	<b>GOP (Wert 100 % - keine Zuzahlung) - für Kostenträger „Bundeswehr“ (siehe Anmerkung*)</b>
11420X	11420
11421X	11421
11422X	11422
11430X	11430
11431X	11431
11432X	11432
11433X	11433
11434X	11434
11440X	11440
11441X	11441
11442X	11442
11443X	11443
31272X	31272
31503X	31503
31600X	31600
31608X	31608
31609X	31609
31822X	31822
32354X	32354
32356X	32356
32357X	32357
32575X	32575
32576X	32576
32614X	32614
32618X	32618
32660X	32660
32781X	32781
33043X	33043
33044X	33044
33090X	33090
36272X	36272
36503X	36503
36822X	36822

\* Die **Bundeswehr** hat ihren Leistungsumfang aufgrund eines Urteils des Bundesverwaltungsgerichtes (AZ: 5 C 29/12) geändert. Die Bundeswehr gewährt nunmehr auch Leistungen zur Herbeiführung einer Schwangerschaft. Diese können unter Beachtung der sonstigen Voraussetzungen des Vertrages der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) mit der Bundeswehr mit der KV abgerechnet werden.

Wie bei GKV-Versicherten werden die Leistungen der künstlichen Befruchtung nach dem Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) mit der KV abgerechnet, es ist keine gesonderte Abrechnung notwendig. Auch die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des G-BA gelten grundsätzlich für die Soldatinnen und Soldaten - mit folgenden Ausnahmen:

### Kostenübernahme:

Die Bundeswehr übernimmt nur Kosten für die Leistungen, die ihre Soldatinnen bzw. Soldaten selbst erhalten. Entstehen andere Kosten (z. B. für einen gesetzlich versicherten Partner) müssen diese von dessen Versicherung übernommen werden.

**Durch die Bundeswehr werden** - im Gegensatz zu GKV-Versicherten - **die vollen Kosten (100 %)** übernommen.

Im Einzelfall erforderliche HIV-Tests sind abrechnungsfähig.

### Einzelfallgenehmigungen durch die Bundeswehr:

Sie sind erforderlich bei Maßnahmen über die künstliche Befruchtung hinaus, z. B. für die Kryokonservierung von Samenzellen, imprägnierten Eizellen oder noch nicht transferierten Embryonen.

### Krankenversicherungsnachweis:

Die Behandlung von Soldatinnen und Soldaten setzt grundsätzlich die truppenärztliche Überweisung voraus.

## **2. Teil Regionale Vereinbarungen**

- 2.1 Diabetes-Vorsorge und -Diagnostik
- 2.2 Diabetes-Vereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen
- 2.3 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen) mit der AOK PLUS
- 2.4 Onkologie-Vereinbarung
- 2.5 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung
- 2.6 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten
- 2.7 Durchführungsvereinbarung für die Kostenerstattung nach § 4 des Gesetzes zur Hilfe für Frauen bei Schwangerschaftsabbrüchen in besonderen Fällen (SchwHG)
- 2.8 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention
- 2.9 Hautscreening-/ Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen
- 2.10 Homöopathie-Vereinbarungen
- 2.11 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens
- 2.12 Impfvereinbarungen
- 2.13 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten
- 2.14 Wegepauschalen, Strukturpauschale für Dienststunden im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst
- 2.15 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung
- 2.16 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)
- 2.17 Vereinbarungen zur Vergütung der intravitrealen operativen Medikamentenapplikation (IVOM)
- 2.18 Verträge über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen
- 2.19 Vertrag zu einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen - ARMIN)
- 2.20 Vertrag nach § 73c SGB V zur Förderung eines konsequenten Infektionsscreenings in der Schwangerschaft (K.I.S.S.) mit der BIG direkt gesund

- 2.21 Verträge zur Verbesserung der ambulanten Versorgung in Pflegeeinrichtungen
- 2.22 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS
- 2.23 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
- 2.24 Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Versorgung von Ulzerationen bei chronisch venöser Insuffizienz (UlzeraCvi Sachsen) mit der AOK PLUS
- 2.25 Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen mit der AOK PLUS
- 2.26 Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)
- 2.27 Vereinbarung zur Mitwirkung der Kinder- und Jugendärzte an der Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung behinderter und von Behinderung bedrohter Kinder (Landesregelung Komplexleistung)
- 2.28 Förderung ausgewählter Leistungen
- 2.99 Sonstiges

### **2.9.3 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der Techniker Krankenkasse (TK), ab 01.01.2010**

**1. und 2. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.01.2010**

**3. Protokollnotiz mit Wirkung ab 01.10.2012**

**1. Ergänzungsvereinbarung mit Wirkung ab 01.07.2013**

**2. Ergänzungsvereinbarung mit Wirkung ab 01.04.2014**

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

Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen.

Zu den **Anspruchsberechtigten** zählen alle zum Zeitpunkt der Untersuchung **bei der TK versicherten Personen ab dem vollendeten 15. Lebensjahr bis zum Alter von 34 Jahren** (d. h. ab dem 15. Geburtstag bis zum letzten Tag vor dem 35. Geburtstag).

Dieser Personenkreis hat **jedes zweite Jahr einmal** Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt gemäß § 3 dieses Vertrages. Ein erneuter Anspruch besteht jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres.

Die Anspruchsberechtigung wird durch Vorlage der Krankenversichertenkarte bzw. der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nachgewiesen.

Die anspruchsberechtigten Versicherten erklären ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der „Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung ...“ (Anlage 1 der 1. Ergänzungsvereinbarung), diese ist vom Arzt zeitnah an die Annahmestelle der TK zu senden.

#### **Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs umfasst**

- a) die Anamnese,
- b) eine körperliche Untersuchung: Untersuchung der Haut, der Hautanhangsgebilde und der sichtbaren Schleimhäute (Gesamthautuntersuchung),
- c) die Hauttypbestimmung und
- d) die vollständige Dokumentation.

Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen; dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweise hinzuweisen.

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

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

Zur **Durchführung der Vorsorgeuntersuchung berechtigt sind** gemäß § 4 **Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten**, die im Bereich der KV Sachsen zugelassen, in einer Praxis angestellt, in einem zugelassenen Med. Versorgungszentrum (MVZ) bzw. in einer Einrichtung nach § 311 Abs. 2 SGB V tätig sind und eine entspr. Genehmigung der KV Sachsen vorweisen können (gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, D.II. § 31, S. 1, 2 Nr. 2).

Die in § 4 aufgeführten ärztlichen Leistungen zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs werden wie folgt vergütet, wenn sie i. R. dieser Vereinbarung vollständig erbracht werden:

**99190 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs,**  
jedes zweite Jahr einmal  
**E-GO (TK) ..... 26,00 €**  
Die Nr. 99190 ist berechnungsfähig:  
- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),  
- jedes zweite Jahr einmal.

Die vom Patienten unterzeichnete „Teilnahmeerklärung ...“ ist zeitnah an die Annahmestelle der Krankenkasse (gemäß Anlage 1)  
- per Telefax (040/ 28 80 85 - 598) oder  
- als Kopie per Post (Techniker Krankenkasse, Stichwort "73c", 22291 Hamburg)  
zu senden, das Original verbleibt zur Dokumentation in der Patientenakte des Arztes.

Eine privatärztliche Abrechnung der Leistungen gemäß § 4 dieses Vertrages nach GOÄ ist ausgeschlossen.



### **2.10.3 Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 73c SGB V mit der SECURVITA BKK, ab 01.07.2009**

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

##### **beigetretene Betriebskrankenkassen:**

**BKK Linde ab 01.01.2010; Daimler BKK ab 01.04.2010;**

**BKK 24, BKK ESSANELLE ab 01.07.2010; BKK PFAFF ab 01.10.2010;**

**BKK Herkules ab 01.07.2011; actimonda krankenkasse ab 01.04.2012;**

**BKK Mobil Oil München (ehem. HypoVereinsbank BKK) ab 01.10.2013;**

**Novitas BKK ab 01.04.2014**

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

**Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der SECURVITA BKK und der oben genannten beigetretenen Betriebskrankenkassen.**

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

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

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

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

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

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

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

### **Homöopathische Erstanamnese**

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

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

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

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

**81202 Repertorisation (BMÄ) ..... 20,00 €**  
- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

**81203 Homöopathische Analyse (BMÄ) ..... 20,00 €**  
- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

### **Homöopathische Folgeanamnese**

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

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

Die Nrn. 81204 und 81205 sind berechnungsfähig:

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

**81206 Homöopathische Beratung (BMÄ) ..... 10,00 €**  
- Mindestdauer 7 Minuten  
- höchstens fünfmal pro Quartal berechnungsfähig  
- Die Nr. 81206 ist berechnungsfähig:  
nach Erbringen der Nrn. 81200 oder 81201,  
am selben Tag nicht neben Nrn. 81200, 81201, 81204 oder 81205.

### Hinweise zur Abrechnung:

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

## 2.12.2 Zusatzvereinbarungen - Satzungsleistungen

zur „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“, ab 01.01.2013

**Vereinbarung gemäß § 132e SGB V über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung auf der Grundlage des § 20d (2) SGB V mit der AOK PLUS, der IKK classic, allen Ersatzkassen (außer hkk) und dem Polizeiverwaltungsamt (PVA)**

- Techniker Krankenkasse: 1. Nachtrag ab 01.04.2013, 2. Nachtrag ab 01.01.2014
- IKK classic: 1. Nachtrag ab 01.04.2013; 2. Nachtrag ab 01.01.2014
- DAK-Gesundheit (DAK): 1. Protokollnotiz (PN) ab 01.04.2013, 2. PN ab 01.01.2014
- AOK PLUS: 1. Nachtrag ab 01.07.2013; 2. Nachtrag ab 01.01.2014

**Zusatzvereinbarungen nach § 20d (2) SGB V mit der BIG direkt gesund, der Deutschen BKK und der Knappschaft (jeweils Nachtrag ab 01.01.2014)**

In Ergänzung der ab 01.01.2013 geltenden „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“ vergüten die nachfolgend aufgeführten Krankenkassen/Kostenträger auf der Grundlage der öffentlichen Empfehlungen der Sächsischen Impfkommision (SIKO) zusätzliche Impfungen als **Satzungsleistungen gemäß § 20d (2) SGB V**.

In der folgenden Tabelle findet sich eine Übersicht dieser Impfungen.

Impfung gegen	Kostenträger	Abrechnungsbestimmung(en)	Abr.-Nr.	Wert
FSME	- IKK classic - BARMER GEK	- für alle Versicherten ohne Alterseinschränkung und ohne geographische Eingrenzung	89102S	6,00 €
Hepatitis A	- AOK PLUS - IKK classic - Ersatzkassen <sup>5)</sup>	- Standardimpfung für Kinder, Jugendliche und seronegative Erwachsene <sup>1)</sup>	89105S	6,00 €
	- PVA	- für alle seronegativen Heilfürsorgeberechtigten und Auffrischungen <sup>1)</sup>		
Hepatitis B	- AOK PLUS - IKK classic - Ersatzkassen <sup>5)</sup>	- Standardimpfung für seronegative Versicherte über 18 Jahre <sup>1)</sup>	89106S	6,00 €
	- PVA	- für alle seronegativen Heilfürsorgeberechtigten und Auffrischungen <sup>1)</sup>		
Hepatitis A und Hepatitis B (HA - HB)	- AOK PLUS - IKK classic - Ersatzkassen <sup>5)</sup>	- Standardimpfung für Kinder, Jugendliche und seronegative Erwachsene <sup>1)</sup>	89202S	8,00 €
	- PVA	- für alle seronegativen Heilfürsorgeberechtigten und Auffrischungen <sup>1)</sup>		

2. Teil Regionale Vereinbarungen

Impfung gegen	Kostenträger	Abrechnungsbest.	Abr.-Nr.	Wert
Influenza	- AOK PLUS - Ersatzkassen (außer hkk, KKH, TK)	- für Versicherte über 50 Jahre bis zum vollendeten 60. Lebensjahr	89111S	7,00 €
	- IKK classic - KKH - TK	- für Kinder (ab voll. 6. Lebensmonat), Jugendliche u. Erwachsene bis zum voll. 60. Lebensjahr		
	- PVA	- für alle Heilfürsorge- berechtigten		
Masern <sup>2)</sup>	- AOK PLUS	- Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste d. STIKO	89113S	6,00 €
Röteln <sup>2)</sup>	- IKK classic		89123S	6,00 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	- Ersatzkassen <sup>5)</sup> - PVA		89301S	12,00 €
Meningokokken	- AOK PLUS	- für Säuglinge ab 3. Lebens- monat bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres (außer Serogruppe B)	89114S	6,00 €
	- Ersatzkassen <sup>5)</sup>	- für Säuglinge ab 3. Lebens- monat (außer Serogruppe B)		
	- IKK classic	- für Säuglinge ab 3. Lebens- monat, Kinder u. Jugendl. bis zum voll. 18. Lebensjahr (auch Serogruppe B)		
	- PVA	- Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr (auch Serogruppe B)		
Pneumokokken	- IKK classic	- für Personen ab vollendeten 50. Lebensjahr bis zum vollendeten 60. Lebensjahr	89120S	6,00 €
Pertussis <sup>3)</sup>	- AOK PLUS - IKK classic (außer Nrn. 89121S, 89302S) - Ersatzkassen <sup>5)</sup> - PVA	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Versicherten / Personen	89116S	6,00 €
Poliomyelitis <sup>3)</sup>			89121S	6,00 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)			89302S	10,00 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)			89303S	10,00 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapiPV)			89400S	11,00 €

Impfung gegen	Kostenträger	Abrechnungsbest.	Abr.-Nr.	Wert
<b>Humane Papillomaviren (HPV)</b>	- <b>IKK classic</b>	- für Frauen ab 18 Jahre (ab dem vollendeten 18. Lebensjahr) bis zur Vollendung des 26. Lebensjahres	<b>99791</b>	6,00 €
	- <b>TK</b>			6,00 €
	- <b>BIG direkt gesund*</b>			10,00 €
	- <b>Deutsche BKK*</b>			10,00 €
<b>Herpes Zoster<sup>4)</sup></b>	- <b>IKK classic</b>	- für alle Versicherten über 50 Jahre	<b>99793</b>	6,00 €
<b>Rotaviren</b> (nur noch, wenn die Impfserie vor dem 01.01.2014 begonnen wurde)	- <b>AOK PLUS</b>	- orale Impfung für Säuglinge ab der 7. Lebenswoche im 1. Lebenshalbjahr  <i>(je Verabreichung/Gabe eines Impfstoffes ist die betreffende nebenstehende Abr.-Nr. anzugeben)</i>	3-fach Impfung <b>99795D</b>	5,00 €
	- <b>IKK classic</b>			
	- <b>TK</b>		2-fach Impfung <b>99795Z</b>	7,50 €
	- <b>DAK-Gesundheit</b>			
	- <b>BIG direkt gesund*</b>			
	- <b>Knappschaft*</b>			
- <b>Deutsche BKK*</b>				

<sup>1)</sup> Die Kosten für die erforderliche Titerbestimmung (Seronegativitätstest) vor der Inanspruchnahme der Impfung und der ggf. erforderlichen Imperfolgskontrolle sind durch den Versicherten zu tragen.

(Ausnahme: heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte (Polizeiverwaltungsamt):

Inklusive der Kosten für die entsprechende Antikörperbestimmung;  
gesonderte Abrechnung über die KV Sachsen gemäß EBM).

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

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

IKK classic: Die Kosten für die Pertussis- Impfung werden unter der Voraussetzung übernommen, dass diese Impfung als Kombinationsimpfung verabreicht wird.

<sup>4)</sup> Die Kosten für die Impfung werden nur übernommen, sofern ein zugelassener Impfstoff in Deutschland zur Verfügung steht.

<sup>5)</sup> alle Ersatzkassen außer hkk

**Eine vor dem 01.01.2014 als Satzungsleistung begonnene Impfserie der Impfung gegen Rotaviren kann als Satzungsleistung beendet und abgerechnet werden, auch wenn es bereits eine entsprechende Pflichtleistung (Nrn. 89127A/-B) gibt (siehe KVS-Mitteilungen Heft 12/2013).**

**Eine Impfserie der Rotaviren-Impfung, die nach dem 01.01.2014 begonnen wurde bzw. wird, ist als Pflichtleistung (Nrn. 89127A/-B) abzurechnen.**

Soweit Schutzimpfungen gemäß der "Impfvereinbarung Sachsen" (Pflichtleistungen gemäß § 20d Abs. 1 SGB V) erbracht werden können, haben diese Vorrang vor der Durchführung von Schutzimpfungen nach dieser Vereinbarung.

Für **heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes** im Freistaat Sachsen übernimmt der Kommunale Versorgungsverband Sachsen die gleichen Schutzimpfungen, die für heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte (PVA) gelten. Davon ausgeschlossen sind die Impfungen gegen Hepatitis B bzw. die Kombinationsimpfung gegen Hepatitis A/B, die durch den Amtsarzt im Rahmen der arbeitsmedizinischen Vorsorgeuntersuchung erbracht werden.

Die **Verordnung von Impfstoffen für Satzungsleistungen** auf der Grundlage der o. g. Zusatzvereinbarung **erfolgt seit 1. Januar 2012 zu Lasten der KV Sachsen (VKNR 98999, Kassenummer 1460748) ohne Namensnennung** auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16). Die **Markierungsfelder „8“ (Impfstoffe) und „9“ (Sprechstundenbedarf) sind** durch Kreuz oder Zifferneintrag **zu kennzeichnen**.

Das **vorgenannte IK** ist **ausschließlich für die Verordnung von Satzungsimpfstoffen** zu nutzen! Weiterhin muss eine korrekte Abrechnung erfolgen und das Verhältnis der Impfdosen und der abgerechneten Impf-Nrn. übereinstimmen, um die Abrechnung mit den Krankenkassen gewährleisten zu können.

### **\*Ausnahmen:**

Aufgrund der jeweiligen vertraglichen Regelung sind **die Impfstoffe für die Impfungen** gegen

- **Humane Papillomaviren (HPV)** nach der Nr. 99791  
**für Versicherte der BIG direkt gesund/Deutschen BKK**
- **Rotaviren** nach den Nrn. 99795D bzw. 99795Z  
**für Versicherte der BIG direkt gesund/ Deutschen BKK/ Knappschaft**

**unverändert auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) auf den Namen des Versicherten und zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse** zu verordnen.

Dabei ist das Markierungsfeld „8“ (Impfstoffe) durch Eintrag der Ziffer 8 oder Kreuz zu kennzeichnen, auf dem Arzneiverordnungsblatt ausschließlich der jeweilige Impfstoff zu verordnen und das Rezept als zuzahlungsfrei zu kennzeichnen (Vorsorgeleistungen).

Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.

Für **heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes** ist der jeweilige Impfstoff generell auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16) patientenkonkret auf den Namen des Anspruchsberechtigten zu Lasten des Kommunalen Versorgungsverbandes Sachsen zu verordnen/beziehen. Das Markierungsfeld „8“ (Impfstoffe) ist durch Eintrag der Ziffer 8 oder Kreuz zu kennzeichnen.

Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.

Für die in diesen Vereinbarungen geregelten Impfleistungen und Impfstoffe ist eine private Liquidation ausgeschlossen.

Wenn die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosis vor Ablauf der dafür vorgesehenen Altersbegrenzung gemäß Impfschema verabreicht wurde oder die Vereinbarung bei der Verabreichung der weiteren Impfdosen bereits außer Kraft ist, können die weiteren erforderlichen Impfdosen noch innerhalb der nächsten zwei Folgequartale nach dieser Vereinbarung abgerechnet werden.

Für die Abrechnung der nach dieser Vereinbarung durchgeführten Leistungen gelten die o. g. Abrechnungs-Nrn. und Vergütungsbeträge, die finanziellen Mittel dafür werden jeweils zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

### 2.12.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von (Auslands-) Reisen, jeweils ab 01.01.2013 mit ...

- ... der BIG direkt gesund (BIG): 1. und 2. Nachtrag ab 01.01.2014,
- ... der Deutschen BKK (Dt. BKK): 1. Nachtrag ab 01.01.2014,
- ... der Techniker Krankenkasse (TK): inkl. 1. Protokollnotiz,
- ... der Knappschaft: 1. Nachtrag ab 01.01.2014

Die oben genannten Krankenkassen übernehmen für ihre Versicherten, unabhängig von ihrem Wohnort in Deutschland, die Kosten für Impfungen nach § 20d (2) SGB V für **Schutzimpfungen auf Grund von (Auslands-) Reisen** - mit Ausnahme von beruflich bedingten Auslandsaufenthalten -, sofern diese von der Ständigen Impfkommission (STIKO) beim Robert-Koch-Institut (RKI) in Verbindung mit den aktuellen Reisehinweisen des Auswärtigen Amtes und den Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) zur Durchführung von Schutzimpfungen im Freistaat Sachsen empfohlen sind.

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

Sofern bei einem Patienten eine Indikation für eine Schutzimpfung nach der „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“ und gleichzeitig nach diesen Vereinbarungen vorliegt, hat die Abrechnung der Schutzimpfung über die Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen zu erfolgen.

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

**Gelbfieberimpfungen** dürfen nur zugelassene Gelbfieber-Impfstellen vornehmen.

**Tollwutimpfungen** sollen vorrangig von erfahrenen Ärzten in den Tollwutberatungs- und -impfstellen durchgeführt werden, zumindest sollte deren fachlicher Rat eingeholt werden.

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

Die Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung.

**Die Leistungen umfassen** neben der Applikation des Impfstoffes:

- die Information über den Nutzen der Impfung,
- Hinweise auf mögliche Nebenwirkungen und Komplikationen,
- Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung,
- Aufklärung über Eintritt und Dauer der Schutzwirkung sowie über das Erfordernis von Wiederholungs- bzw. Auffrischimpfungen,
- Erhebung der Impfanamnese, einschl. Befragung über das Vorliegen von Allergien,
- Erfragen der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen,
- Eintragung der erfolgten Impfung im Impfbuch bzw. Ausstellen einer Impfbescheinigung,
- empfohlene Meldung atypischer Impfverläufe an die datenführende Stelle.

Die **Abrechnung und Vergütung erfolgt über folgende Abrechnungsnummern:**

Leistungsbeschreibung		Abr.-Nr.	Vergütung (€)	Abrechnungsbestimmungen
Beratungsleistungen	<b>Beratungshonorar</b> für den besonderen Aufwand der Beratung zu den Nrn. <b>99809 bis 99812 und 99826</b>	<b>99800</b>	nur TK ..... 10,00	max. einmal pro Reiseschutzimpfung berechnungsfähig <sup>1)</sup>
	<b>Beratungshonorar</b> für den besonderen Aufwand i. R. der <b>Malariaprophylaxe</b> (Tabletten) inkl. Ausstellung der Verordnung	<b>99802</b>	BIG ..... 10,00 TK ..... 10,00 Knapp. .... 10,00	einmal im Behandlungsfall
Einfach-Impfungen	<b>Hepatitis A</b>	<b>99805</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 7,00	pro 1. Impfung im Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
	<b>Hepatitis B</b>	<b>99806</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 7,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>FSME</b> (Frühsommermeningoenzephalitis)	<b>99807</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 7,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Meningokokken-Infektionen</b> (BIG: auch Serogruppe B; Dt. BKK: außer Serogruppe B)	<b>99808</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 7,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Tollwut</b>	<b>99809</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 16,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Typhus</b>	<b>99810</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 16,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Cholera</b>	<b>99811</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 16,00	pro 1. Impfung im APK
	<b>Gelbfieber</b> (Genehmigung notwendig)	<b>99812</b>	BIG ..... 15,00 Dt. BKK ..... 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. .... 16,00	pro 1. Impfung im APK



Leistungsbeschreibung		Abr.-Nr.	Vergütung (€)	Abrechnungsbestimmungen
Kombinations- Impfungen	Hepatitis A und B	99825	BIG ..... 22,00 Dt. BKK ..... 8,00 TK ..... 8,00 Knapp. .... 8,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus und Hepatitis A	99826	BIG ..... 22,00 Dt. BKK ..... 18,00 TK ..... 8,00 Knapp. .... 18,00	pro 1. Impfung im APK

Hinweise zur Abrechnung:

- **für alle o. g. Krankenkassen:**

Bei **jeder weiteren Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung** ist die entspr. Nr. mit dem Buchstaben „W“ zu versehen.

Diese Nrn. werden jeweils mit einer Pauschale in Höhe von 7,00 € (BIG) bzw. in Höhe von 50% des Wertes der ungekennzeichneten Nr. vergütet (TK, Deutsche BKK, Knappschaft).

- **nur für TK:**

Ist die **weitere Impfung im Rahmen derselben Arzt-Patienten-Begegnung eine Auffrischimpfung**, so ist die entspr. Nr. mit dem Buchstaben „Y“ zu versehen. Diese Nrn. werden jeweils in Höhe von 50% des Wertes der ungekennzeichneten Nr. vergütet.

<sup>1)</sup> Das **Beratungshonorar** nach Nr. 99800 ist **nur einmal pro Impfung** nach den Nrn. 99809 bis 99812 und 99826 berechnungsfähig (nur für TK).

Sofern zum Erreichen des vollständigen Impfstatus (vollständige Immunisierung) mehrere Impfungen erforderlich sind, ist die Beratungsleistung erst abrechnungsfähig, wenn die letzte der dafür notwendigen Impfungen erfolgt ist.

- Abweichend von den Regelungen der Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen (§ 5) erfolgt die **Verordnung** des jeweiligen Impfstoffes (sowie Arzneimittels i. R. der Malariaprophylaxe) **auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt** (Muster 16) **auf den Namen des Versicherten zu Lasten der jeweils zuständigen Krankenkasse**. Dabei ist das Markierungsfeld „8“ (Impfstoffe) durch Kreuz oder Eintragung der Ziffer „8“ zu kennzeichnen.

Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.

- Erfolgt der Bezug des Impfstoffes aus der Apotheke, ist für Versicherte der TK die gesetzliche Zuzahlung nach § 61 SGB V zu leisten; für Versicherte der BIG, der Deutschen BKK und der Knappschaft ist das Rezept als zuzahlungsfrei zu kennzeichnen (Vorsorgeleistungen).

- Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen noch vor dem In-Kraft-Treten einer STIKO-Empfehlung oder einer EBM-Regelung bzw. vor dem Auslaufen dieser Vereinbarung verabreicht, können die weiteren erforderlichen Impfdosen noch nach dieser Vereinbarung abgerechnet werden.
- Die finanziellen Mittel für die erbrachten Impf- und Beratungsleistungen werden von den o. g. Krankenkassen zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt. Eine parallele privatärztliche Abrechnung ist ausgeschlossen.

Im Falle von Vertretungen ist zu beachten:

- Verfügt der Vertreter über eine eigene LANR und eine BSNR im Bereich der KV Sachsen und rechnet selbstständig gegenüber der KV Sachsen ab, ist der BD-Einsatz von diesem Arzt eigenständig abzurechnen.
- In allen anderen Fällen erfolgt die Abrechnung durch den zu vertretenden Arzt, entsprechende Honorare sind innerärztlich zu verrechnen.

### **Wichtige Hinweise zur Abrechnung:**

**Unter dem Sonderkostenträger 98999 ist nur die Pseudoziffer 99992 für die Berechnung der Höhe der Strukturpauschale im Bereitschaftsdienst abrechenbar.**

Andere Leistungen werden auf dem Datensatz dieses Sonderkostenträgers gestrichen.

Alle **Leistungen**, welche **i. R. des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes** erbracht werden, sind **wie bisher** auf einem Schein des kassenärztlichen Bereitschaftsdienstes, **patientenkonkret zu Lasten der Kasse des behandelten Patienten** abzurechnen.

### **Hinweis zur Codierung der Bereitschaftsdienstbereiche:**

Bei den in den folgenden 3 Tabellen durchgestrichenen und/oder markierten Bereitschaftsdienstbereichen gab es Veränderungen zum 01.04.2014.

### **Codierung der Bereitschaftsdienstbereiche – BGST Chemnitz**

<b>Bereitschaftsdienstbereich</b>	<b>Code</b>	<b>Bereitschaftsdienstbereich</b>	<b>Code</b>
Chemnitz, Stadt	100	Penig	154
Annaberg	101	Geringswalde/Rochlitz	155
Oberwiesenthal/Schlettau/Sehma	102	Burgstädt	156
Thum	103	Stollberg	160
Aue	110	Oelsnitz/Lugau	161
Eibenstock	111	Thalheim	162
Schneeberg	112	Auerbach	170
Schwarzenberg	114	Falkenstein	171
Lauter	115	Klingenthal	172
Glauchau	120	Oelsnitz/V.	175
Hohenstein-Ernstthal	121	Adorf	176
Limbach-Oberfrohna	122	Plauen/Stadt	177
Freiberg/Stadt	130	Reichenbach	179
Freiberg/Land	131	Zwickau/Stadt	180
Brand-Erbisdorf	132	Werdau	181
Flöha	134	Crimmitschau	182
Marienberg	140	Kirchberg	184
Olbernhau	141	Leisnig/Hartha/Waldheim	190
Zschopau	142	Döbeln/Ostrau/Roßwein	191
Mittweida/Frankenberghainichen	150		

**Codierung der Bereitschaftsdienstbereiche – BGST Dresden**

Bereitschaftsdienstbereich	Code	Bereitschaftsdienstbereich	Code
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk I	401	Ebersbach-Neugersdorf/ Seiffhennersdorf/Eibau/Kottmarsdorf/ Oppach/Schönbach/ Neusalza-Spremberg	441
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk II	402	Zittau	442
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk III	403	Kamenz	450
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk IV	404	Pulsnitz/Großröhrsdorf	454
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk V	405	Radeberg/Pulsnitz/Großröhrsdorf/ Ottendorf-Okrilla	455
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk VI	406	Ottendorf-Okrilla	456
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk VII	407	Pirna, links der Elbe	460
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk VIII	408	Pirna-Copitz/Lohmen/Stolpen	461
Dresden/Freital/Radebeul, Bezirk IX	409	Heidenau/Dohna/Kreischa	462
Görlitz-Nord	410	Neustadt/Hohnstein	463
Görlitz-Süd	411	Sebnitz/Hinterhermsdorf/Lichtenhain	464
Hoyerswerda	415	Bad Schandau/Königstein	465
Bautzen-Ost	420	Dippoldiswalde	470
Bautzen-West	421	Wilsdruff/Nossen	471
Schirgiswalde-Kirschau/Wilthen/Sohland/ Neukirch/Steinigtwolmsdorf/Cunewalde	422	Meißen	480
Bischofswerda	423	Coswig/Weinböhla/Radeburg	481
Niesky	430	Riesa	490
Weißwasser/Bad Muskau/Schleife/Boxberg	431	Großenhain	491
Löbau/Herrnhut/Lawalde	440		

**Codierung der Bereitschaftsdienstbereiche – BGST Leipzig**

Bereitschaftsdienstbereich	Code	Bereitschaftsdienstbereich	Code
Leipzig - Nordwest	701	Grimma/Nerchau/Trebsen/Naunhof	732
Leipzig - Nordost	702	Colditz	734
Leipzig - Südwest	703	Delitzsch/Lößnitz/Krostitz	741
Leipzig - Südost	704	Eilenburg-West	742
Leipzig - Kinder	711	Eilenburg-Ost	743
Markranstädt	721	Bad Dübren	744
Markkleeberg	722	Taucha	745
Zwenkau/Kitzen/Pegau/Groitzsch	723	Schkeuditz	746
Böhlen/Neukieritzsch/Regis-Breitungen	724	Wernsdorf/Mutzschen	751
Borna/Kitzscher	725	Oschatz/Dahlen/Mügeln	752
Geithain/Frohburg/Bad Lausick	726	Torgau-NW/Dommitzsch/Schildau	753
Wurzen	731	Torgau-Stadt/Beilrode/Belgern	754

- (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>40,11 €</b>
<b>01732P</b>	Untersuchung zur Früherkennung von Krankheiten gemäß den Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien	<b>34,74 €</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>21,37 €</b>
<b>01746N</b>		... beim Mann	<b>21,37 €</b>

- (3) die **Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms**  
gemäß der 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/ ...	... bei der Frau	<b>14,58 €</b>
<b>01740N</b>		... beim Mann	<b>14,58 €</b>

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

(EBM-GOP 01711 bis 01719, 01722, 01723)

- **ab 01.07.2011 nur noch für Kinderärzte, die am o. g. Hausarztvertrag nach § 73b SGB V „BIGPREVENT“ der BIG teilnehmen -**

(Auf Grundlage der o. g. Protokollnotiz zum HZV-Vertrag „BIGPREVENT“ vom 08.03.2011 entfällt die Berechnungsfähigkeit der nachfolgend genannten SNR für Hausärzte, die auf Grundlage des § 4 (3) des zum 31.03.2011 durch die BIG gekündigten Vertrages nach § 73c SGB V über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen im Rahmen der Kinder- und Jugendmedizin daran teilgenommen haben.)

SNR für Stützung der EBM-GOP	Leistungsbeschreibung gemäß EBM	Vergütung (ambulant)
01711P	Neugeborenen-Erstuntersuchung (U1)	16,91 €
01712P	Neugeborenen-Basisuntersuchung am 3. bis 10. Lebensstag (U2)	35,35 €
01713P	Untersuchung in der 4. bis 5. Lebenswoche (U3)	35,35 €
01714P	Untersuchung im 3. bis 4. Lebensmonat (U4)	35,35 €
01715P	Untersuchung im 6. bis 7. Lebensmonat (U5)	35,35 €
01716P	Untersuchung im 10. bis 12. Lebensmonat (U6)	35,35 €
01717P	Untersuchung im 21. bis 24. Lebensmonat (U7)	35,35 €
01718P	Untersuchung im 46. bis 48. Lebensmonat (U8)	35,35 €
01719P	Untersuchung im 60. bis 64. Lebensmonat (U9)	35,35 €
01722P	Sonographische Untersuchung der Säuglingshöften entsprechend der Durchführungsempfehlung nach Anlage 5 der Kinder-Richtlinien	21,37 €
01723P	Untersuchung im 34. bis 36. Lebensmonat (U7a), ab 01.07.2008	40,11 €

(5) die **Beratung** gemäß § 4 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) 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 G-BA zur zu Früherkennungsuntersuchungen für nach dem 1. April 1987 geborene Frauen	14,58 €

## 2.19 Vertrag zu einem Modellvorhaben nach § 63 SGB V zur Optimierung der Arzneimittelversorgung in Sachsen und Thüringen (Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen - ARMIN)

Zum 01.04.2014 ging mit der **Arzneimittelinitiative Sachsen-Thüringen „ARMIN“** ein Modellvorhaben der Kassenärztlichen Vereinigungen und Apothekerverbände in Sachsen und Thüringen an den Start, welches gemeinsam mit der AOK PLUS entwickelt wurde und die Qualität und Wirtschaftlichkeit der Arzneimittelversorgung in den beiden Regionen verbessern soll. Das innovative Versorgungsangebot **soll eine sichere und korrekte Einnahme der Medikamente fördern und die Therapietreue von chronisch kranken Patienten verbessern.**

Die Teilnahme am Modellvorhaben „ARMIN“ ist für alle Ärzte, Apotheker und AOK PLUS-Versicherte in Sachsen und Thüringen freiwillig.

**Teilnehmen können ab sofort alle Haus- und Fachärzte**, welche über die nötigen vertraglich geregelten Voraussetzungen verfügen, in dem sie eine Teilnahmeerklärung ausfüllen und diese an die KV Sachsen (KVS) schicken. Der Arzt erklärt sich damit für die Teilnahme am gesamten Modellvorhaben bereit.

**Versicherte können voraussichtlich ab dem 01.01.2015 eingeschrieben werden.**

**ARMIN wird stufenweise umgesetzt und basiert auf 3 Modulen:** Wirkstoffverordnung, Medikationskatalog und Medikationsmanagement.

Nach einem Informations- und Einschreibequartal soll zum 01.07.2014 die **Wirkstoffverordnung** starten.

Ziel ist es, den Fokus des Patienten primär auf den Wirkstoff statt auf das Fertigarzneimittel zu legen. Dazu wurden knapp 200 Arzneistoffe nach fachlicher Bewertung ausgewählt, die eine wesentliche Relevanz in der hausärztlichen Versorgung haben und hinsichtlich der Substitution als unkritisch eingeschätzt wurden.

Gleichzeitig, zum 01.07.2014, werden den Ärzten für bestimmte Krankheiten Therapieempfehlungen in einem **Medikationskatalog** zur Verfügung gestellt. Dieser soll dem Arzt eine zusätzliche Hilfestellung in seinem PVS anbieten, um die Auswahl optimaler Wirkstoffe zur Behandlung von Erkrankungen zu unterstützen. Er listet evidenzbasiert Standard- und Reservewirkstoffe sowie nachrangig zu verordnende Wirkstoffe für wichtige Indikationen der Grundversorgung auf.

Zeitlich versetzt, voraussichtlich ab 01.01.2015, wird das **Medikationsmanagement** als letzte Stufe an den Start gehen. Wesentlicher Bestandteil davon ist das Ausstellen eines jeweils aktuellen und vollständigen Medikationsplanes für chronisch kranke Patienten, die dauerhaft mehr als fünf Arzneimittel gleichzeitig einnehmen müssen. Unter anderem aus Gründen des Datenschutzes müssen die Patienten dazu in das Modellvorhaben eingeschrieben werden. Für sie erhöht sich durch „ARMIN“ die Therapiesicherheit, das Risiko von Einnahmefehlern wird vermindert. Arzt und Apotheker übernehmen gemeinsam die kontinuierliche Betreuung der AOK PLUS-Versicherten. Um Leistungen dieser 3. Stufe abrechnen zu können, ist die Teilnahme an einer gesonderten Informationsveranstaltung nötig.

**Für die zusätzlich nötigen Patientenberatungen** durch die Wirkstoffverordnung und Umstellungen i. R. des Medikationskataloges **sowie für das zeitintensive Medikationsmanagement erhalten Ärzte** und Apotheker **eine angemessene Vergütung.**

**Voraussetzung für die Teilnahme** ist die Integration einer IT-Vertragsschnittstelle ins PVS (gemäß Anlage 2) und die Anbindung an das KV-SafeNet (steht nicht mit der Firma SafeNet, Inc., USA, in firmenmäßiger o. vertraglicher Verbindung) als gesicherte Austauschplattform. Die IT-Vertragsschnittstelle ist für die Umsetzung der Stufen 1 u. 2 nötig. **Ärzte, deren Softwarehersteller die IT-Vertragsschnittstelle noch nicht anbieten, können unter der Auflage, dass die Implementierung im Quartal nach Verfügbarkeit gegenüber der KVS nachgewiesen wird, trotzdem ab sofort an „ARMIN“ teilnehmen.**

Der KV-SafeNet-Anschluss wird in der 3. Stufe benötigt, dient der Erstellung und Prüfung eines Medikationsplanes und ist zur Gewährleistung des Datenschutzes der Patienten und der betreuenden Leistungserbringer vor unberechtigten Zugriffen Dritter (z. B. Krankenkasse, nicht autorisierte Leistungserbringer) geschützt.

Der Einsatz der IT-Vertragsschnittstelle und der dafür notwendigen IT-Infrastruktur ist vor allem zu Beginn mit einem erhöhten finanziellen, administrativen und organisatorischen Mehraufwand in der Praxis verbunden – dieser wird über eine **einmalige gesonderte Strukturpauschale (SP)** teilweise ausgeglichen.

Die SP beträgt in Abhängigkeit des Teilnahmebeginns an „ARMIN“ für Ärzte

- mit einem Teilnahmebeginn bis zum 30.09.2014: 1.500 EUR
- mit einem Teilnahmebeginn ab dem 01.10.2014 bis zum 31.12.2014: 1.000 EUR
- mit einem Teilnahmebeginn ab dem 01.01.2015 bis zum 31.03.2015: 500 EUR

Ärzte mit einem Teilnahmebeginn nach dem 31.03.2015 haben keinen Anspruch auf eine SP, außer sie haben erst nach Vertragsbeginn und spätestens bis zum 31.12.2015 eine vertragsärztliche Tätigkeit in Sachsen oder Thüringen aufgenommen. Über die Höhe der SP in diesen Fällen entscheiden KV und AOK PLUS im Einzelfall.

Die SP wird einmal je Praxis vergütet, auch wenn mehrere Ärzte einer Praxis am Modellvorhaben teilnehmen. Existieren für die Praxis weitere Betriebsstätten, wird die SP zusätzlich für eine weitere Betriebsstätte in Höhe von 50% der o. g. Beträge vergütet.

Ärzte, die aufgrund der gleichzeitigen Teilnahme an mindestens einem Selektivvertrag der AOK PLUS bereits verpflichtet sind, die IT-Vertragsschnittstelle zu nutzen, erhalten jeweils 50% der o. g. Beträge.

Die SP wird unter Vorlage des Nachweises über die erfolgte Installation der IT-Vertragsschnittstelle bei der KVS beantragt, die Auszahlung ist erst nach erfolgter Installation möglich und erfolgt zur nächsterreichbaren Honorarabrechnung. Der Nachweis muss spätestens bis zum Ende des Modellvorhabens der KVS vorliegen. Danach ist eine Beantragung und Auszahlung der SP ausgeschlossen.

Sollte die Teilnahme eines Arztes innerhalb eines Jahres nach seiner Einschreibung aus von ihm zu vertretenden Gründen enden, ist die von ihm erhaltene SP an die KVS zurückzuerstatten. Bei Übernahme einer teilnehmenden Praxis kann die SP nicht erneut abgerechnet werden. Die Rückerstattungspflicht entfällt in diesem Fall.

**Weitere Informationen** finden Sie unter [www.arzneimittelinitiative.de](http://www.arzneimittelinitiative.de)



### 5.1.5 Kennzeichnung der Chroniker-Pauschale bei Hausarztwechsel, ab 01.10.2013

Wechselt ein chronisch kranker Patient seinen Hausarzt und fanden die zur Berechnung der Chroniker-Pauschale notwendigen Arzt-Patienten-Kontakte (gemäß Präambel zum Abschnitt 3.2.2 bzw. 4.2.2) in der Praxis des bisher betreuenden Hausarztes statt, kann die jeweilige Chroniker-Pauschale auch von dem die Betreuung übernehmenden Hausarzt abgerechnet werden.

Die **Kennzeichnung erfolgt** in diesem Fall mit dem Buchstaben „H“.

Chroniker-Pauschale	Zuschlag zur Versichertenpauschale ...	Kennzeichnung bei Hausarzt-Wechsel
03220	03000 ... für die (intensive) Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung	03220H
03221		03221H
04220	04000 - jeweils einmal im Behandlungsfall	04220H
04221		04221H

**Übernimmt ein Hausarzt die Praxis eines anderen Hausarztes**, müsste der übernehmende Hausarzt die Chroniker-Pauschale für alle übernommenen chronisch kranken Patienten mit dem Buchstaben „H“ kennzeichnen. Diese Kennzeichnung müsste mindestens 4 Quartale lang erfolgen, dann wäre ein chronisch kranker Patient in der Praxis des übernehmenden Hausarztes als solcher erkennbar.

Nach den 4 Quartalen muss die Kennzeichnung der Chronikerpauschale mit dem Buchstaben „H“ durch den Arzt wieder entfallen.

### 5.1.6 Besondere Kennzeichnung der GOP 32035 bis 32039 bei Erbringung im Eigenlabor im Akut- bzw. Notfall, ab 01.04.2005

Werden in Akut- bzw. Notfällen Leistungen entsprechend der Gebührenordnungspositionen 32035 bis 32039 als Einzelbestimmungen im Eigenlabor erbracht, sind diese gemäß EBM einzeln berechnungsfähig, d. h. nicht nach den Komplexuntersuchungen nach GOP 32120 ff.

Die GOP 32035 bis 32039 sind daher in diesen Fällen mit „E“ zu kennzeichnen.

GOP	Kennzeichnung in Akut- bzw. Notfällen bei Erbringung als Einzelbestimmungen im Eigenlabor
32035	32035E
32036	32036E
32037	32037E
32038	32038E
32039	32039E

### 5.1.7 Besondere Kennzeichnung der Nrn. 32137 und 32140 bis 32148 im ersten oder zweiten Quartal einer Substitutionsbehandlung, ab 01.04.05

Für die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 sieht der EBM eine Höchstwertregelung je Behandlungsfall mit zwei unterschiedlichen Höchstwerten vor:

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

Damit durch die KV der höhere Höchstwert ermittelt werden kann, sind die Gebührenordnungspositionen 32137 und 32140 bis 32148 vom abrechnenden Arzt jeweils **mit dem Buchstaben „S“** zu kennzeichnen, wenn die Untersuchungen im ersten oder zweiten Quartal einer Substitutionsbehandlung Opiatabhängiger durchgeführt werden.

Für abgerechnete Leistungen nach den GOP 32137 und 32140 bis 32148 ohne „S“ gelangt der niedrigere Höchstwert zur Anwendung.

Sofern **Überweisungen** zur Erbringung der Leistungen nach den GOP 32137 und 32140 bis 32148 im ersten oder zweiten Quartal erfolgen, hat der überweisende Arzt den durchführenden Arzt im Rahmen der Auftragserteilung auf Muster 10 über das Vorliegen dieser Voraussetzung durch die Angabe **„Erstes oder zweites Quartal der Substitution“** zu informieren, damit der durchführende Arzt die GOP mit „S“ abrechnen kann.

Ab dem dritten Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung (HW 32138)	Im ersten oder zweiten Quartal der Substitutionsbehandlung (HW 32139)	Leistungsdefinition
32137	32137S	Buprenorphinhydrochlorid
32140	32140S	Amphetamin/Metamphetamin
32141	32141S	Barbiturate
32142	32142S	Benzodiazepine
32143	32143S	Cannabinoide (THC)
32144	32144S	Kokain
32145	32145S	Methadon
32146	32146S	Opiate (Morphin)
32147	32147S	Phencyclidin (PCP)
32148	32148S	Quantitative Alkohol-Bestimmung in der Atemluft

### 5.1.15 Bewertung der Gebührenordnungsposition 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. 10,13 Cent/Punkt)

Arztgruppe	Bewertung	
	Punkte	€
Allgemeinärzte, Praktische Ärzte, Hausärztliche Internisten	17	1,72
Anästhesisten	5	0,51
Chirurgen	4	0,41
Frauenärzte	11	1,11
Hautärzte	2	0,20
HNO-Ärzte	2	0,20
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	6	0,61
Nervenärzte, Neurologen, Ärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	2	0,20
Notfallärzte	2	0,20
Orthopäden, Ärzte für Physikalische und Rehabilitative Medizin	2	0,20
Nuklearmediziner	16	1,62
Radiologen	2	0,20
Strahlentherapeuten	7	0,71
Urologen	25	2,53
Fachärztliche Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)	18	1,82
Fachärztliche Internisten mit Schwerpunkt (Teilgebiet) ...		
... Angiologie	9	0,91
... Endokrinologie	28	2,84
... Gastroenterologie	12	1,22
... Hämatologie und Internistische Onkologie	85	8,61
... Kardiologie	7	0,71
... Nephrologie	58	5,88
... Pneumologie	7	0,71
... Rheumatologie	46	4,66

*... je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungsfällen mit Auftragsleistungen*

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

### **5.1.16 Aufnahme von ärztlichen Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie im Rahmen von Methicillin-resistentem Staphylococcus aureus (MRSA) in den EBM**

Die **bisher** (seit 01.04.2012) **gültige Vergütungsvereinbarung** für ärztliche Leistungen zur Diagnostik und ambulanten Eradikationstherapie von Trägern mit dem Methicillin-resistenten Staphylococcus aureus (**MRSA**) in der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 87 Abs. 2a SGB V war bis zum 31.03.2014 befristet und wurde mit Beschluss des Bewertungsausschusses nach § 87 Abs. 1 Satz 1 SGB V (323. Sitzung am 25.03.2014) **zum 1. April 2014 in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) überführt**.

Dafür wurde ein **neuer EBM-Abschnitt 30.12** „Spezielle Diagnostik und Eradikationstherapie im Rahmen von MRSA“ aufgenommen, in dem die 9 neuen Gebührenordnungspositionen (GOP) der MRSA-Leistungen aufgeführt sind.

Die Vergütungsregelung wird fortgeführt (feste Preise ohne Mengenbegrenzung außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung), diese Regelung ist allerdings erneut auf zwei Jahre befristet.

Die **Abrechnung ist weiterhin an konkrete Voraussetzungen** gebunden. Diese werden künftig in einer Qualitätssicherungsvereinbarung MRSA geregelt, die jedoch noch nicht in Kraft getreten ist. Deshalb gelten zunächst die bestehenden Anforderungen weiter, die jetzt **im Anhang zum EBM-Abschnitt 30.12** (vormals Anhang zur Vergütungsvereinbarung MRSA) zu finden sind.

**Voraussetzung für die Berechnung** der neuen GOP des Abschnitts 30.12 **ist weiterhin eine Genehmigung der Kassenärztlichen Vereinigung (KV)**.

Vertragsärzte, die die neuen GOP berechnen wollen, müssen wie bisher eine Zusatzausbildung „Infektiologie“ und/oder eine „MRSA“-Zertifizierung durch die KV vorweisen.

Eine Ausnahme sind die Laborziffern 30954 und 30956 - Voraussetzung für deren Berechnung ist eine Genehmigung der KV für den Abschnitt 32.3.10 EBM.

Der o. g. Beschluss des Bewertungsausschusses (323. Sitzung) sowie der Anhang zum Abschnitt 30.12 EBM wurden im Deutschen Ärzteblatt, Jg. 111, Heft 15 vom 11.04.2014 veröffentlicht.

Umfangreiche **Informationen** der Kassenärztlichen Bundesvereinigung zum Thema „MRSA“, wie z. B. „MRSA - Hintergrund“, „Diagnostik und Behandlung“, „Abrechnung“, „MRSA - Fortbildung“, zur „Anschlussregelung MRSA-Vergütungsvereinbarung“ sowie Merkblätter für Patienten finden sich unter [www.mrsa-ebm.de](http://www.mrsa-ebm.de) bzw. [www.kbv.de/html/mrsa.php](http://www.kbv.de/html/mrsa.php).

Weitere Informationen sind auf den Seiten des Robert Koch-Instituts ([www.rki.de](http://www.rki.de)) sowie bei den MRSA-Netzwerken ([www.mrsa-net.org](http://www.mrsa-net.org)) zu finden.

### 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
01100, 01101	5006	Um-Uhrzeit	Die <b>Uhrzeitangabe</b> hinter der GOP ... ist ab dem Quartal IV/2013 Abrechnungsvoraussetzung.
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.
09364	5026 (*)	Entlassungsdatum	... ist <b>nur</b> in einem Zeitraum von 28 Tagen <b>nach stationärer operativer Behandlung</b> berechnungsfähig, das <b>Datum der Entlassung</b> ist ... anzugeben
09365			
11320 (-X)	5070	OMIM-G-Kode d. unters. Gens	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. Sollte der OMIM-Kode (Gen/Erkrankung) nicht im PVS hinterlegt sein, ist alternativ ein Ersatzwert („999999“) einzugeben. Die Angabe ist dann in d. Freitextfeldern (5072/5073) näher zu erläutern.
11321 (-X)	5071	OMIM-P-Kode (Art d. Erkrank.)	
	und ggf. 5072	und ggf. Gen-Name	
11322 (-X)	5073	Art d. Erkrank.	
GOP des Abschnitts 11.4	5002 oder 5009	Art der Unters. oder freier Begr.-T.	Die Berechnung ... setzt die <b>Angabe</b> voraus, <b>ob</b> die Leistung <b>als diagnostischer, prädiktiver oder als vorgeburtlicher Test</b> erbracht wurde.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-Kennung	Feld-Bezeichnung	Begründung
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 d. <b>untersuchten Organe(s)</b>
19320 (-A, -K)	5002 oder 5009	Art der Unters. oder freier Begr.-T.	...unter Angabe der Art d. <b>antigenen Zielstruktur</b>
19321			...unter Angabe der Art des <b>Rezeptors</b>
30720			...nur bei Angabe des betr. Nerven o. Ganglions ...
20364	5026 (*)	Entlassungs- datum	... ist <b>nur</b> in einem Zeitraum von 28 Tagen <b>nach stationärer operativer Behandlung</b> berechnungsfähig, das <b>Datum der Entlassung</b> ist ... anzugeben
20365			
30706	5016 oder 5009	Name d. Arztes oder freier 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 d. 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).

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

GOP des EBM / Abr.-Nrn. der Verträge	Feld- Kennung	Feld- Bezeichnung	Begründung
01422, 01424, Leistungen des Abschnitts 1.7.4 EBM „Mutterschaftsvorsorge“ (01770 bis 01816), 03220, 03221, 03360, 03362, 04220, 04221, 04355, 04433 (-I), 07345, 08345, 09345, 09364, 10345, 10350, 13435 (-I), 13675 (-I), 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 20364, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 30942, 30944, 30950, 34505, 34600	6001	ICD-Code	Die <b>Angabe der Diagnose</b> nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung ...  bzw.
04355, 04433 (-I), 07345, 08345, 09345, 09364, 10345, 10350, 13435 (-I), 13675 (-I), 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 20364, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 30942, 30944, 30950, 34505, 34600	6003	Diagnosen- sicherheit	Die GOP/Nr./ ... ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Erkrankungen berechnungsfähig ...
13435 (-I), 13675 (-I), 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 20364, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30790, 30791, 30942, 30944, 30950, 34505, 34600	6008	Diagnosen- ausnahme- tatbestand	
30401, 30790, 30791, 30942, 30944, 30950, 34505, 34600  <b>Abr.-Nrn. der Verträge:</b> Diabetes-Vereinbarung Sachsen DFS Sachsen: 98313M DMP Diabetes m. Typ 2 DMP Diabetes m. Typ 1 DMP KHK DMP Asthma bronchiale DMP COPD DMP Brustkrebs PsycheAktiv Sachsen RheumaAktiv Sachsen UlzeraCvi Sachsen	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
Diabetes-Vereinbarung Sachsen DFS Sachsen: 98313M DMP Diabetes m. Typ 2 DMP Diabetes m. Typ 1 DMP KHK DMP Asthma bronchiale DMP COPD DMP Brustkrebs PsycheAktiv Sachsen RheumaAktiv Sachsen UlzeraCvi Sachsen	3674	Diagnosen- sicherheit Dauerdiagnose	

