KVS

KASSENÄRZTLICHE VEREINIGUNG SACHSEN
KÖRPERSCHAFT DES ÖFFENTLICHEN RECHTS

Abrechnungshinweise der KV Sachsen

für das 3. Quartal 2023

in der Fassung vom 29.09.2023

Diese Gesamtausgabe der Abrechnungshinweise ersetzt die Ihnen als Beilage der KVS-Mitteilungen 02/2016 zur Verfügung gestellten „Abrechnungshinweise der KV Sachsen“, Stand 01.01.2016, sowie alle bisherigen Austauschseiten vollständig.

Wesentliche inhaltliche Änderungen gegenüber der vorherigen Fassung sind grau unterlegt, bei komplett neuen Sachverhalten ist in der Regel nur die Überschrift grau unterlegt.

Die enthaltenen Abrechnungsbestimmungen unterliegen ständigen Änderungen.

Die jeweils aktuellste Fassung der Abrechnungshinweise ist auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter „Dokumente“ als Datei (*.pdf) zu finden: > Für Praxen > Honorar und Abrechnung > Allgemeine Informationen.

Abrechnungshinweise der KV Sachsen, Fassung vom 29.09.2023

Die Abrechnungshinweise gibt es nur noch als Gesamtausgabe als *.pdf.

Die früher veröffentlichten „Austauschseiten“ werden ersetzt durch die folgende **Übersicht über die wesentlichsten Änderungen gegenüber der vorherigen Fassung**.

im …	Kurzbeschreibung der Änderung(en)
1. Teil	**Zuzahlungen und Kennzeichnungen**
1.3	Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS)…: **Anpassungen bzw. Ergänzungen zum „TSS-Terminfall“**
2. Teil	**Regionale Vereinbarungen**
2.1.1	**Vertrag über eine erweiterte Diabetes-Vorsorge („Check-up PLUS“)** mit der AOK PLUS: **3. Nachtrag ab 01.07.2023** (Aktualisierung d. Anlagen 1 u. 2)
2.4.2	**Rahmenvertrag inklusive zugehöriger Anlage 1** über Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele **zur Förderung der Qualität sowie der bedarfsgerechten u. wirtschaftlichen Versorgung onkologischer Patienten mit der AOK PLUS: 4. Nachtrag ab 01.01.2023** (Entfall der Wirtschaftlichkeitsziele/-boni A1, A2 u. B)
2.12.1	Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen: **Änderungen bzgl. der COVID-19-Impfung(en)**
2.12.4	**COVID-19-Schutzimpfungen** in Arztpraxen: bis zum 07.04.2023 **seit 08.04.2023 als Bestandteil der Regelversorgung – siehe Punkt 2.12.1**
2.13.1	**Prüfungsvereinbarung: 6. Nachtrag ab 01.07.2023**
2.14.2	Abrechnung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst: **Ergänzung der Möglichkeit mehrere Konsultationen in einem sehr kurzen Zeitabstand nacheinander mithilfe eines Multiplikators** zur Nr. 99994 **abzurechnen**
2.16.1	**Übersicht der Abrechnungs-Nummern für die DMP:** **Ergänzung der u. g. neuen Nrn. für die DMP Asthma und COPD**
2.16.5	**DMP Asthma**: i. R. d. ab 01.04.2023 geltenden Nachtrages: **neue Leistung (Nrn. 99350I/-J)** „Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik“ **ab 01.07.2023**
2.16.6	**DMP COPD:** i. R. d. ab 01.04.2023 geltenden Nachtrages: **neue Leistung (Nr. 99360I)** „Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik“ **ab 01.07.2023**
2.20.4	**Vertrag „Hallo Baby“** zur besonderen Versorgung … mit BKKn: **7. Nachtrag mit Wirkung ab 01.07.2023**
2.28	**Förderung ausgewählter Leistungen** **Förderungen gemäß MGV-Vereinbarung 2023**: 2. Nachtrag ab 01.04.2023: Entfall bzw. Änderungen der Förderungen für FÄ für Kinder- u. Jugendmedizin; **Förderungen gemäß HVM**: Folgeänderungen der unquotierten Vergütung von Leistungen des Kapitel 4 EBM der FÄ f. Kinder- u. Jugendmedizin, ab 01.04. 2023
2.99.1	**Vertrag über das Einholen von Unterlagen und Auskünften** d. behandelnden Arztes im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI **durch den MDK Sachsen: Vertrag wird zum 30.09.2023 beendet**

3. Teil	**Vorstandsbeschlüsse**
3.9	**Behandlung von Erwachsenen durch FÄ für Kinder- und Jugendmedizin:** Ergänzung, dass durch die KVS eine automatische Prüfung der aufgeführten Ausnahmetatbestände erfolgt, **ein vorheriger Antrag auf Genehmigung bzw. eine vorherige Begründung** zur Abrechnung von Leistungen der Behandlung erwachsener Patienten **ist nicht notwendig**
5. Teil	**Sonstiges**
5.1.17	Elektronischer Arztbrief (**eArztbrief**): **GOP 01660 ist zum 01.07.2023 entfallen**
5.1.26	<u>entfallen:</u> Kostenpauschale für die **Übersendung einer AU-Bescheinigung bzw. Verordnung/Überweisung** an den Patienten **bei telefonischer Anamnese** (Sonderregelung Corona), ab 01.07.2020 **bis 31.03.2023** <u>dafür:</u> **COVID-19-Therapie u. Prophylaxe mit antiviralen Medikamenten**
5.1.27	<u>entfallen:</u> **COVID-19-Therapie und Prophylaxe mit monoklonalen Antikörpern** (MAKV) **bzw. antiviralen Medikamenten** (Paxlovid): **nur bis 07.04.2023** <u>dafür:</u> **Kennzeichnung für die Berechnung im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene**
5.1.30	**Neu: Kennzeichnung von Bronchoskopien im Rahmen der Potential-erhebung** gemäß § 5 AKI-RL **zur außerbudgetären Vergütung**
5.3	<u>Tabelle 1</u> (Begründung generell notwendig): **Ergänzung zur GOP 86700** (Angabe der 8-stelligen PZN der DiGA erforderlich); **Änderung des Nrn.-Bereiches der COVID-19-Impfungen**: 88331A bis 88342X; <u>Tabelle 2</u> (Begründung in besonderen Fällen notwendig): **Ergänzung GOP 08622:** bei med. Notwendigkeit im KHF max. 4x berechnungsfähig; **Ergänzung der neuen GOP 32818:** nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von CMV; <u>Tabelle 3</u> (Angabe der Diagnose(n) als Begründung in Pflichtfeldern notwendig): ---

Inhaltsverzeichnis

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

1.1 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln

1.2 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung

1.3 Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) oder den Haus- bzw. Kinderarzt, offene Sprechstunde und Neupatientenregelung

2. Teil Regionale Vereinbarungen

2.1 Diabetes-Vorsorge und -Diagnostik

2.2 Diabetes-Vereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen

2.3 Vertrag gemäß § 140a SGB V „Besondere Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)“ mit der AOK PLUS

2.4 Verträge zur Versorgung onkologischer Patienten

2.5 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

2.6 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten

2.7 Durchführungsvereinbarung über die Kostenerstattung nach § 22 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) im vertragsärztlichen Bereich

2.8 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention

2.9 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, Abrechnung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

2.15 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

2.16 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)

2.17 Vertrag gemäß § 140a SGB V zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen) mit der AOK PLUS

2.18 Verträge über die Durchführung zusätzlicher (Früherkennungs-) Untersuchungen für Kinder und Jugendliche

2.19 Vertrag über zusätzliche Leistungen der künstlichen Befruchtung (Satzungsleistungen nach § 11 (6) SGB V) mit der AOK PLUS

2.20 Vereinbarungen zur Verringerung der Anzahl bzw. zur Vermeidung von Frühgeburten

2.21 - unbesetzt -

2.22 Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS

2.23 Vertrag zur Durchführung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ nach § 43 SGB V mit der AOK PLUS

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

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

2.28 Förderung ausgewählter Leistungen

2.29 Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung nach § 140a SGB V mit der IKK classic

2.30 Verträge über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)

2.31 Verträge zur Durchführung von ärztlichen Untersuchungen von Lehrkräften mit dem LaSuB

2.32 Vertrag auf der Grundlage des §140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

2.33 Vertrag nach § 140a SGB V über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung in der kinderendokrinologischen/-diabetologischen Behandlung mit der AOK PLUS „KinderEndo PLUS“

2.99 Sonstiges

3. Teil Vorstandsbeschlüsse

3.1 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

3.2 Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen

3.3 Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (GOPen 35111 bis 35719) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen

3.4 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger)

3.5 Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarung

3.6 Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen

3.7 Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall

3.8 Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3.9 Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

3.10 Belegarzt-Vergütung

3.11 Abrechnung Empfängnisregelung

3.12 Ausschluss hausärztlicher Gesprächsleistungen neben anderen Gesprächsleistungen

3.13 Abrechnung von delegationsfähigen Leistungen

3.14 Abrechnung kurativer Leistungen bei ausschließlich präventiven Diagnosen

4. Teil Beschlüsse und Feststellungen

5. Teil Sonstiges

5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften

5.2 Besondere Erklärungen, die gemäß EBM mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind

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

5.4 Abrechnungsbesonderheiten in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren

5.5 Abrechnung Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

1. Teil Zuzahlungen und Kennzeichnungen

1.1 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln

1.2 Zuzahlungen, Kennzeichnung von Leistungen der künstlichen Befruchtung

1.3 Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) oder den Haus- bzw. Kinderarzt, offene Sprechstunde und Neupatientenregelung

1.1 Zuzahlungsbeträge für die Abgabe von Heilmitteln, ab 01.04.2023

Für einzelne Heilmittelleistungen (wie Massagetherapie, Atem- oder Krankengymnastik), die in Arztpraxen erbracht und abgerechnet werden, sind nach § 32 Abs. 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.

GOP (gemäß Kodierungs-tabelle der KBV)	**Durch den Arzt vom Patienten einzubehaltende Zuzahlungsbeträge** Primär-/Ersatzkassen, Bundesvertriebenengesetz (BVFG), Bundespolizei (BPOL), Ausländ. Sozialversicherungs-Abkommen	**Kennzeichnung bei Zuzahlungsbefreiung** nur für u. g. Personenkreis
30400	**1,91 €**	30400A
30402	**2,97 €**	30402A
30410	**2,61 €**	30410A
30411	**1,17 €**	30411A
30420	**2,61 €**	30420A
30421	**1,17 €**	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, Asylbewerber (mit eingeschränktem Leistungsanspruch auf Krankenbehandlungsschein), Postbeamtenkrankenkasse A, Bundeswehr, Heilfürsorge Polizei, Heilfürsorge Feuerwehr, Justizvollzugsanstalten, BVG, BEG.

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

Bitte beachten Sie weiterhin, dass bei Schwangerschaftsbeschwerden und im Zusammenhang mit der Entbindung Regelungen, die für die Versorgung mit Heilmitteln (sowie mit Arznei-, Verband- und Hilfsmitteln) eine Zuzahlung der Versicherten vorsehen, keine Anwendung finden (Mutterschafts-Richtlinien, Punkt G).

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 damit genehmigten Kosten der Maßnahmen, die bei ihrem Versicherten durchgeführt werden. Ein Eigenanteil von 50 % 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 entspr. zu kennzeichnen.** Sie werden mit dem 50%igen Wert vergütet. Der verbleibende Anteil von 50 % ist dem Versicherten in Rechnung zu stellen.

Gemäß der Empfehlung des Bewertungsausschusses zu den Leistungen der künstlichen Befruchtung gemäß § 27a SGB V (im Zusammenhang mit dem Beschluss zur Weiterentwicklung der humangenetischen Leistungen, jeweils mit Wirkung zum 1. Juli 2016) handelt es sich dabei um folgende Leistungen:

mit „X“ gekennzeichnete Gebührenordnungspositionen des EBM (Wert 50 % - Zuzahlung)	
Maßnahmen nach: 10.1 Insemination im Spontanzyklus 10.2 Insemination nach horm. Stimulation 10.3 IVF mit Embryotransfer 10.4 Intratubarer-Gameten-Transfer 10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	
01510X	**08535X**
01511X	**08536X**
01512X	**08537X**
	08538X
02100X	**08539X**
02341X	**08540X**
05310X	**08550X**
05330X	**08555X**
05340X	**08558X**
05341X	
05350X	**08575X**
	08576X
08510X	
08530X	
08531X	

mit „X“ gekennzeichnete Gebührenordnungspositionen des EBM (Wert 50 % - Zuzahlung)	
Maßnahmen nach: 10.1 Insemination im Spontanzyklus 10.2 Insemination nach horm. Stimulation 10.3 IVF mit Embryotransfer 10.4 Intratubarer-Gameten-Transfer 10.5 Intracytoplasmatische Spermieninjektion (ICSI)	
11301X	**32354X**
11302X	**32356X**
11351X	**32357X**
11352X	**32575X**
11501X	**32614X**
11502X	**32618X**
11503X	**32660X**
11506X	**32781X**
11508X	
	33043X
31272X	**33044X**
31503X	**33090X**
31600X	
31608X	**36272X**
31609X	**36503X**
31822X	**36822X**

* Gemäß einer Information des Bundesministeriums der Verteidigung über **Änderungen bei der Kostenübernahme für Maßnahmen der künstlichen Befruchtung bei Soldatinnen und Soldaten** wurden durch das 7. Besoldungsänderungsgesetz die Ansprüche der Soldaten und Soldatinnen an die der gesetzlich Krankenversicherten, geregelt in § 27a SGB V, angeglichen. **Die Bundeswehr übernimmt ab dem 1. Januar 2016 für entspr. Leistungen nur noch 50 % der Kosten** und nicht mehr wie bisher 100 %.

Die bisher geltenden Besonderheiten gegenüber den Richtlinien über künstliche Befruchtung des Gemeinsamen Bundesausschusses **wurden** gleichzeitig **abgeschafft**: Soldatinnen und Soldaten haben nun Anspruch auf alle in den Richtlinien genannten ärztlichen Maßnahmen.

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. Die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ des G-BA gelten auch für die Soldatinnen und Soldaten.

Krankenversicherungsnachweis:

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

1.3 Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS) oder den Haus- bzw. Kinderarzt, offene Sprechstunde und Neupatientenregelung

Ab 2020 musste das sächsische Modell zur „Förderung der Behandlung von Neupatienten“ aufgegeben werden, da es durch eine bundesweite Regelung zur Honorierung von Neupatienten durch das Terminservice- und Versorgungsgesetz (TSVG) abgelöst wurde. Durch den Gesetzgeber wurden verschiedene Maßnahmen ergriffen, damit gesetzlich Versicherte schneller einen Termin bei Ärzten oder Psychotherapeuten erhalten. Diese **Regelungen zur Terminvermittlung durch die Terminservicestellen (TSS)** der KVen **oder den Haus- bzw. Kinderarzt, die offene Sprechstunde und die Neupatientenregelung wurden** im Zusammenhang mit dem TSVG **zum 01.01.2023 überarbeitet**.

- **Wegfall der Neupatientenregelung**
  (extrabudgetäre Vergütung von Leistungen bei Neupatienten entfällt ab 01.01.2023);
- **Erhöhung der Pauschale für den Hausarztvermittlungsfall**
  für Haus- und Kinderärzte von 10 Euro **auf 15 Euro**;
- **Erhöhung der Zuschläge zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale**
  für Haus- und Fachärzte sowie Psychotherapeuten **für die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung durch die TSS**;
- **Abrechnung dieser Zuschläge** (außer Zuschlag im Akutfall) **durch Fachärzte** und Psychotherapeuten **nun auch bei Vermittlung durch den Haus- /Kinderarzt**

Hausarztvermittlungsfall

Haus-/Kinderärzte (HA/KA), **die für einen Patienten einen dringenden Termin** spätestens am 4. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten **vereinbaren**, erhalten zukünftig 15 Euro.

Das gilt auch bei einer Terminvermittlung nach dieser 4-Tage-Frist, wenn eine eigenständige Terminvereinbarung durch den Patienten (oder eine Bezugsperson) aufgrund einer med. Besonderheit nicht angemessen/zumutbar ist. Dies entscheidet der HA/KA.

Die med. Begründung ist durch den HA zu dokumentieren und bei einer Terminvermittlung ab dem 24. bis max. zum 35. Tag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit explizit in der Quartalsabrechnung anzugeben.

Fachärzte (FÄ) **und Psychotherapeuten** (PT), **die diesen Termin bereitstellen**, erhalten alle Untersuchungen u. Behandlungen in dem Quartal außerbudgetär, d. h. in voller Höhe, vergütet. Hinzu kommt ein außerbudgetärer Zuschlag von 100 %, 80 % oder 40 % zur Grund- (GP) oder Konsiliarpauschale (KP) bzw. zur Versichertenpauschale (VP) bei fachärztlich tätigen Kinderärzten.

Der Hausarztvermittlungsfall **sollte durch den behandelnden Hausarzt aus seiner eigenen medizinischen Verantwortung heraus ausgelöst werden**. Eine Vermittlung liegt allein im Ermessen des zuständigen HA und begründet sich durch med. Notwendigkeit.

Hinweise zur Terminvermittlung durch den Haus- bzw. Kinderarzt (HA/KA)

- Der HA oder KA **stellt für die Behandlung eine Überweisung aus**.
- Der HA oder KA bzw. ein beauftragter Praxismitarbeiter **vermittelt einen dringenden Termin** innerhalb von 4 Kalendertagen bzw. bis zum 35. Kalendertag nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit **bei einem Facharzt oder Psychotherapeuten**.
- Die **Vermittlungspauschale kann mehrfach abgerechnet werden**, wenn der Patient im selben Quartal zu mehreren Ärzten unterschiedlicher Fachgruppen vermittelt wird.
- Eine **Vermittlung an einen fachärztlich tätigen Kinderarzt** (im Rahmen einer fachärztlichen Behandlung, Kapitel 4.4 bzw. 4.5 EBM) ist möglich.
- Die **Vermittlungspauschale ist nicht berechnungsfähig**, wenn der vermittelte Patient, nach Kenntnis des vermittelnden Arztes, im selben Quartal bei einem Facharzt der gleichen Arztgruppe in der vermittelten Praxis bereits behandelt wurde.
- Eine **Terminvermittlung an Ärzte innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft** (BAG) **bzw. eines Medizinischen Versorgungszentrums** (MVZ) **ist nicht zulässig**.

Achtung: Kalendertag – nicht Werktag!
Wird die Behandlungsnotwendigkeit festgestellt, welche eine Terminvermittlung durch den HA zur Folge hat, sollte in diesem Zusammenhang auch **eine aktuelle Überweisung** ausgestellt werden. **Dem FA/Therapeuten**, an den vermittelt wurde, **sollte auch das Datum der Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit übermittelt werden**.

Ein Termin muss aus med. Gründen dringend erforderlich sein (keine Vorsorge-T.).

Hinweise zur Abrechnung durch den Haus- bzw. Kinderarzt (HA/KA)

- Abrechnung der **GOP 03008 bzw. 04008** (jeweils 15 €)
- **Angabe der BSNR der Facharztpraxis, an die vermittelt wurde**. Hierfür ist das Feld „BSNR des vermittelten Facharztes“ (**Feldkennung** (**FK**) **5003**) im PVS zu verwenden.
- **Angabe einer med. Begründung**, sofern der **vermittelte Termin am 24. Tag oder später** (max. bis zum 35. Tag) nach Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit liegt. (Hierfür das **Freitextfeld** (**FK 5009**) hinter der GOP 03008 bzw. 04008 verwenden)
- Abrechnungsauffälligkeit = wenn in einer Arztpraxis der Anteil der Fälle mit Abrechnung der GOPen 03008 bzw. 04008 (Zuschlag Terminvermittlung FA) > 15 %

Hinweise zur Abrechnung durch den Facharzt bzw. Psychotherapeuten

- **Anlegen des ÜW-Scheins** des HA- oder KA **im PVS**. Dabei ist insbesondere das **Ausstellungsdatum der Überweisung** korrekt zu erfassen (**Feldkennung 4102**).
- Auf **korrekte Erfassung der BSNR der überweisenden Praxis** ist zu achten.
- **Kennzeichnung des angelegten ÜW-Scheines als „HA-Vermittlungsfall“** unter „Vermittlungsart“ **im PVS**. Schon bei der Terminvereinbarung sollte notiert werden, dass der Patient als HA-Vermittlungsfall in die Praxis kommt und wann die Feststellung der Behandlungsnotwendigkeit war.
- **Abrechnung der GOP** „Zuschlag TSS-Terminvermittlung o. Hausarztvermittlungsfall“ der entspr. Fachgruppe gemäß EBM (siehe Tabelle: „Übersicht GOP „Zuschlag TSS-Terminvermittlung oder Hausarztvermittlungsfall“)
- **Kennzeichnung der GOP mit dem Buchstaben B, C oder D** (siehe Hinweise unter Tabelle: Übersicht GOP „Zuschlag TSS-Terminvermittlung o. Hausarztvermittlungsfall“)

TSS-Terminfall

Haus- u. Fachärzte sowie Psychotherapeuten erhalten die Behandlung aufgrund einer Terminvermittlung bis zum 35. Kalendertag durch die TSS außerbudgetär und damit **in voller Höhe vergütet und zusätzlich einen außerbudgetären Zuschlag** von 100 %, 80 % oder 40 % Prozent zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale in Abhängigkeit vom Zeitpunkt der Vermittlung. Die Zählung der Kalendertage beginnt dabei am Tag nach der Terminvermittlung durch die TSS.

Beispiel: Am 12.01. vermittelt die TSS einen Termin „23.01.“ = 11. Tag = Zuschlag v. 80 %

Hinweise zur Terminvermittlung durch die TSS

- **Patienten benötigen eine Überweisung mit Dringlichkeitscode**.
  Ausgenommen hiervon sind Terminvermittlungen bei Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten, Augenärzten, Gynäkologen und die Vermittlung zur psychotherapeutischen Sprechstunde (Erstgespräch).
- **Patienten müssen ihre Termine nicht selbst buchen**, auch eine sog. „Bezugsperson“ (auch ein Angehöriger o. der behandelnde Arzt) kann dies für sie übernehmen.
- **Ärzte können freie Termine im eTerminservice einstellen**, die von d. TSS, aber auch Patienten u. Bezugspers. gemäß d. Regularien der TSS gebucht werden können.
- **Über die TSS können Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern** (Abschnitt 1.7.1 EBM, außer Laborleistungen und GOP 01720) **vermittelt werden**. Hierzu können Kinder- u. Jugendmediziner, Hausärzte, Gynäkologen, Orthopäden, HNO-Ärzte sowie Phoniater eine gesonderte Zusatzpauschale abrechnen, aber am selben Behandlungstag keine kurative Leistung durchführen und keine Versicherten- o. Grundpauschale abrechnen.

Hinweise zur Abrechnung

- **Anlegen des Überweisungs- oder Abrechnungsscheins** (bei Hausärzten, Kinder- und Jugendärzten, Augenärzten, Gynäkologen und Psychotherapeuten) **im PVS**
- **Kennzeichnung des angelegten ÜW-Scheines als „TSS-Vermittlungsfall“** unter „Vermittlungsart“ **im PVS**. Schon bei der Terminvereinbarung sollte notiert werden, dass der Patient als TSS-Vermittlungsfall in die Praxis kommt und wann die Terminvermittlung erfolgte (**Datum der Terminvermittlung: FK4115**).
- **Abrechnung der GOP** „Zuschlag TSS-Terminvermittlung o. Hausarztvermittlungsfall“ der entspr. Fachgruppe laut EBM.

  Die Abrechnungsziffern sind dabei identisch zum Hausarztvermittlungsfall, es sind jedoch einige Fachgruppen hinzugekommen, welche in der nachfolgenden Übersicht gesondert gekennzeichnet sind.

Übersicht GOP „Zuschlag TSS-Terminvermittlung o. Hausarztvermittlungsfall“

Fachgruppe	GOP TSS- Verm.	GOP HA- Verm.
Kinder- und Jugendmedizin, Hausarzt, Gynäkologie, Orthopädie, HNO-Heilkunde sowie Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	01710	--
Hausarzt	03010	---
Kinder- und Jugendmedizin	04010	
Anästhesiologie	05228	
Augenheilkunde	06228	
Chirurgie	07228	
Gynäkologie	08228	
Hals-Nasen-Ohrenheilkunde	09228	
Dermatologie	10228	
Humangenetik	11228	
Innere Medizin ohne Schwerpunkt (SP)	13228	
Innere Medizin SP Angiologie	13298	
Innere Medizin SP Endokrinologie	13348	
Innere Medizin SP Gastroenterologie	13398	
Innere Medizin SP Hämatologie/Onkologie	13498	
Innere Medizin SP Kardiologie	13548	
Innere Medizin SP Nephrologie	13598	
Innere Medizin SP Pneumologie	13648	
Innere Medizin SP Rheumatologie	13698	
Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	14218	
Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie	15228	
Neurologie	16228	
Nuklearmedizin	17228	
Orthopädie	18228	
Sprach-, Stimm- und kindliche Hörstörungen	20228	
Psychiatrie und Psychotherapie	21236	
Nervenheilkunde und Neurologie und Psychiatrie	21237	
Psychosomatische Medizin und Psychiatrie	22228	
Ärztliche und Psychologische Psychotherapie	23228	
Kinder- und Jugendpsychotherapie	23229	
Radiologie	24228	
Strahlen-therapie … bei gutartiger Erkrankung	25228	
Strahlen-therapie … bei bösartiger Erkrankung oder raumfordernden Prozessen des ZNS	25229	
Strahlentherapie nach strahlentherap. Behandlung	25230	
Urologie	26228	
Physikalische und Rehabilitative Medizin	27228	
Schmerztherapie	30705	

Fachgruppe	GOP TSS- Verm.	GOP HA- Verm.
Ärzte, Institute und Krankenhäuser mit der Ermächtigung zur Erbringung von Leistungen …		
aus den folgenden Fachgebieten: Anästhesiologie, Frauenheilkunde und Geburtshilfe, Haut- und Geschlechtskrankheiten, Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie und Humangenetik	01322	
innerhalb mind. eines der nicht in der GOP 01320 aufgeführten Fachgebiete, mit Ausnahme d. Ärzte, die nach § 13 (4) BMV-Ä nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden	01323	

Kennzeichnung der GOP mit dem Buchstaben A, B, C oder D

Damit wird kenntlich gemacht, welcher Zuschlag in Abhängigkeit von der Termin-Vergabe gewährt werden soll. Die Buchstaben stehen dabei für
A: **nur bei TSS-Akutfall** (siehe unten): Zuschlag 200 %
B: Termin spätestens am 4. Tag: Zuschlag 100 %
C: Termin spätestens am 14. Tag: Zuschlag 80 %
D: Termin spätestens am 35. Tag: Zuschlag 40 %

Beispiel:
Ein Chirurg, der einen von der TSS/HA vermittelten Patienten 10 Tage nach Vermittlung durch die TSS/HA behandelt, rechnet die GOP 07228C ab.
Den Rest sollte dann das PVS übernehmen, d. h. es würde die angegebene GOP automatisch und für die Praxis nachvollziehbar durch die altersklassenspezifische GOP für den Zuschlag zur Grund- o. Konsiliarpauschale ersetzen.

Sonderfall TSS-Akutfall

Dabei handelt es sich **um einen TSS-Vermittlungsfall, bei dem die Behandlung spätestens am Folgetag der Vermittlung durchgeführt wird**. Dafür wird ein **Zuschlag von 200 %** zur Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale gewährt.

Dies gilt allerdings nur dann, wenn sich der Patient an die Tel.-Nr. 116 117 gewandt und die dortige Ersteinschätzung die Dringlichkeit der Behandlung bestätigt hat.

Hinweise zur Abrechnung:

- **Anlegen eines Abrechnungsscheines** im PVS
- **Kennzeichnung des angelegten Überweisungsscheines als „TSS-Akutfall“** unter „Vermittlungsart“ **im PVS**.
- **Abrechnung der GOP** „Zuschlag TSS-Terminvermittlung o. Hausarztvermittlungsfall“ der entspr. Fachgruppe lt. EBM analog des TSS-Vermittlungsfall.
- **Kennzeichnung der GOP mit dem Buchstaben A**
  (Kennzeichnung „TSS-Akutfall“, A: Termin spätestens am Folgetag = Zuschlag 200 %)

Beispiel:
Ein Chirurg, der von der TSS einen Akutfall vermittelt bekommt und diesen am Folgetag nach der Vermittlung behandelt, rechnet die die GOP 07228A ab.

Sonderfall fachübergreifende Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) u. MVZ

In fachübergreifenden BAG o. MVZ **erhalten nur die Fachgruppen eine außerbudgetäre Vergütung plus Zuschlag, für die die TSS oder der Haus- bzw. Kinderarzt einen Termin** für den Patienten **vermittelt hat**.

Sucht der Patient im selben Quartal einen Arzt einer anderen Fachgruppe in der Praxis oder dem MVZ auf, legt dieser im PVS einen neuen Abrechnungsschein an.

Sucht derselbe Patient eine andere Fachgruppe der Praxis im selben Quartal ebenfalls durch Vermittlung durch die TSS oder den Haus- bzw. Kinderarzt auf, dann erhält auch diese Fachgruppe die Untersuchungen und Behandlungen außerbudgetär vergütet und einen Zuschlag.

Dazu legt der betroffene Arzt ebenfalls einen neuen Überweisungs-/Abrechnungsschein an, kennzeichnet diesen ebenfalls als „TSS-Terminfall“ oder „HA-Vermittlungsfall“.

Offene Sprechstunde

Im Hinblick auf die Abrechnung im Rahmen der offenen Sprechstunde haben sich **durch die Gesetzesnovellierung keine Änderungen** ergeben.

Grundversorgende und der wohnortnahen Patientenversorgung zugehörige Fachgruppen haben 5 Stunden pro Woche als offene Sprechstunde ohne vorherige Terminvereinbarung anzubieten. Dazu gehören

- Augenärzte,
- Chirurgen,
- Gynäkologen,
- HNO-Ärzte,
- Hautärzte,
- Kinder- und Jugendpsychiater,
- Nervenärzte,
- Neurologen,
- Neurochirurgen,
- Orthopäden,
- Psychiater und
- Urologen.

Ärzte aus diesen Fachgruppen sind verpflichtet, die Zeiten ihrer offenen Sprechstunde bekanntzugeben sowie der KV Sachsen zur Veröffentlichung mitzuteilen.

Die **Leistungen** in der offenen Sprechstunde **werden bis zu einer Obergrenze v. 17,5 %** der Arztgruppenfälle außerbudgetär und damit **in voller Höhe vergütet**. Die entspr. **Abrechnungsscheine sind** unter „Vermittlungsart“ **als „Offene Sprechstunde“ zu kennzeichnen**.

eTerminservice

Seit Januar 2023 stellt die kv.digital (eine Tochtergesellschaft der KBV) im eTerminservice eine Information zum Thema: „Praxen buchen bei KollegInnen“ zur Verfügung. Mit dieser **neuen Funktionalität können niedergelassene Praxen selbstständig Termine bei anderen Praxen buchen**.

Dazu loggen sich Ärzte wie gewohnt in den eTerminservice ein und gelangen anschließend über den Link „Termin buchen“ auf die Seite der Buchungssoftware. Der weitere Buchungsprozess ist intuitiv. Auch eine Absage der Termine ist über die Software möglich.

Der benötigte Vermittlungscode kann direkt im System generiert werden. Der durchführende Arzt wird direkt durch das System über eine Terminbuchung/-absage informiert. Auch der buchende Arzt erhält eine Übersicht über die durch ihn gebuchten Termine.

2. Teil Regionale Vereinbarungen

2. Teil Regionale Vereinbarungen

2.1 Diabetes-Vorsorge und -Diagnostik

2.2 Diabetes-Vereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen

2.3 Vertrag gemäß § 140a SGB V „Besondere Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)“ mit der AOK PLUS

2.4 Verträge zur Versorgung onkologischer Patienten

2.5 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

2.6 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten

2.7 Durchführungsvereinbarung über die Kostenerstattung nach § 22 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) im vertragsärztlichen Bereich

2.8 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention

2.9 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, Abrechnung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

2.15 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

2.16 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)

2.17 Vertrag gemäß § 140a SGB V zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen) mit der AOK PLUS

2.18 Verträge über die Durchführung zusätzlicher (Früherkennungs-) Untersuchungen für Kinder und Jugendliche

2.19 Vertrag über zusätzliche Leistungen der künstlichen Befruchtung (Satzungsleistungen nach § 11 (6) SGB V) mit der AOK PLUS

2.20 Vereinbarungen zur Verringerung der Anzahl bzw. zur Vermeidung von Frühgeburten

2.21 - unbesetzt -

2.22 Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS

2.23 Vertrag zur Durchführung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ nach § 43 SGB V mit der AOK PLUS

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

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

2.29 Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung nach § 140a SGB V mit der IKK classic

2.30 Verträge über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)

2.31 Verträge zur Durchführung von ärztlichen Untersuchungen von Lehrkräften mit dem LaSuB

2.32 Vertrag auf der Grundlage des §140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie

2.33 Vertrag nach § 140a SGB V über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung in der kinderendokrinologischen/-diabetologischen Behandlung mit der AOK PLUS „KinderEndo PLUS“

2.99 Sonstiges

2.1 Diabetes-Vorsorge und -Diagnostik

2.1.1 Vertrag über eine erweiterte Diabetes-Vorsorge im Zusammenhang mit dem gesetzlichen Check-up („Check-up PLUS“) mit der AOK PLUS, ab 01.11.2013

3. Nachtrag ab 01.07.2023

Ziel dieses Vertrages ist es, Risikopatienten und Erkrankte frühzeitig zu identifizieren und entspr. des jeweiligen Risiko- oder Erkrankungsstadiums der Versicherten Möglichkeiten (Prävention, ärztliche Behandlung, Arzneimitteltherapie, Schulungen u. ä.) anzubieten, die zu einer Verzögerung/Verhinderung des Krankheitsbildes Diabetes mellitus sowie von Begleit- und Folgeerkrankungen beitragen können.

Versicherte der AOK PLUS können diese erweiterte Diabetes-Vorsorge in Anspruch nehmen, **sofern** gemäß § 4 folgende Voraussetzungen erfüllt werden:

- **Anspruch auf die Gesundheitsuntersuchung (Check-up)** gemäß § 25 (1) SGB V (einmalig ab Vollendung des 18. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres; alle drei Kalenderjahre ab Vollendung des 35. bis zur Vollendung des 65. Lebensjahres),
- **keine gesicherte Diagnose Diabetes mellitus** (E10 - E14 gemäß ICD-10-GM) zum Zeitpunkt der Durchführung der erweiterten Diabetes-Vorsorge.
  Eine erneute Untersuchung ist erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Der Vertrag gilt für alle Ärzte, die zur Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung gemäß den „Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien“ (GOP 01732 EBM) auf der Grundlage des § 25 (1) SGB V **berechtigt** und in der Region der KV Sachsen für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen **sind** (im Folgenden als „Arzt“ bezeichnet).

Ist i. R. des Check-up PLUS die Durchführung eines oralen Glukose-Toleranz-Tests (oGTT) notwendig und führt der Arzt die Untersuchung nicht selbst durch, kann die Untersuchung auf Überweisung durch eine sächsische diabetologische Schwerpunktpraxis (SPP) im Einzelfall durchgeführt werden, sofern der Arzt nicht selbst eine diab. SPP ist.

Verfügt ein Arzt nicht über die entspr. Laborausstattung, können auch Fachärzte für Laboratoriumsmedizin/ Laborgemeinschaften/ Ärzte mit entspr. Laborausstattung auf Überweisung mit der Erbringung der Laborleistung im Zus. mit d. Durchführung des oGTT beauftragt werden und somit diese Leistung i. R. des Vertrages erbringen und abrechnen.

Die erweiterte Diabetes-Vorsorge wird **im direkten zeitlichen Zusammenhang mit der Durchführung der gesetzlichen Gesundheitsuntersuchung (Check-up)** angeboten und durchgeführt, wobei die Leistungsinhalte und Vergütungen des Check-up von diesem Vertrag unberührt bleiben.

Im Rahmen der erweiterten Diabetes-Vorsorge

- **durchzuführende Leistungen sind in der Anlage 2** (Stand 01.07.2023) **detailliert beschrieben**,
- ist der ausgefüllte Fragebogen (Check-up PLUS - Anlage 1, Stand 01.07.2023) der Patientenakte beizufügen und entspr. der gesetzlichen Vorgaben aufzubewahren,
- erfolgt anhand medizinischer Parameter eine gezielte Steuerung der Teilnehmer in die bestehenden Primär- und Sekundär-Präventionsangebote der AOK PLUS bzw. in die Versorgungsprogramme (DMP).

Die in Anlage 2 (Neufassung ab 01.07.2023) beschriebenen Leistungen werden wie folgt vergütet (gemäß Anlage 3 – Neufassung ab 01.04.2019):

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
Für Ärzte (gemäß § 3 Abs. 1) abrechenbare Pauschalen:		
99111A	**Bestimmung des Taillenumfangs und Dokumentation im Check-up PLUS Fragebogen** inkl. Ermittlung d. Gesamtpunktwertes	**5,00 €**
99111E	**Empfehlung Primärpräventionsangebote** mittels Abrissgutschein Check-up PLUS Fragebogen	**5,00 €**
99111G	**Durchführung 75g oGTT** (inkl. Sachkosten für 75g Glukose in ungelöster Substanz und Dokumentation der 3 Messwerte)	**16,35 €**
Für Ärzte (gemäß § 3 (1)) **und Laborärzte** (gemäß § 3 (3)) abrechenbare Pauschalen:		
99111B	**Bestimmung SKW / GFR** (Serum-Kreatinin-Wert / Glomeruläre Filtrationsrate)	**0,32 €**
99111L	**Laborbestimmung des Glukosewertes innerhalb des oGTT** (drei Tests à 0,25 €)	**0,75 €**

Hinweise zur Abrechnung:

Die Abrechnungsnummern ... sind wie folgt berechnungsfähig:

- 99111A, 99111E, 99111G, 99111B u. 99111L **je nach Anspruchsberechtigung des Patienten** gemäß §4 **jeweils nur einmal aller drei Kalenderjahre**,
- **99111B und 99111L nur**, **wenn eine entspr. Laborausstattung** in der Praxis vorhanden ist, dabei: 99111B am selben Behandlungstag nicht neben der GOP 32066 EBM,
  99111L am selben Behandlungstag nicht neben den GOPen 32025 und 32057 EBM.

Mit der Vergütung der Nr. 99111G sind die notwendigen Sachkosten abgegolten. Ein Bezug der Testsubstanz gemäß Sprechstundenbedarfsvereinbarung oder eine Verordnung zu Lasten der Versicherten ist nicht zulässig.

Bei der Überweisung eines Patienten zur Durchführung des oGTT (Nr. 99111G) an eine sächsische diabetologische Schwerpunktpraxis (SPP) ist zu beachten:
Wird der Versicherte an eine diab. SPP überwiesen, ist auf der Überweisung „Check-up PLUS“ zwingend anzugeben. Die diab. SPP rechnet für d. Durchführung des oGTT die Nr. 99111G ab.

Werden d. Nrn. 99111B und/oder 99111L durch ein(e) sächsische(s) Labor/-gemeinschaft bzw. Ärzte mit entspr. Laborausstattung erbracht, ist zu beachten:
Auf Muster 10 muss im Freitextbereich der Beschreibung der Auftragsleistung die entspr. Nr. 99111B und/oder 99111L angegeben werden.
Auf Muster 10A (Laborgemeinschaften) muss der letzte Punkt „Sonstiges“ angekreuzt und darunter die entspr. Nr. 99111B und/oder 99111L angegeben werden. Es ist wichtig, dass der Arzt bei der Nr. 99111L die Glukose nicht aus dem Serum Vollblut (28) bestimmen lässt.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen.
Die für die Vergütung der o. g. Leistungen notwendigen finanziellen Mittel werden von der AOK PLUS zusätzlich zur morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung gestellt.

2.1.2 Vereinbarung gem. § 140a SGB V über die Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus mit der DAK-Gesundheit, ab 01.01.2015

1. Nachtrag ab 01.10.2016; 2. Nachtrag ab 01.07.2017: Beitritt der KKH;
3. Nachtrag mit der DAK-Gesundheit, ab 01.07.2018;
4. Nachtrag mit der KKH, ab 01.07.2018;
5. Nachtrag ab 01.01.2019: Beitritt der TK;
1. Änderungsvereinbarung, ab 01.07.2022

Mit der Umsetzung des GKV-Versorgungsstärkungsgesetzes wurde der § 73 c SGB V aufgehoben und der § 140a SGB V um die entspr. Regelungen ergänzt, weshalb die Vereinbarung zum 01.07.2022 auf die nun geltende gesetzliche Norm angepasst wurde. Für **Neueinschreibungen von Vertragsärzten und Versicherten** gibt es aufgrund dieser Umstellung **neue Einschreibeunterlagen**, die **ab 01.07.2022 zu verwenden** sind.

Ziel dieses Vertrages ist es, die Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus frühzeitig zu erkennen und durch eine gezielte Behandlung den Eintritt schwerwiegender Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern.

In den Versorgungsfeldern Diabetische Neuropathie, Lower urinary tracts symptoms (LUTS), Angiopathie, Diabetesleber und der chronischen Nierenerkrankung werden dazu in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme mit gezielten Früherkennungsuntersuchungen zur Diagnostik der Begleiterkrankungen durchgeführt. Bei Vorhandensein einer oder mehrerer Komplikationen aus den oben genannten Versorgungsfeldern erfolgt eine gezielte Behandlung i. R. von krankheitsbezogenen Weiterbetreuungsprogrammen.

Dieser Vertrag regelt, bezogen auf die Programme gemäß der Anlagen 1 bis 5, den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-Gesundheit (DAK), der Kaufmännischen Krankenkasse – KKH sowie der Techniker Krankenkasse (TK),

- die sich aufgrund ihrer **Diabeteserkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung** befinden und
- die **in den einzelnen Versorgungsfeldern (Anlagen 1 - 5) beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen** erfüllen,
  d. h. bei denen der Verdacht auf Diabetische Neuropathie,
  Lower urinary tracts symptoms (LUTS), Angiopathie, Diabetesleber
  und/oder eine chronische Nierenerkrankung besteht.

Patienten, bei denen bereits eine der o. g. Begleiterkrankungen diagnostiziert wurde (gesicherte Diagnose), können am jeweiligen Versorgungsprogramm nicht teilnehmen.

Die (freiwillige) Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung (TNE; Anlage 7a für DAK-Versicherte, Anlage 7b für KKH-Versicherte, Anlage 7c für TK-Versicherte), und kann innerhalb von 2 Wochen widerrufen werden.

Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich auf der von der Praxis vorgehaltenen Teilnahmeerklärung, nachdem sie über die Inhalte dieser Versorgung sowie den Zweck und Umfang der Speicherung/Verwendung/Auswertung der erhobenen Daten aufgeklärt wurden und ihnen das Merkblatt Versicherteninformation (Anlage 6a für DAK-Versicherte, Anlage 6b für KKH-Versicherte, Anlage 6c für TK-Versicherte) ausgehändigt wurde.

Die TNE sowie Versicherteninformation, die für jeden Patienten entspr. seiner Krankenkasse zu wählen ist, sind auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) veröffentlicht: > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „D“ > Diabetes mellitus - Begleiterkrankungen …

Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 Absatz 2 SGB V

- die als **Hausärzte** gemäß § 73 (1a) Satz 1 Nrn. 1 und 3 bis 5 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,
- tätige **Fachärzte für Innere Medizin mit** der **Anerkennung als Diabetologe DDG**, **Fachärzte für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie oder mit** der **Subspezialisierung Endokrinologie oder mit** der **Zusatzweiterbildung „Diabetologie“.**

Die **Teilnahme am Vertrag bedarf einer besonderen Genehmigung** und ist schriftlich bei der KV Sachsen zu beantragen.

Dabei sind folgende besondere Anforderungen an die Qualitätssicherung zu erfüllen:
- Betreuung von durchschnittlich mind. 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal,
- eigenständige und regelmäßige Fortbildung zu den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages,
- die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.

Die Teilnahme ist freiwillig und kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Sachsen gekündigt werden.

Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte (gemäß § 4): Der Vertragsarzt
- prüft das Kennzeichen der auf der eGK gespeicherten „Besonderen Personengruppe“. Personen, für die dort die Ziffer 4 oder 9 gespeichert ist, haben keinen Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag;
- prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern (Anlagen 1 - 5) beschriebenen Leistungen hin,
- füllt zusammen mit dem Versicherten die jeweilige Teilnahmeerklärung aus (Anlagen: 7a für DAK-Versicherte, 7b für KKH-Versicherte, 7c für TK-Versicherte) und händigt die jeweilige Versicherteninformation/das Datenschutzmerkblatt aus (Anlagen: 6a für DAK-Versicherte, 6b für KKH-Versicherte, 6c für TK-Versicherte),
- übermittelt die Teilnahmeerklärung (im Original) innerhalb von 14 Tagen an die DAK-Gesundheit, Postzentrum, 22778 Hamburg (oder per Fax: 074 33/ 96 729 70 047) bzw. KKH Kaufmännische Krankenkasse, 30125 Hannover (oder per Fax: 0511/ 80 684 684 oder per E-Mail: BesV@kkh.de) bzw. Techniker Krankenkasse, Stichwort „Besondere Versorgung“, 85820 München
- sofern er am DMP Diabetes mellitus Typ 1 und/oder Typ 2 teilnimmt, schreibt er den Versicherten bei Vorliegen der Voraussetzungen und Zustimmung durch den Versicherten in das entspr. DMP ein und erbringt Leistungen der einzelnen Versorgungsfelder (Anlagen 1 - 5),

- führt bei jeden teilnehmenden Versicherten, unabhängig von der Anzahl der durchgeführten Versorgungs- und Weiterbetreuungsprogramme, zusätzlich ein **Basisuntersuchungsprogramm** durch.

Für dieses Basisuntersuchungsprogramm, bestehend aus
- Anamnese,
- Erhebung des Ganzkörperstatus und
- Allgemeine Beratung (einschl. symptombezogener klinischer Untersuchung),

wird dem Arzt einmal im Kalenderjahr und je teilnehmenden Versicherten die Nr. 99099 von der KV Sachsen **zugesetzt** (und später mittels Nr. 99099B bereinigt), sofern für diesen Versicherten zusätzlich mindestens eine Leistung aus einem Versorgungs- (gemäß § 4 Abs. 5) und/oder Weiterbetreuungsprogramm (§ 4 Abs. 6) eines Versorgungsfeldes erbracht und abgerechnet wurde.

Besteht der Verdacht auf eine oder mehrere der oben genannten Begleiterkrankung(en), führt der Arzt im Rahmen von krankheitsbezogenen Versorgungsprogrammen eine entspr. **Diagnostik** durch, wie sie in den einzelnen Versorgungsfeldern (Anlagen 1 - 5) detailliert beschrieben ist.

Werden im Rahmen der Versorgungsprogramme eine oder mehrere Begleiterkrankungen nachgewiesen, erfolgt eine kontinuierliche **Weiterbetreuung**, um einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf zu verhindern oder zu verzögern. Diese findet, in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit, in regelmäßigen Abständen (bis zu 4x jährlich) statt.

Bestätigt sich der Verdacht auf eine Begleiterkrankung nicht, kann der Patient weiterhin am Versorgungsprogramm teilnehmen, die o. g. Diagnostik kann in diesen Fällen einmal jährlich zur Kontrolle (jeweils nach Ablauf von 3 Quartalen) wiederholt werden. In den Anlagen 1 - 5 des Vertrages sind die Diagnostik bzw. Behandlungspfade der einzelnen Begleiterkrankungen beschrieben.

Für seine Leistungen rechnet der Arzt gegenüber der KV Sachsen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 5 und 6 bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und durch die DAK, die KKH bzw. die TK in den Vertrag eingeschrieben wurden, **die Abrechnungs-Nrn. der jeweiligen Anlage** (nachfolgend beschrieben) **unter Angabe der Behandlungsdiagnosen, Diagnosesicherheit „G“**, gemäß ICD-10-GM, in der jeweils aktuellen Fassung, ab.

Der Arzt erhält je abgerechneter Abrechnungsnummer eine Vergütung von 20,00 € für die Durchführung des Versorgungs- und 10,00 € für die des Weiterbetreuungsprogramms.

Somit erhält der teilnehmende Arzt 20 € pro Versicherten unabhängig vom Ergebnis des Befundes je Versorgungsfeld für die Diagnostik der Begleiterkrankung.

Für die Weiterbehandlung bei einem positiven Befund aus dem Versorgungsprogramm erhält der Arzt pro Quartal weitere 10 € pro Versicherten je Versorgungsfeld.

Die notwendigen **Sachmittel für die Diagnostik** sind vom Arzt vorzuhalten und werden mit den entspr. Sachkostenpauschalen (gemäß Anlage 1: Nr. 99090S für das Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung bzw. gemäß Anlage 5: Nr. 99094S für den Mikroalbuminurie-Teststreifen) innerhalb des Vertrages vergütet (kein Bezug über Sprechstundenbedarf).

Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels durch die Krankenkasse in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt ist möglich.

Eine zeitgleiche Inanspruchnahme von identischen Leistungsmodulen aus der „Vereinbarung gemäß § 140a SGB V über die Besondere Versorgung zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“ zwischen der DAK-Gesundheit und der KV Sachsen oder aus dem „Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung nach § 73b SGB V“ zwischen der DAK-Gesundheit und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG ist ausgeschlossen.“

Versorgungsfeld neurologische Komplikationen:
Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten **(Anlage 1)**

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 bis E14,
ohne bekannte Diagnose
E10.4, E11.4, E12.4, E13.4, E14.4, G59.0, G63.2, G99.00, G99.08.

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 1 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99090O	**Versorgungsprogramm <u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnose E1*.*, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99090A	**20,00**
99090A	**Versorgungsprogramm <u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnosen G59.0, G63.2 und/oder G99.0 und E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99090O	**20,00**
99090B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei Diagnosen G59.0, G63.2 und/oder G99.0 und E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Behandlungsfall	**10,00**
99090S	**Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung** - nur einmal im Krankheitsfall, - nur im zeitlichen Zusammenhang mit den Nrn. 99090O oder 99090A	**17,00**

Die Abrechnungsnummern 99090O, 99090A und/oder 99090B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Versorgungsfeld neurologische Komplikationen:
LUTS (lower urinary tract symptoms) beim Diabetes mellitus **(Anlage 2)**

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Diabetesdiagnose E 10 - E14, ohne bekannte Diagnose N31.1 o. N31.2.
Die Maßnahme richtet sich explizit auch an Versicherte mit bereits bekannten anderen neurologischen Komplikationen.

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 2 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99091O	**Versorgungsprogramm <u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnose E1*.*, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99091A	**20,00**
99091A	**Versorgungsprogramm <u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnosen N31.1 oder N31.2 und E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99091O	**20,00**
99091B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei Diagnosen N31.1 oder N31.2 und E1*.4 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Behandlungsfall	**10,00**

Die Abrechnungsnummern 99091O, 99091A und/oder 99091B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen:
Angiopathie bei Diabetes mellitus **(Anlage 3)**

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 - E14, ohne bekannte Diagnose I70.2*,
die zum Zeitpunkt der Teilnahme das 50. Lebensjahr vollendet haben.

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 3 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99092O	**Versorgungsprogramm <u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnose E1*.*, - ab Vollendung des 50. Lebensjahres, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99092A	**20,00**
99092A	**Versorgungsprogramm <u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei gesicherten Diagnosen I70.2- sowie I79.2 und E1*.5 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - ab Vollendung des 50. Lebensjahres, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99092O	**20,00**
99092B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei gesicherten Diagnosen I70.2- sowie I79.2 und E1*.5 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - ab Vollendung des 50. Lebensjahres, - nur einmal im Behandlungsfall	**10,00**

Die Abrechnungsnummern 99092O, 99092A und/oder 99092B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Versorgungsfeld Diabetesleber (Anlage 4)

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 - E14, ohne bekannte Diagnose K77.8.

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 4 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99093O	**Versorgungsprogramm <u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnose E1*.*, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99093A	**20,00**
99093A	**Versorgungsprogramm <u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnosen K77.8 und E1*.6 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99093O	**20,00**
99093B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei Diagnosen K77.8 und E1*.6 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - ab Vollendung des 50. Lebensjahres, - nur einmal im Behandlungsfall	**10,00**

Die Abrechnungsnummern 99093O, 99093A und/oder 99093B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen:
Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus **(Anlage 5)**

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Diabetesdiagnose E10 - E14,
ohne bekannte Diagnose N18, N19, I12.0*, I13.1*, I13.2*, Z49.0 bis Z.49.2, Z99.2.

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 5 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99094O	**Versorgungsprogramm <u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnose E1*.*, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99094A	**20,00**
99094A	**Versorgungsprogramm <u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei Diagnosen N18.1 - 5 und E1*.2 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99094O	**20,00**
99094B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei Diagnosen N18.1 - 5 und E1*.2 oder E1*.7 mit Kreuzkennzeichen (als primäre Diagnose), - nur einmal im Behandlungsfall	**10,00**
99094S	**Mikroalbuminurie-Teststreifen** - nur einmal im Krankheitsfall, - nur im zeitlichen Zusammenhang mit den Nrn. 99094O oder 99094A	**2,00**

Die Abrechnungsnummern 99094O, 99094A und/oder 99094B sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

2.2 Diabetes-Vereinbarung Sachsen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.02.2012

Diese Vereinbarung tritt am 01.02.2012 in Kraft und ersetzt die vom 01.01.2008 sowie alle in diesem Zusammenhang geschlossenen Änderungsvereinbarungen (Protokollnotizen).

Übersicht der Abrechnungsnummern der Diabetes-Vereinbarung Sachsen

Diabetes-Vereinbarung Sachsen nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: E12.- bis E14.-, O24.2 bis O24.4, O24.9, P70.2		**Hausärztlicher Versorgungs-sektor (HÄ VS)**	**Fachärztlicher Versorgungs-Sektor (FÄ VS)**
PK / EK	**Kurzbeschreibung der Leistung**	**diabetologische Schwerpunkt-praxis (SPP)**	
99118K	Erstvorstellung in der diabetologischen SPP	x	x
99118A	Ersteinstellung von Pumpenpatienten	x	x
99118E	Ersteinstellung für ICT-Insulinierung	x	x
99118H	Pauschale für die kontinuierliche Behandlung und Betreuung (einschl. Dauerbetreuung von Pumpenpatienten)	x	x
99118F	Pauschale für die Behandlung und Betreuung von Schwangeren	x	x
99118G	Behandlungspauschale für Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom	x	x
99115A 99116A	Hypertonieschulung Hypertonieschulung (Nachschulung)	x	x
99115S	*Schulungsmaterial* (zur Nr. 99115A)	x	x
99115B 99116B	Schulung für Patienten ohne Insulin Nachschulung für Patienten ohne Insulin	x	x
99115T	*Schulungsmaterial* (zur Nr. 99115B)	x	x
99115E 99116E	Schulung für Patienten mit Insulin Nachschulung für Patienten mit Insulin	x	x
99115U	*Schulungsmaterial* (zur Nr. 99115E)	x	x
99913Z	Blutzuckerteststreifen	x	x

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

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

Die **Organisation der Diabetikerbetreuung/ -behandlung i. R. dieser Vereinbarung** erfolgt gemäß § 2, wonach

- für die teilnehmenden Ärzte der diab. SPP die Leitlinien der Fachkommission Diabetes Sachsen bindend sind,
- die Überweisung im Falle des Gestationsdiabetes anhand diagnostischer Daten erfolgt, die der FA für Frauenheilkunde und Geburtshilfe der diabetologischen SPP mittels Überweisungsschein zur Verfügung stellt. (In Ausnahmefällen sind auch andere Ärzte (insb. Hausärzte) berechtigt, in die diabetologische SPP zu überweisen.),
- dringend darauf zu orientieren ist, dass im Abstand von 1 Jahr bei Zustand wegen Insulinierung in der Gravidität bzw. im Abstand von 1 - 2 Jahren bei Zustand ohne Insulinierung während der Gravidität eine erneute Vorstellung erfolgen sollte,
- diabetesbedingte KH-Einweisungen grundsätzlich durch die diab. SPP erfolgen (Ausnahme: Notfälle),
- bei Patienten mit Hypertonie die Möglichkeit einer Einschreibung in das DMP KHK zu prüfen und bei Vorliegen der Einschreibekriterien darauf hinzuwirken ist.

Die **Genehmigung zur diabetologischen Schwerpunktpraxis (SPP)** kann erteilt werden, **wenn folgende Qualifikationsvoraussetzungen sowie personelle und strukturelle Voraussetzungen** erfüllt sind, die im § 3 detailliert beschrieben sind:

Approbierte Ärzte und Fachärzte (FÄ) mit der Qualifikation

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

sowie

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

weiterhin

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

Die **Patientenschulungen** können ausschließlich durch Vertragsärzte nach § 3 erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen. Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des Versicherten erforderlich ist, werden sie je Patient/Versicherten und Unterrichtseinheit (UE) vergütet. **Eine UE** stellt einen Zeitraum von **90 Minuten** dar.

Die **Schulungen sind je Patient nur einmal berechnungsfähig**.
Die Vertragsärzte bestätigen mittels vorgegebenem Feld auf dem Schulungsnachweis (Anlage 1) den Schulungsstand (geschult ja/nein) des Patienten.

Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.

Die **Erstschulung** von Patienten i. R. der Diabetes-Vereinbarung Sachsen sollte spätestens nach 2 Quartalen beendet sein. Schulungen nach Ablauf der 2 Quartale sind Nachschulungen.

Nachschulungen sind **in begründeten Einzelfällen möglich** und mit einer **gesonderten Abrechnungsnummer** abzurechnen. Die Begründung für die Nachschulung ist gemeinsam mit dem Schulungsnachweis (Anlage 1) der KV Sachsen zu übermitteln.
Ein von der Krankenkasse genehmigter Nachschulungsantrag ist bei Schulungen i. R. der Diabetes-Vereinbarung Sachsen nicht erforderlich.

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

Dem Arzt mit Genehmigung zur Schwerpunktbehandlung (gemäß § 3 dieser Vereinbarung), **werden folgende (Schulungs-) Leistungen vergütet:**

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

- **nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2**
  (d. h. E12.- bis E14.-, O24.2 bis O24.4, O24.9, P70.2),
- **für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO** berechnungsfähig,
- die **Hypertonieschulung** (Nr. 99115A bzw. 99116A) sowie
  das zugehörige Schulungsmaterial (Nr. 99115S) sind nicht berechnungsfähig,
  wenn der Patient bereits in das DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) eingeschrieben ist,
- **detaillierte Angaben zu den o. g. Schulungsarten/-programmen**
  (wie notwendige Ausstattung, erforderliche Qualifikationen, Teilnehmerzahl und
  den Schulungsmodulen (Anzahl der UE)) finden sich **im § 4** der o. g. Vereinbarung,
- **Genehmigung** gemäß o. g. Vereinbarung **erforderlich.**

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
99118K	**Erstvorstellung in der diabetologischen SPP** - einmalig bei manifester Diagnose	**52,00 €**
99118A	**Ersteinstellung von Pumpenpatienten** - einmalig bei manifester Diagnose	**128,00 €**
99118E	**Ersteinstellung für ICT-Insulinierung** - einmalig bei manifester Diagnose	**72,00 €**
99118H	**Pauschale** **für die kontinuierliche Behandlung und Betreuung** - einschl. Dauerbetreuung von Pumpenpatienten, - je Versicherten und einmal je Quartal	**30,00 €**
99118F	**Pauschale** **für die Behandlung und Betreuung von Schwangeren** - je Versicherte und einmal je Quartal, - max. dreimal im Krankheitsfall	**100,00 €**
99118G	**Behandlungspauschale** **für Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom** - je Versicherten und einmal je Quartal	**35,00 €**

- **nur für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2,**
  (d. h. E12.- bis E14.-, O24.2 bis O24.4, O24.9, P70.2),
- **für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO** berechnungsfähig,
- die Nr. 99118H ist im Behandlungsfall neben der Nr. 99118F nicht berechnungsfähig,
- **für die Abrechnung der Leistungen** nach den Nrn. 99118A bis 99118K ist eine **Genehmigung** gemäß o. g. Vereinbarung **erforderlich**.

Teststreifenverordnung:

Die Blutzuckerselbstkontrolle ist ein wesentlicher Bestandteil der Diabetestherapie, um die Qualitätskriterien der Leitlinien der Fachkommission Diabetes zu erreichen.

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

Nr. 99913Z bis zu 550 Blutzuckerteststreifen pro Quartal

als Praxisbesonderheit (für alle Kostenträger) geltend machen.

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

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

Gemäß Anlage 1a Teil B zur „Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit …“ erfolgt die Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.

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

2.3 Vertrag gemäß § 140a SGB V „Besondere Versorgung der Versicherten mit Diabetischem Fußsyndrom im Freistaat Sachsen (DFS Sachsen)“ mit der AOK PLUS

Anpassungsvereinbarung gemäß § 140a (1) S. 4 SGB V, ab 01.01.2023

Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a SGB V … geschlossen wurden sind gemäß § 140a (1) Satz 4 SGB V bis spätestens 31.12.2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift … zu ersetzen oder zu beenden. Daher wurde der bestehende Vertrag „DFS Sachsen“ in der Fassung vom 01.04.2022 an diese neue Gesetzeslage angepasst.

Weiterhin wurden folgende Anlagen neu gefasst: 1 (TE/EWE des Versicherten, Belegnr. V14C, ersetzt durch V14D) sowie 2 (TE Hausarzt), 3 (TE Diab. Fußambulanz), 5, 7b u. 16.

Gegenstand des Vertrages ist die koordinierte Zusammenarbeit der Behandlung von Versicherten mit Diabetes bedingten Fußkomplikationen (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie), aufgrund einer Risikobewertung für ein erhöhtes Risiko für das mögliche Auftreten eines Diabetischen Fußsyndrom bzw. mit bestehender Fußlässion.

Ziele des Vertrages (lt. § 1) bestehen darin, die ambulanten Versorgungsstrukturen bei der Behandlungskoordination des diabetischen Fußsyndroms weiterzuentwickeln und maßgeblich zu verbessern und somit schwere Stadien vom auffälligen Fußstatus zu vermeiden/zu reduzieren, Behandlungszeiten zu verkürzen, stationäre Aufenthalte und die Amputationsrate (Majoramputationen) zu verringern.

Versicherte der AOK PLUS können am Vertrag teilnehmen, sofern

- eine gültige Teilnahme im DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder Typ 1 gegeben ist <u>und</u>
- der Hausarzt i. R. d. DMP-Teilnahme bei der Fußuntersuchung - "Fußstatus" - festgestellt hat:
  - Pulsstatus = „auffällig“ und/oder
  - Sensibilitätsprüfung = „auffällig“ und/oder
  - weiteres Risiko für Ulcus = „Angabe“ und/oder
  - Ulcus = „oberflächlich/tief“ und/oder
  - (Wund-)Infektion = „ja“ und/oder
  - früheres DFS (siehe DMP-Dokumentationsdaten) <u>und</u>
- sie durch Unterzeichnung der „Teilnahme-/Einwilligungserklärung“ (TE/EWE, Anlage 1, Belegnummer V14D, die bisherige V14C bleibt bis zum 31.03.2023 gültig) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren <u>und</u>
- sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden Hausarzt und eine teilnehmende Diabetologische Fußambulanz (DFA) als patientenbezogener Versorgungsverbund gewählt haben <u>und</u>
- der Hausarzt nach Prüfung der o. g. Voraussetzungen diese durch Unterzeichnung der Teilnahme-/Einwilligungserklärung bestätigt hat.

Für Versicherte die am 31.03.2022 bereits am Vertrag teilnehmen und für die ebenfalls eine gültige Teilnahme im DMP D. m. Typ 2 oder Typ 1 gegeben ist, wird die Vertragsteilnahme fortgeführt.

Die Einschreibung des Versicherten erfolgt beim Hausarzt. Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der TE/EWE.

Einzelheiten zur Teilnahme der Versicherten (Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen und Verpflichtungen, zur Einschreibung und Beginn, zur Beendigung und zum Wechsel des Vertragsarztes) sind in den §§ 8, 9 und 10 des Vertrages beschrieben.

Als **HAUSARZT** können an diesem Vertrag teilnehmen:
- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V oder
- Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV

mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KV Sachsen, die als Allgemeinärzte, Internisten, Praktische Ärzte oder Ärzte an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V teilnehmen bzw. die Leistungen durch solche Ärzte als angestellte Ärzte erbringen sowie Fachärzte (FA) für Innere Medizin einer Diabetologischen Schwerpunktpraxis ohne Fußbehandlung (SPPoF).

Der Vertragsarzt, der neben seiner Tätigkeit als DFA gem. § 5 (1) auch hausärztlich tätig ist, ist HAUSARZT für die von ihm hausärztlich betreuten Patienten nach diesem Vertrag.

Der FA für Innere Medizin und Endokrinologie und Diabetologie bzw. der FA für Innere Medizin mit Zusatzbezeichnung „Diabetologie“, der auch die Koordination der Versicherten im DMP Diabetes mellitus Typ 2 bzw. Typ 1 übernommen hat, ist HAUSARZT für die von ihm betreuten Patienten nach diesem Vertrag.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind, sind im § 4 (2) des Vertrages detailliert beschrieben.

Der Hausarzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 2) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme … sind in den §§ 4, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Leistungen des HAUSARZTES (im § 11b detailliert beschriebenen):

Stellt der Hausarzt entspr. § 8 (2) **im Rahmen der DMP-Betreuung aufgrund der Fußuntersuchung einen auffälligen "Fußstatus"** beim Versicherten fest
- Pulsstatus = „auffällig“ und/oder
- Sensibilitätsprüfung = „auffällig“ und/oder
- weiteres Risiko für Ulcus = „Angabe“ und/oder
- Ulcus = „oberflächlich/tief“ und/oder
- (Wund-)Infektion = „ja“ und/oder
- früheres DFS (siehe DMP-Dokumentationsdaten)

kann er diesen Versicherten über Inhalte und Ziele dieses Vertrages … informieren und schreibt den Versicherten in den Vertrag mit der TE/EWE gemäß § 9 ein.

Im Rahmen d. **Risikobewertung, entspr. der hausärztl. Grunddiagnostik** (Anlage 10) stellt der Hausarzt **unter Verwendung des Fuß-Untersuchungsbogens** (Anlage 12), fest, **in wie weit ein erhöhtes Risiko** für den Versicherten **vorliegt für**

- das mögliche Auftreten eines Diabetischen Fußsyndrom (**DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie**) bzw.
- eine **bestehende Fußläsion**.

Weiterhin stellt der Hausarzt für den Versicherten einen **Fußpass (Anlage 13)** aus bzw. aktualisiert diesen und koordiniert er die Behandlung des Versicherten.

Die **Risikobewertung** durch den Hausarzt **sollte einmal jährlich** erfolgen. Ergibt diese **ein erhöhtes Risiko** für ein DFS bzw. bestehende Fußläsion, **sollte innerhalb von 2 Wochen die Überweisung an die kooperierende DFA** (lt. § 5 (1)) umgesetzt werden.

Stellt der Hausarzt beim Versicherten einen auffälligen Fußstatus mit Wagner-/Armstrong-Klassifizierung ab 1/B (Anlage 11) oder einen Verdacht auf akuten Charcot-Fuß fest, hat er sofort eine Überweisung des Versicherten an die koop. DFA (lt. § 5 (1) sicherzustellen.

Für Versicherte mit

- einer peripheren Neuropathie und/oder
- einer pAVK und/oder
- einem Fußulkus und/oder
- Fußdeformationen und/oder
- Verlust der Schmerzempfindlichkeit („Schmerz-Insensibilität“)

soll der Hausarzt eine Überweisung an die koop. DFA (§ 5 (1) zur weiteren Diagnostik und Behandlung sowie ggf. „diabetisches Fußulkus“-Schulung (nach § 11c (5)) sicherstellen.

Weitere Leistungen des Hausarztes:

- Umsetzung der Therapieempfehlungen der DFA bei der weiteren Behandlung des Versicherten,
- Verordnung von Podologischer Therapie o. häuslicher Krankenpflege bei med. Notwendigkeit, unter Beachtung geltender gesetzl. Vorschriften bzw. bestehender Richtlinien,
- Überweisung an eine DFA bzw. Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung mit einem FA der DFA vor Einweisung des Versicherten in ein Krankenhaus,
- der DFA für die überwiesenen Versicherten die mit der DFA abgestimmten Befund- und Patientendaten (Diagnose, Medikamente, Labor usw.) zur Verfügung zu stellen.

Der HAUSARZT ist verpflichtet, i. d. R. innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Einschreibung des Versicherten das Original der TE/EWE an die AOK PLUS zu senden.

Der HAUSARZT (§ 4) **erhält für die i. R. dieses Vertrages erbrachten Leistungen**, unter Beachtung der in Anlage 6 (1) aufgeführten Grundsätze, **folgende Vergütungen:**

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
98300	**Einschreibepauschale Hausarzt** für jeden erstmalig neu eingeschriebenen Versicherten nach § 11b (1) für - Beratung und Motivation zur Einschreibung des Versicherten in den Vertrag mit Bildung "Behandlerpaar" mit der DFA und - Übermittlung des Fußstatus * **einmalig** je (AOK-PLUS-) Versicherten	**20,00 €**
* Eine Abrechnung der Nr. 98300 kann nur erfolgen, wenn zeitgleich die Übermittlung des Fußstatus erfolgt (Nrn. 98330 bis 98333, Nrn. 98320 bis 98325 oder Nrn. 98326, 98327).		
98301	**Hausarzt-Risikobewertungspauschale,** für jeden eingeschriebenen Versicherten nach § 8 (2) für die Risikobewertung entspr. § 11b (2) entspr. der hausärztlichen Grunddiagnostik (nach Anl. 10) und unter Verwendung d. Fuß-Untersuchungsbogens (Anl. 12), und Ausstellung des Fußpasses (Anlage 13) **einmal im Krankheitsfall** **mit persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt**	**30,00 €**

Die Abrechnung der Hausarzt-Risikobewertungspauschale (Nr. 98301)

- kann nur erfolgen, wenn zeitgleich die Übermittlung v. Ergebnis der Risikobewertung erfolgt:
  - erhöhtes Risiko für ein DFS bzw. bestehende Fußläsion gegeben = Kennzeichnungsziffer **98340**
  - kein erhöhtes Risiko für eine DFS bzw. kein bestehendes DFS gegeben = Kennzeichnungsziffer **98341**
- ist **erst nach Abrechnung der Einschreibepauschale** (Nr. 98300) möglich,
- kann **im Krankheitsfall maximal einmal** erfolgen,
- **beinhaltet die Risikobewertung/Koordination beider Füße** (Eine Fußkomplikation am anderen Fuß löst keine Abrechnung einer weiteren Risikobewertungspauschale aus.),
- ist für die erforderliche Risikobewertung am anderen Fuß nicht möglich, wenn der Versicherte zur gleichen Zeit wegen einer diabetischen Fußwunde mit Wagner-/Armstrong-Stadium ab 1/B in einer DFA betreut wird.

Als **DIABETOLOGISCHE FUßAMBULANZ (DFA)** können lt. § 5 am Vertrag teilnehmen:

1. niedergelassene Fachärzte für Allgemeinmedizin sowie Innere und Allgemeinmedizin:
   - Diabetologe Deutsche Diabetes Gesellschaft (DDG) oder
   - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ Sächsische Landesärztekammer (SLÄK)
2. niedergelassene Fachärzte (FÄ) für Innere Medizin
   - Anerkennung als Diabetologe DDG oder
   - Zusatzweiterbildung „Diabetologie“ SLÄK
3. MVZ, Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS (mit Qualifizierung nach Nr. 1 o. 2) oder
4. Vertragsärzte mit angestellten FÄ gem. § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS (mit Qualifizierung nach Nr. 1 oder 2),

die die Strukturvoraussetzungen gemäß Anlage 9 erfüllen.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag,
- Zustimmung zur Veröffentlichung v. Name, Vorname, Praxisanschrift, Telefon-/Fax-Nr. in einem öffentlichen Vertragsarztverzeichnis auf den Websites von AOK PLUS u. KVS,
- Bereitschaft zur Teilnahme an einer Evaluation und ggf. damit verbundenen Dokumentation, sofern diese im Rahmen dieses Vertrages durchgeführt wird,
- Bildung der für die optimale Behandlung erforderlichen Strukturen und funktionierenden Kooperationen mit mind. einem Hausarzt
  (Die DFA kann den patientenbezogenen Versorgungsverbund für ihre hausärztlich betreuten Patienten auch in Personalunion als Hausarzt nach § 4 betreuen.),
- enge Zusammenarbeit mit mind. einem für die Versorgung von Diabetikern zertifizierten, abgabe- und lieferberechtigtem Orthopädie-Schuhmacher/Schuhtechniker.

Der FA der DFA erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahmeerklärung (Anlage 3) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme … sind in den §§ 5, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11c detailliert beschriebenen **Leistungen der DFA** gehören:

- **Anamnese inkl. klinischer Untersuchung und Differenzialdiagnostik** sowie **sensorische Testung von Schmerz- sowie Empfindlichkeitsschwellen** ("Von-Frey-Filament mit opt. Glasfaser", Stärke > 512 mN) - Nadelreiz-Stimulation - **inkl. Ausstellung eines Fußpasses** (Anlage 14) **für überwiesene Versicherte** nach § 11b Abs. 3 (d. h. falls die einmal jährliche erfolgte Risikobewertung durch den Hausarzt ein erhöhtes Risiko für ein DFS bzw. bestehende Fußläsion ergeben hat) und nach § 11 Abs. 4 (d. h. falls der Hausarzt beim Versicherten einen auffälligen Fußstatus mit Wagner-/ Armstrong-Klassifizierung ab 1/B oder einen Verdacht auf akuten Charcot-Fuß festgestellt hat);
- **Befunderhebung für überwiesene Versicherte** nach § 11b (3), (4) und (8) sowie (10);
- Sicherstellung eines kurzfristigen Vorstellungstermins für überwiesene Versicherte nach § 11b (4), (8) oder (10) innerhalb von 2 Werktagen in Abstimmung mit dem Hausarzt;

- **Koordinierung der Behandlung des Versicherten**
  - mit Verdacht auf akuten Charcot-Fuß bzw. Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bis ein chronisch stabiler Charcot-Fuß bzw. bis ein Wagner-/Armstrong-Stadium 0/A erreicht ist, unter Beachtung einer wirtschaftlichen Verordnungsweise für Arznei- und Verbandmittel, vor allem Wundauflagen (Anlage 8) unter Nutzung des Moduls Arzneimittelmanagement (S3C-AM) der AIS-IT-Schnittstelle (gemäß Anlage 4) und
  - nach § 11b (10) bis eine ausreichende Schuhversorgung realisiert ist;
- **Verordnung von Podologischer Therapie oder häusliche Krankenpflege** bei medizinischer Notwendigkeit;
- **Sicherstellung einer** zweckmäßigen, wirksamen und wirtschaftlichen **Hilfsmittel-/ Schuhversorgung** - inkl. der Schuhabnahme - unter Nutzung der entspr. Anlage 14;
- Ruhigstellung u. Entlastung (durch einen distanzpolsternden Verband) von Druckstellen /Ulcera am plantaren Fuß mittels Wundbehandlung-Methode „Filzentlastung“, soweit andere Hilfsmittelversorgungen (Schuhversorgung nach § 11c (2)) kurzfristig nicht gegeben oder nicht ausreichend sind und die DFA ausreichend geschult ist (Anlage 9);
- **Organisation & Durchführung einer** ggf. indizierten problemorientierten „Strukturierten **ambulanten (Gruppen-) Schulung** zur Prävention von Fußulcera als Bestandteil der Behandlung von Patienten mit schwerster schmerzloser Neuropathie/risikoadaptierte Prävention („ohne Füße läuft nichts - Anleitung zur Selbstfürsorge")“ - Anlage 15) **mit jeweils 4 bis 5 Patienten** (durch DFA mit entspr. Schulungszertifikat - Anlage 9) für Versicherte mit einer peripheren Neuropathie u./o. einer pAVK u./o. Fußulcus u./o. Fußdeformationen u./o. Verlust der Schmerzempfindlichkeit gemäß o. g. sensorischer Testung von Schmerz-/Empfindlichkeitsschwellen (entspr. § 11c (1) Nr. 1).
- bei med. Notwendigkeit einer stationären Behandlung des diabetischen Fußsyndroms Einweisung in ein geeignetes/spezialisiertes Krankenhaus;
- zur Wiedervorstellung des Versicherten beim Hausarzt Übermittlung der abgestimmten Befund- und Patientendaten sowie eines aktuellen Behandlungs- u. Verordnungsplans.

Die **DFA erhält für die i. R. dieses Vertrages erbrachten Leistungen**, unter Beachtung der in Anlage 6 (1) aufgeführten Grundsätze, **folgende Vergütungen:**

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
98310	**Risikosicherungspauschale** für jeden eingeschriebenen Versicherten, bei welchem der Hausarzt ein erhöhtes Risiko für das mögliche Auftreten eines DFS (DFS oder pAVK oder diabetische Neuropathie) festgestellt und diesen an die DFA überwiesen hat (§ 11b (3)), für die • Anamnese inkl. klinischer Untersuchung u. Differenzialdiagnostik • und sensorische Testung von Schmerz- sowie Empfindlichkeitsschwellen (§ 11c (1) Nr. 1) • und Befunderhebung und Therapieempfehlung (Behandlungs- und Verordnungsplan für den Hausarzt) **einmal pro Kalenderjahr** je (AOK-PLUS-) Versicherten	**30,00 €**

Die Abrechnung der Risikosicherungspauschale (Nr. 98310)
- ist ausgeschlossen, wenn im Kalenderjahr die DFA-Koordinierungspauschale (Nr. 98312A o. 98312B bzw. 98312E o. 981312F) bereits abgerechnet wurde,
- bleibt gültig, auch wenn im späteren Verlauf eines Kalenderjahres die Abrechnung einer DFA-Koordinierungspauschale (Nr. 98312A o. 98312B bzw. 98312E o. 981312F) erfolgt.

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
	DFA-Koordinierungspauschale (Koordinierungs-Beginn) für jeden eingeschriebenen und vom Hausarzt überwiesenen Versicherten nach § 11b (4) mit DFS bei einer Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bzw. Verdacht auf akuten Charcot-Fuß für • Behandlungskoordinierung der Versicherten - entspr. § 11c (1) • und Überprüfung bzw. Initiierung einer medizinisch notwendigen Hilfsmittelversorgung - Schuhversorgung - (entspr. § 11c (2)) • und Übermittlung des Fußstatus (diabetische Fußwunde mit Wagner-Klassifikation) **einmal je (zu Beginn des) Koordinierungsfall(s)**[1]	
98312A	**… Wagnerstadium 1**	**260,00 €**
98312B	**… ab Wagnerstadium 2 oder Charcot-Fuß**	**405,00 €**

Die Abrechnung der Nr. 98312A oder 98312B
- schließt im Behandlungsfall die Abrechnung der GOP 02311 EBM sowie der DMP-Nrn. 99318G oder 99340G bzw. 99340H aus.

Die Abrechnung der Nr. 98312A bzw. 98312B
- kann nur erfolgen, wenn zeitgleich die Übermittlung einer der folgenden Fußstatus erfolgt (Nrn. 98321 bzw. 98322 bis 98325 oder bei Charcot-Fuß (akut instabil) die Nr. 98326);
- bedeutet/beinhaltet die Koordination des rechten oder linken Fußes oder beider Füße (ein auffälliger Fußstatus am anderen Fuß des Versicherten löst keine Abrechnung einer weiteren Nr. 98312A oder 98312B aus);
- kann nicht gleichzeitig im Koordinierungsfall erfolgen;
  (Erfolgt zeitgleich die Behandlung beider Füße mit jeweils unterschiedlichem Wagnerstadium bzw. akut instabilem Charcotfuß, ist die Abrechnungsnummer für das höhere Wagnerstadium/Charcotfuß anzugeben.)
- schließt die Abrechnung der Koordinierungspauschale-Ende (Nr. 98312E oder 98312F) am gleichen Koordinierungstag aus;
- kann erneut frühestens im Folgequartal nach Abrechnung d. Nr. 98312E oder 98312F erfolgen.

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
	DFA-Koordinierungspauschale (Koordinierungs-Ende) für jeden (wie vorgenannt) eingeschriebenen Versicherten, mit DFS bei einer Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bzw. mit Verdacht auf akuten Charcot-Fuß für die Behandlungskoordinierung der Versicherten – entspr. § 11c (1) • und Wiedervorstellung beim Hausarzt mit aktuellen Befund- und Patientendaten sowie Therapieempfehlungen – entspr. § 11c (6) • und Übermittlung des Fußstatus (diabetische Fußwunde mit Wagner-Klassifikation) **einmal je (nach Abschluss des) Koordinierungsfall(s)**[1]	
98312E	**… nach Abrechnungsnummer 98312A**	**100,00 €**
98312F	**… nach Abrechnungsnummer 98312B**	**200,00 €**

Die Abrechnung der Nr. 98312E oder 98312F
- schließt im Behandlungsfall die Abrechnung der GOP 02311 EBM sowie der DMP-Nrn. 99318G oder 99340G bzw. 99340H aus.

Die Abrechnung der Nr. 98312E oder 98312F
- ist möglich, wenn eine ausreichende Schuhversorgung realisiert und für den Versicherten an beiden Füßen eine Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/A bzw. ein chronisch stabiler Charcot-Fuß erreicht ist oder spätestens 9 Kalendermonate nach Abrechnung der DFA-Koordinierungspauschale-Beginn (Nr. 98312A oder 98312B);
- kann nicht gleichzeitig im Koordinierungsfall erfolgen;
- ist erst nach Abrechnung d. DFA-Koordinierungsp.-Beginn (Nr. 98312A o. 98312B) möglich (im Koordinierungsfall ist die Nr. 98312E nicht neben der Nr. 98312B, die Nr. 98312F nicht neben der Nr. 98312A berechnungsfähig);
- kann nur erfolgen, wenn zeitgleich die Übermittlung einer der folgenden Fußstatus erfolgt (Nrn. 98320 bis 98325 oder bei Charcot-Fuß die Nrn. 98326 oder 98327);
- bedeutet/beinhaltet die Koordination des rechten oder linken Fußes oder beider Füße (Eine diabetische Fußwunde am anderen Fuß des Versicherten löst keine Abrechnung einer weiteren Nr. 98312E oder 98312F aus).

[1] Koordinierungsfall:
DFS mit einer Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B bzw. Verdacht auf akuten Charcot-Fuß bis für d. Versicherten an beiden Füßen eine Wagner-/Armstrong-Klassifikation 0/A bzw. ein chronisch stabiler Charcot-Fuß, inkl. einer ausreichenden Schuhversorgung, erreicht ist

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
98313M	**MRSA-Zuschlag zur DFA-Koordinierungspauschale (Koordinierungs-Ende)** für jeden (wie vorgenannt) eingeschriebenen Versicherten - mit diabetischer Fußwunde - bei einer Wagner-/ Armstrong-Klassifikation ab 1/B für • die Behandlungskoordinierung der Versicherten • und mit Multi-resistenten Staphylococcus aureus (MRSA) im Bereich der Fußwunde (ICD-10: U80.00!) **nach Abschluss des Koordinierungsfalls einmal pro Nr. 98312E bzw. 98312F**	**115,00 €**
Der MRSA-Zuschlag (Nr. 98313M) ist nur abrechnungsfähig - am gleichen Tag wie die DFA-Koordinierungspauschale-Ende (Nr. 98312E bzw. 98312F), - bei einer Wagner-/Armstrong-Klassifikation ab 1/B (Kennzeichnungs-Nrn. 98321 bis 98325) - und nur unter Angabe der gesicherten Diagnose U80.00!.		
98313C	**Charcot-Fuß-Zuschlag zur DFA-Koordinierungspauschale (Koordinierungs-Ende)** für jeden (wie vorgenannt) eingeschriebenen Versicherten - mit akutem Charcot-Fuß während der Koordinierung - für • die Behandlungskoordinierung der Versicherten **nach Abschluss des Koordinierungsfalls einmal pro Nr. 98312E bzw. 98312F**	**115,00 €**
Der Charcot-Fuß-Zuschlag (Nr. 98313C) ist nur abrechnungsfähig - am gleichen Tag wie die DFA-Koordinierungspauschale-Ende (Nr. 98312E bzw. 98312F).		
98314	**Pauschale distanzpolsternder Verband zur Entlastung von Druckstellen** für jeden eingeschriebenen und vom Hausarzt überwiesenen Vers. • für die Wundbehandlung-Methode „Filzentlastung“ entspr. § 11c (4) **einmal je Krankheitsfall mit persönl. Arzt-Patienten-Kontakt**	**100,00 €**
Die Abrechnung der Nr. 98314 kann nur erfolgen, sofern die DFA eine Qualifizierung entspr. Anlage 9 Punkt c. gegenüber der KVS nachgewiesen hat. Die Leistung Ruhigstellung und Entlastung (durch einen distanzpolsternden Verband) von Druckstellen/Ulcera am plantaren Fuß mittels Wundbehandlung-Methode „Filzentlastung“ ist zunächst bis 31.12.2023 befristet.		

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
98315F	**Schulung** **„ohne Füße läuft nichts - Anleitung zur Selbstfürsorge“** für jeden eingeschriebenen und vom Hausarzt überwiesenen Versicherten nach § 11b (5) für die • Durchführung einer „Strukturierten ambulanten Schulung zur Prävention von Fußulcera als Bestandteil der Behandlung von Pat. mit schwerster schmerzloser Neuropathie/risikoadaptierte Prävention“ – o. g. Schulung entspr. § 11c (4) i. V. mit Anlage 15 **max. 4x je Versicherten, je Unterrichtseinheit (UE)**	**25,00 €**

Diese Schulung (Nr. 98315F)
- ist für 4 bis 5 Patienten je Schulungsgruppe geeignet,
- besteht aus max. 4 UE und kann somit max. 4x je Versicherten abgerechnet werden,
- kann nur abgerechnet werden, sofern die DFA eine Qualifizierung entspr. Anlage 9 d). gegenüber der KVS nachgewiesen hat,
- ist nur möglich, soweit der Versicherte die folgenden Einschlusskriterien erfüllt:
  - periphere Neuropathie und/oder
  - pAVK und/oder
  - Fußulcus und/oder
  - Fußdeformationen und/oder
  - Verlust der Schmerzempfindlichkeit gemäß sensorischer Testung von Schmerz- sowie Empfindlichkeitsschwellen

  (E10.74 oder E10.75 bzw. E11.74 oder E11.75
  und
  G63.2* / G99.0-*
  oder I70.20 / I70.21 / I70.22 / I70.23 / I70.24 / I70.25 / I79.2* / I70.29
  oder M20.1 / M20.2 / M20.3 / M20.4 / M20.5 / M21.27 / M21.37 / M21.4 /M21.57 / M21.6-
  oder L02.4 / L03.02 / L03.11 / L89.0- / L89.1- / L89.2- / L89.3- / L89.9- / L97
  oder Z89.4 / Z89.5 / Z89.6 / Z89.7).

Übermittlung des Fußstatus

Eine **Abrechnung der Einschreibepauschale Hausarzt** (Nr. 98300) **sowie der Risikosicherungs-** (Nr. 98310) **u. Koordinierungs-Pauschalen** (Nrn. 98312A, 98312E) **der Diabetologischen Fußambulanz (DFA) kann nur erfolgen**, **wenn zeitgleich die Übermittlung des Fußstatus** des Versicherten **erfolgt.** Die jeweils anzugebenen **Kennzeichnungsziffern** sind vorgenannt bzw. in der Anlage 6 des Vertrages detailliert beschrieben:

- **bei auffälligem Fußstatus <u>ohne Wagner-Klassifikation</u>**
  - Pulsstatus: auffällig = Kennzeichnungsziffer 98330
  - Sensibilitätsprüfung: auffällig = Kennzeichnungsziffer 98331
  - früheres DFS = Kennzeichnungsziffer 98332
  - (Wund-)Infektion = Kennzeichnungsziffer 98333
- **diabetische Fußwunde <u>mit Wagner-Klassifikation</u>**
  - bei Wagner-Stadium 0 = Kennzeichnungsziffer 98320
  - bei Wagner-Stadium 1 = Kennzeichnungsziffer 98321
  - bei Wagner-Stadium 2 = Kennzeichnungsziffer 98322
  - bei Wagner-Stadium 3 = Kennzeichnungsziffer 98323
  - bei Wagner-Stadium 4 = Kennzeichnungsziffer 98324
  - bei Wagner-Stadium 5 = Kennzeichnungsziffer 98325
- **bei Charcot Fuß**
  - bei Charcot-Fuß (akut instabil) = Kennzeichnungsziffer 98326
  - bei Charcot-Fuß (chronisch stabil) = Kennzeichnungsziffer 98327

<u>Weitere Hinweise zur Abrechnung aller o. g. Leistungen des Vertrages „DFS Sachsen“:</u>

Die Abrechnung aller o. g. Leistungen ist erst nach bestätigter Teilnahme des Versicherten am Vertrag entspr. des DFS-Versichertenverzeichnisses (§ 14 Nr. 4 des Vertrages) möglich.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, für die i. R. des Vertrages koordinierten Versicherten der AOK PLUS neben der nach Anlage 6 vereinbarten Vergütung für die erbrachten Leistungen gemäß § 11b bzw. § 11c keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

Eine umfassende Erläuterung zu den einzelnen Vergütungspauschalen finden Sie in der Anlage 6 dieses Vertrages.

2.4 Verträge zur Versorgung onkologischer Patienten

2.4.1 Vereinbarung gemäß § 73a SGB V über die qualifizierte ambulante Versorgung krebskranker Patienten (Onkologie-Vereinbarung), aktualisierte Fassung, ab 01.01.2023

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

Die diagnostische und therapeutische Versorgung von Krebskranken im Sinne dieser Vereinbarung kann nur von solchen Vertragsärzten übernommen werden, die nicht nur die ambulante Behandlung ganz oder teilweise selbst durchführen, sondern die Gesamtbehandlung entsprechend einer einheitlichen Therapie unabhängig von notwendigen Überweisungen leiten und mit den durch die Überweisung hinzugezogenen Vertragsärzten koordinieren. Ein in dieser Weise an der Vereinbarung teilnehmender Arzt wird im Folgenden als „onkologisch verantwortlicher Arzt“ bezeichnet.

Durch die besonderen Anforderungen an die ambulante Behandlung krebskranker Patienten nach diesem Vertrag bestehen für den onkologisch verantwortlichen Arzt erhöhte zeitliche, fachliche, strukturelle und personelle Anforderungen, insbesondere auch im Bereich der Sicherung und Steigerung der Qualität bei der Behandlung krebskranker Patienten, die sich im EBM nicht widerspiegeln. Diesem Umstand wird durch die Zahlung der zusätzlichen Vergütung nach dieser Vereinbarung Rechnung getragen.

Die abgestufte, flächendeckende ambulante Versorgung von onkologischen Patienten erfolgt im Rahmen eines Versorgungskonzeptes auf **2 Versorgungsebenen** (VE). Diese Versorgungsstruktur und deren Leistungen zur flächendeckenden onkologischen Versorgung sind in den §§ 2 und 3 detailliert beschrieben.

Berechtigt zur Teilnahme an dieser Vereinbarung sind:

a) zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Ärzte,
b) i. R. der vertragsärztlichen Versorgung in zugelassenen MVZ tätige angestellte Ärzte,
c) bei Vertragsärzten nach § 95 (9) und (9a) SGB V angestellte Ärzte,
d) angestellte Ärzte in Einrichtungen nach § 402 (2) SGB V,
e) im Ausnahmefall (gemäß § 4): nach §§ 31, 31a Ärzte-ZV ermächtigte Ärzte.

Die Berechtigung zur Teilnahme der o. g. Ärzte setzt zusätzlich voraus, dass diese für den fachärztlichen Versorgungsbereich gem. §§ 73, 95, 98 SGB V zugelassen sind.

Für den hausärztlichen Versorgungsbereich zugelassene Ärzte können teilnehmen, sofern durch den Zulassungsausschuss eine entspr. Genehmigung zur Erbringung fachärztlicher onkologischer Leistungen nach § 73 (1a) SGB V erteilt wurde.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen für die VE 1 und 2 sind im § 4 detailliert beschrieben, u. a. Nachweise von Patientenzahlen während der Teilnahme. Bei Antragsstellung und während der Teilnahme sind durch den onkologisch verantwortlichen Arzt weitere Voraussetzungen gemäß § 5 zu erfüllen.

Die Teilnahme erfordert einen schriftlichen Antrag an die KV Sachsen - zur Prüfung durch die Onkologiekommission - unter Angabe der VE und ggf. unter Angabe des Organgebietes, wofür der Arzt die Teilnahme beantragt. Weitere Details zum Teilnahmeantrag und zur Antragsprüfung sind im § 6 aufgeführt.

Die Teilnahme beginnt lt. § 7 mit der Genehmigung durch die KVS. Die Genehmigung zur Durchführung/Abrechnung für Leistungen der VE 2 umfasst auch die Leistungen der VE 1.

Der onkologisch verantwortliche Arzt erhält während seiner Teilnahme für seine Leistungen **eine zusätzliche außerbudgetäre Vergütung (gemäß Anlage 1**.

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
Leistungen der Versorgungsebene 1		
96500	**Behandlung florider Hämoblastosen** - im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig sowie nicht neben den Nrn. 96501, 96503 und 96505.	17,05
96501	**Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie** - im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig sowie nicht neben den Nrn. 96500, 96503 und 96505, - nur unter Angabe einer der folgenden Therapieformen (FK 5002 oder 5009): Therapieform — Kürzel **E**ndokrine **T**herapie — ET **Bis**phosponattherapie sowie Antikörpertherapie bei Knochenmetastasen — BIS **In**ter**f**erontherapie — INF **I**nter**l**eukintherapie — IL **Par**enterale Therapie bei Tumorkachexie (keine enterale Zusatznahrung) — PAR Betreuung bei **Rad**atio — RAD Tumorschmerztherapie **WHO III** — WHOIII **Tra**nsfusionspflichtige Tumoranämie — TRA Planung/ perioperative Versorgung bei Tumor-**OP** — OP **A**ktive **Ü**berwachung bei florider Tumorerkrankung (längstens 5 Jahre nach Beginn der Erkrankung oder nach Beendigung der letzten antineoplastischen Tumortherapie, unter entspr. Angabe von Quartal/Jahr) — AÜ **I**ntrakavitäre **T**mor**t**herapie — ITT	17,05
96502	**Intrakavitäre medikamentöse Tumortherapie** - im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig sowie nicht neben den Nrn. 96503, 96505 und 96509 und - nur unter Angabe des verwendeten Medikaments[1)] (FK 5002 o. 5009).	22,56
96507	**Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusions- bzw. -injektionstherapie** - im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig u. nicht neben Nr. 96508.	11,56
96508	**Onkologisch indizierte Bisphosphonatinfusionstherapie ab 2 Stunden** - im Behandlungsfall einmal berechnungsfähig u. nicht neben Nr. 96507, - nur bei Anwendung von Chlodron- oder Pamidronsäure, - von Fachärzten für Urologie off label use, unter Angabe „Kiefernekrosen“ (FK 5002 oder 5009).	28,61

Die Kostenpauschalen (Abr.-Nrn.) können nur von einem onkologisch verantwortlichen Arzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z. B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).

Abweichend davon können die Nrn. 96500, 96501, 96502 bei Vorliegen voneinander unabhängiger Tumorerkrankungen mehrfach abgerechnet werden, sofern die behandelnden Ärzte nicht der gleichen Facharztgruppe gemäß EBM-Kapitel bzw. bei Fachärzten für Innere Medizin dem gleichen EBM-Abschnitt des Schwerpunktes angehören.

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
Leistungen der Versorgungsebene 2		
96503	**Subkutane, intravasale und intramuskuläre zytostatische Tumortherapie** - einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig sowie - im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96501, 96502, 96505 und 96509 und - nur unter Angabe des verwendeten Medikaments[1)] (FK 5002 o. 5009)	180,43
96504	**Behandlung einer** laboratoriumsmedizinisch oder genetisch oder histologisch/zytologisch **gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung** (entspr. Leistungslegende der GOP 13500 EBM) **und/oder bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxizitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung** (entspr. Leistungslegende der GOP 13502 EBM) - einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig bzw. - zweimal im Behandlungsfall berechnungsfähig bei Behandlung einer laboratoriumsmedizinisch oder histo-/zytologisch gesicherten, primär hämatologischen und/oder onkologischen und/oder immunologischen Systemerkrankung und bei intensiver, aplasieinduzierender und/oder toxizitätsadaptierten antiproliferativen Behandlung, - nur von onkologisch tätigen Fachärzten (FÄ) für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, FÄ für Urologie und FÄ gemäß § 4 Pkt. 3a (5).	17,05
96505	**Orale medikamentöse Tumortherapien** - einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig sowie - im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96500, 96501, 96502, 96503 und 96509 und - nur unter Angabe des verwendeten Medikaments[2)] (FK 5002 o. 5009).	88,45
96506	**Gabe von Bluttransfusionen oder Apheresethrombozytenkonzentraten** - einmal je Behandlungstag berechnungsfähig	50,00
96506A	**Gabe von Poolthrombozytenkonzentraten** - einmal je Behandlungstag berechnungsfähig	75,00

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
Leistungen der Versorgungsebene 2		
96509	**Palliativversorgung von Tumorpatienten** • **Durchführung eines palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung,** • **Umfassende Behandlung zur Systemkontrolle und -behandlung,** • **psychosoziale Stabilisierung unter Einbeziehung d. Angehörigen.** - einmal je Behandlungsfall berechnungsfähig sowie - im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 96502, 96503 und 96505, - bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Tumortherapie oder Strahlentherapie bzw. nach erfolgter Operation eines Patienten ohne Heilungschance.	180,43

1) Das verwendete Medikament muss in der Liste parenteraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein, Ausnahmen: BCG und Eculizumab.

2) Das verwendete Medikament muss in der Liste oraler antineoplastischer Wirkstoffe enthalten sein, Ausnahmen:
T-rezeptpflichtige Substanzen, Abirateron, Enzalutamid, Apalutamid und Darolutamid.

Anmerkung:

Die Wirkstoffliste wurde zur Vereinfachung zur Überführung neuer Substanzen dem ATC-Code L01 zugeordnet.

Mit Inkrafttreten dieser Vereinbarung werden durch die KV Sachsen zukünftig 2 L01, L02 und L04-Listen mit quartalsweiser Aktualisierung geführt, und zwar jeweils eine für die parenteralen und eine für die oralen Zytostatika.

Neuaufnahmen in die Wirkstoffliste können von der Onkologiekommission vorgenommen werden, sofern es sich hierbei um Wirkstoffe der ATC-Gruppe L01 handelt.
Sofern Wirk-stoffe außerhalb der ATC-Gruppe L01 aufgenommen werden sollen, erfolgt hierzu eine Abstimmung nach § 11 Nr. 2f.

Bei Neueinstellungen und Umstellungen sollen vorrangig Biosimilars verordnet werden. Abweichungen sind nachvollziehbar und patientenindividuell zu dokumentieren.

2.4.2 Rahmenvertrag inklusive zugehöriger Anlage 1 über Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele zur Förderung der Qualität sowie der bedarfsgerechten und wirtschaftlichen Versorgung onkologischer Patienten gemäß § 84 (1) Satz 5 und § 135b SGB V mit der AOK PLUS, ab 01.10.2019

4. Nachtrag ab 01.01.2023

Mit dem 4. Nachtrag sind die den Praxen von der AOK PLUS über die KVS gezahlten **Wirtschaftlichkeitsboni A1 u. A2** (für die Verordnung patentgeschützter Rabattprodukte) sowie der **Wirtschaftlichkeitsbonus B** (für die Verordnung von Biosimilars) **entfallen - ebenso wie das bisherige „Arzneimittel- und Wirkstoffverzeichnis“** in Anhang 1 zu Anlage 1.

Ziel dieses Vertrages ist die Weiterentwicklung, Konkretisierung und Förderung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Versorgung von onkologischen Patienten der AOK PLUS - unabhängig vom Wohnort - unter anderem durch spezifische Versorgungs-und Wirtschaftlichkeitsziele.

Die in der o. g. Anlage 1 enthaltenen Regelungen schränken die Therapiefreiheit des teilnehmenden Arztes nicht ein. Sie geben Orientierung, wenn im Einzelfall (ex ante) mehrere medizinisch gleichwertige Handlungsoptionen bestehen, welche die wirtschaftlichere und in diesem Fall vorzuziehende Option ist.

Geltungsbereich
Dieser Vertrag (Anlage 1) gilt für alle im Bereich der KV Sachsen zugelassenen Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, für Ärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V, in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V und in Einrichtungen nach § 105 (5) SGB V sowie für ermächtigte Ärzte mit einem entspr. Ermächtigungsumfang **(„Ärzte“**), **die an der Versorgungsebene 2 der „Onkologie-Vereinbarung“ teilnehmen**, die die nachfolgend geregelten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele bzw. -maßnahmen gemäß den dazu festgelegten Maßgaben erfüllen oder erbringen und **Versicherte der AOK PLUS** onkologisch behandeln.

Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele, Maßnahmen

Der Arzt verpflichtet sich zu einer **vorrangig leitliniengerechten Therapie**.
Bei gleichwertigen Behandlungsoptionen ist die wirtschaftlichere zu wählen.

Die **Pharmakotherapie** erfolgt auf Grundlage der dokumentierten Ergebnisse einer geeigneten validierten Tumordiagnostik (z.B. genetisch, histologisch/zytologisch), sofern sie für die Therapieentscheidung erforderlich sind. Die diesbezüglichen Vorgaben der Fachinformationen der zur Auswahl stehenden Arzneimittel sind zu beachten.

Die Vertragspartner streben an,

- den **Anteil rabattierter Arzneimittel zu steigern** und den nichtrabattierter Arzneimittel zu verringern. Bei patentgeschützten, vergleichbaren Arzneimitteln soll der Arzt, sofern keine med. Gründe entgegenstehen, Arzneimittel, für die eine Rabattvereinbarung der AOK PLUS besteht, bevorzugt berücksichtigen. ~~– Wirtschaftlichkeitsziel(e) A~~
- den **Anteil biosimilarer Arzneimittel zu erhöhen** und den von Original-Biologika/Biopharmazeutika zu senken. Bei der Verordnung von auch in biosimilarer Zulassung erhältlichen onkologischen Wirkstoffen ~~gemäß der Anlage 1 Anhang 1 Teil B~~ sind vorrangig die Biosimilars zu nutzen. ~~– Wirtschaftlichkeitsziel B~~
- die **Ausgaben für Arzneimittel zu senken - durch Absetzversuche der Arzneimitteltherapie** bei Patienten mit einer gesicherten chronischen myeloischen Leukämie (CML) – Wirtschaftlichkeitsboni C1 und C2.

Bei Patienten mit einer CML im Stadium einer über mind. 2 Jahre anhaltenden labordiagnostisch nachgewiesenen Remission (M4) (Diagnose C92.11 gem. ICD-10-GM) und mind. fünfjähriger Firstline-Therapie mit einem derzeit für die CML zugelassenen Tyrosinkinasehemmer (Imatinib, Nilotinib, Dasatinib, Bosutinib, Ponatinib) kann unter Abwägung der med. Risiken und engmaschiger Kontrolle ein **Absetzversuch der Arzneimitteltherapie** in Betracht gezogen werden.

Die Praxis (Betriebsstätte inkl. zugehöriger Nebenbetriebsstätte) **kann abrechnen:**

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
96531A	**Wirtschaftlichkeitsbonus C1** für **einen dokumentierten Absetzversuch und** dem damit verbundenen **erhöhtem Kontroll- u. Überwachungsaufwand** - einmal je Behandlungsfall - im Quartal des Absetzversuches	**200,00 €**
96531B	**Wirtschaftlichkeitsbonus C2** für einen **in den darauffolgenden 8 Quartalen erfolgreich geführten Versicherten**, für den in diesem Zeitraum keine Arzneimitteltherapie für die CML erfolgt bzw. wiederaufgenommen wird - einmal je Behandlungsfall - ein engmaschiger Kontrollplan mit Diagnostik entspr. der aktuellen Leitlinien ist sicherzustellen, zu dokumentieren und auf Anfrage der AOK PLUS vorzulegen.	**25,00 €**

Supportivarzneimittel, die im Rahmen der Tumortherapie verordnet werden (z. B. Antiemetika, Antihistaminika, Glukokortikoide, Bisphosphonate), sollen **als Fertigarzneimittel** rezeptiert werden. Eine Rezepturzubereitung dieser Arzneimittel wird in der Regel als unwirtschaftlich angesehen. Auch hier ist **vorrangig auf rabattierte Arzneimittel** zurückzugreifen **oder aut-idem** zuzulassen.

Die **Verordnungsmenge muss dem aktuellen Zustand des Patienten angepasst sein** und soll - ausgenommen Verordnungen über parenterale Ernährung – einen Zeitraum von einem Monat grundsätzlich nicht überschreiten.

Die **Indikation zur parenteralen Ernährung** erfolgt durch den Arzt entspr. der aktuellen S3-Leitlinien "Künstliche Ernährung im ambulanten Bereich" und "Klinische Ernährung in der Onkologie" der DGEM. Die Menge pro Verordnung ist dem aktuellen Zustand des Patienten anzupassen und die Reichdauer soll14 Tage nicht überschreiten.
Die AOK PLUS stellt hierfür unterstützend das Web-basierte Verordnungsserviceportal CareSolution® kostenfrei zur Verfügung, welches grundsätzlich genutzt werden soll.

Die oben genannten Regelungen, insbesondere über die rabattierten Arzneimittel, werden über das PVS angezeigt, soweit dieses um die S3C-Arzneimittelschnittstelle erweitert ist. Zusätzlich kann eine regelmäßige Information der teilnehmenden Ärzte durch die AOK PLUS erfolgen.

Die Abrechnung richtet sich nach den Bestimmungen der vertragsärztlichen Versorgung und erfolgt lt. § 295 SGB V durch den Vertragsarzt quartalsweise gegenüber der KVS.

Die Finanzierung der Wirtschaftlichkeitsboni durch die AOK PLUS erfolgt außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

2.4.3 zum Rahmenvertrag über Versorgungs- u. Wirtschaftlichkeitsziele z. Förderung d. Qualität sowie d. bedarfsgerechten u. wirtschaftlichen Versorgung onkologischer Patienten gem. § 84 (1) Satz 5 u. § 135b SGB V: **Anlage 2 „Wirtschaftlichkeit und Qualität besonderer radiologischer Diagnostik“ mit der AOK PLUS, ab 01.01.2020**

Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitsziele
Die Bestimmungen dieser Anlage sollen gemeinsam abgestimmte Qualitätsanforderungen sowie die angemessene und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten der AOK PLUS mit Anspruch auf besondere radiologischer Diagnostik festlegen. Sie regeln den Zugang der anspruchsberechtigten Versicherten als qualitätsgesicherte Sachleistung unter den Bedingungen der vertragsärztl. Versorgung und unter Vermeidung von nicht erforderlichen Mehrkosten durch unangemessene Selbstbeschaffung.

Zugangskriterien Patienten
Für **Versicherte der AOK PLUS** (Vorlage eGK) kann ein mp MRT durchgeführt werden, wenn alle folgenden allgemeinen medizinischen Voraussetzungen gegeben sind:
- **noch nicht vollendetes 75. Lebensjahr**,
- **Überweisung eines onkologischen tätigen Facharztes**, der an der Onkologie-Vereinbarung (siehe Punkt 2.4) teilnimmt,
- **positive Nutzen-Risiko-Abwägung**
  (durchzuführen z. B. beim Vorhandensein eines Herzschrittmachers, Medikamentenpumpen und anderen Risiken für die Durchführung eines MRT) und
- der Patient schließt eine weitere diagnostische/therapeutische Konsequenz (Prostata-Re-Biopsie, Operation, Radiatio) nicht aus.

Bei zusätzlichem Vorliegen mind. einer der nachfolgend aufgeführten Voraussetzungen kann ein mp MRT im Rahmen dieser Vereinbarung durch den teilnehmenden Radiologen indiziert sein und durchgeführt werden:
- PSA-Anstieg nach negativer Erstbiopsie oder
- Nachweis eines niedrig Risiko Karzinoms in der Prostata-Biopsie vor Beginn einer
- Active Surveillance oder
- im Rahmen der Active Surveillance vor der empfohlenen Re-Biopsie oder
- vor Radatio oder Operation bei lokal fortgeschrittenen Karzinomen nach positivem Votum einer interdisziplinären Tumorkonferenz.

Geltungsbereich
Diese Anlage 2 gilt für alle im Bereich der KV Sachsen zugelassenen Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, für Ärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V, in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V und in Einrichtungen nach § 105 (5) SGB V sowie für ermächtigte Ärzte mit einem entspr. Ermächtigungsumfang **(„Ärzte“), die über eine entspr. Genehmigung nach § 4 der Kernspintomographie-Vereinbarung verfügen**.

Die Erbringung und Abrechnung der Leistung mp MRT ist **nur unter folgenden qualifikatorischen Voraussetzungen** zulässig:

1. ein erfolgreich absolviertes technisches Qualitätssicherungsverfahren des BDR und DRG zu Messparametern und Bildqualität für die mpMR Prostatographie und
2. fachlicher Qualifizierungsnachweis bspw. durch Vorlage eines Zertifikates zur Qualifizierungsstufe Q1 oder Q2 Spezialzertifizierung mpMRT Prostata der AG Uroradiologie und Urogenitaldiagnostik der DRG und
3. Vorhandensein einer Genehmigung nach § 4 der Kernspintomographie- Vereinbarung.

Die Nachweise sind gegenüber der KV Sachsen im Rahmen einer Beantragung zu erbringen.

96532 multiparametrisches MRT (mp MRT) der Prostata
zur Diagnostik des Prostatakarzinoms
für einen o. g. Versicherten der AOK PLUS
BMÄ (nur AOK PLUS) .....**450,00 €**

Die die o. g. Leistung wird von der AOK PLUS außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a (3) SGB V vergütet.

Das mp MRT ist **nicht berechnungsfähig**, wenn es **als Kontrolluntersuchung im Sinne des watchful waiting** erfolgt.

Die erforderlichen Kontrastmittel sollen von den beteiligten Ärzten unter Beachtung des Wirtschaftlichkeitsgebotes gemäß § 12 SGB V und der med. Notwendigkeit ausgewählt werden. Die **Verordnung erfolgt auf Muster 16 im Rahmen des Sprechstundenbedarfs.** Sofern keine medizinischen Gründe entgegenstehen sollen dabei vorrangig die von Rabattvereinbarungen der AOK PLUS umfassten Kontrastmittel genutzt werden.

2.5 Sozialpsychiatrie-Vereinbarung

Diese Vereinbarung über besondere Maßnahmen zur Verbesserung der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen zwischen Kassenärztlicher Bundesvereinigung und GKV-Spitzenverband trat am 01.07.2009 in Kraft und ersetzte als bundesmantelvertragliche Anschlussregelung (Anlage 11 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte) die bestehenden regionalen Vereinbarungen.

Mit Wirkung zum 01.01.2019 erfolgte die Anpassung der nachfolgend beschriebenen Kostenpauschale 88895.

Die Vereinbarung dient der Förderung einer qualifizierten interdisziplinären sozialpsychiatrischen Behandlung von Kindern und Jugendlichen in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung.

Die sozialpsychiatrische Behandlung ist bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres des Patienten aufzunehmen, zu einem späteren Zeitpunkt begonnene Behandlungen sind nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. Die Fortführung einer solchen sozialpsychiatrischen Behandlung nach dieser Vereinbarung über die Vollendung des 21. Lebensjahres des Patienten hinaus ist nur unter Angabe einer besonderen Begründung möglich.

Teilnahmeberechtigt sind Ärzte, die die Berechtigung zum Führen der Gebietsbezeichnung Kinder- und Jugendpsychiater erworben haben sowie Kinderärzte, Nervenärzte und Psychiater mit entsprechender Qualifikation, d.h. mit mind. zweijähriger Weiterbildung im Bereich der Kinder- und Jugendpsychiatrie, wenn sie die in den §§ 3 und 4 genannten Voraussetzungen erfüllen und sich gegenüber der KV Sachsen verpflichten, eine qualifizierte sozialpsychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen im Sinne dieser Vereinbarung sicher zu stellen.

Der an dieser Vereinbarung teilnehmende Arzt muss die interdisziplinäre Zusammenarbeit medizinischer, psychologischer, pädagogischer und sozialer Dienste gewährleisten und hierdurch – zusätzlich zu den in der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungs- und verordnungsfähigen Leistungen – die in der Anlage 1 zu dieser Vereinbarung aufgeführten Leistungsbereiche und Tätigkeitsfelder sicherstellen.

Weitere Anforderungen für die interdisziplinäre psychiatrische Versorgung von Kindern und Jugendlichen (Zusammensetzung des Praxisteams, räumliche Anforderungen, kontinuierliche Zusammenarbeit mit den übrigen an der Behandlung des Patienten beteiligten Ärzten, …) sind in den §§ 3 und 4 dieser Vereinbarung detailliert beschrieben.

Voraussetzung für die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist ein entspr. Antrag an die KV Sachsen, welchem die Nachweise über die Erfüllung der Voraussetzungen (gem. § 3) sowie eine Erklärung über die Erfüllung der aufgeführten Anforderungen sowie der Sicherstellung einer umfassenden sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen nach den Regeln der ärztlichen Kunst für die von ihm betreuten Patienten beizufügen sind.

Zur Erstattung des besonderen Aufwands, welcher i. R. der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen mit deren multiprofessionellen Betreuung nach dieser Vereinbarung verbunden ist, wird dem teilnehmenden Arzt zusätzlich zu den nach EBM abrechnungsfähigen Leistungen je Behandlungsfall eine Kostenpauschale abhängig von der Anzahl der im Quartal erbrachten Behandlungsfälle vergütet (gemäß Anlage 2).

Soweit je Praxis im Quartal nicht mehr als 400 Behandlungsfälle erbracht werden, gelten für diese Kostenpauschale folgende gestaffelte Vergütungen:

88895 **Kostenpauschale für den besonderen Aufwand** (gem. § 6 Abs. 2), **je Behandlungsfall**
- für den **1. bis 350. Behandlungsfall** (BMÄ / E-GO) ..... **186,00 €**
- **ab dem 351. bis 400. Behandlungsfall** (BMÄ / E-GO) ..... **139,50 €**

- Diese Obergrenze (400 Behandlungsfälle im Quartal) kann aus Sicherstellungsgründen der sozialpsychiatrischen Versorgung von Kindern und Jugendlichen gemeinsam durch KV Sachsen und Kranken-/Ersatzkassen modifiziert werden.
- Für jeden weiteren sozialpsychiatrisch zugelassenen Arzt, der in der Praxis tätig ist, erhöhen sich die Fallzahlgrenzen der Behandlungsfälle um 80 %.
- Auf nicht vollzeitig tätige Ärzte gelten die genannten Obergrenzen sowie deren Erhöhung anteilig entsprechend ihres Tätigkeitsumfanges.

- Für **alle Versicherten** nach BMÄ bzw. E-GO berechnungsfähig,
- **Genehmigung** gemäß o. g. Vereinbarung **erforderlich,**
- nur **einmal pro Behandlungsfall** berechnungsfähig,
- nur berechnungsfähig, wenn **mindestens eine psychische Erkrankung oder Verhaltensstörung diagnostiziert** wurde (gesicherte Diagnose F00.- bis F99 gemäß ICD-10-GM).
- Voraussetzung sind **mind. drei Patienten-Kontakte im Behandlungsfall**, d. h.
  * <u>mindestens ein Arzt-Patienten-Kontakt</u>
    (Kennzeichnung: Versicherten-/ Grundpauschale oder Nr. 99990),
  * <u>und mindestens ein SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt</u>
    (Kennzeichnung: Abrechnung der Nr. 99990M),
  * <u>und ein dritter Patienten-Kontakt</u>, entweder als
    Arzt-Patienten- oder Arzt-Eltern- oder SPV-Mitarbeiter-Patienten-Kontakt
    (Kennzeichnung: Abrechnung von Leistungen o. Nr. 99990 o. Nr. 99990M).

- Voraussetzung für d. Vergütung der Kostenpauschale ist die Bestätigung, auch unter Angabe der Diagnose, dass beim betreffenden Patienten eine psychische Erkrankung, Behinderung oder Konfliktsituation mit fortgesetztem Interventionsbedarf unter Einbeziehung komplementärer Dienste vorgelegen hat.

Der teilnehmende Arzt hat den Patienten bzw. dessen Eltern <u>vor</u> Aufnahme der Behandlung zu befragen, ob bereits eine laufende sozialpsychiatrische Behandlung in Sozialpädiatrischen Zentren (SPZ), Psychiatrischen Institutsambulanzen (PIA) oder anderen sozialpsychiatrischen Einrichtungen in Anspruch genommen wird und das Ergebnis dieser Befragung zu dokumentieren. Ergibt die Befragung eine solche bereits laufende sozialpsychiatrische Behandlung, besteht vor deren Beendigung kein Anspruch auf eine Versorgung und Vergütung i. R. dieser Vereinbarung.

2.6 Vereinbarungen zur Abgeltung von Sachkosten

2.6.1 Vereinbarung zur Abgeltung von Sachkosten bei der Durchführung von amb. Katarakt-Operationen(Katarakt-Vereinbarung) mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.07.2015

4. Nachtrag mit Wirkung ab 01.01.2023

Gegenstand der Vereinbarung ist die Vergütung und Abgeltung der im Zusammenhang mit ambulanten Katarakt-Operationen entstehenden Sachkosten für Intraokularlinsen (IOL) sowie dazugehörige Einmalartikel für GKV-Versicherte 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.

Für diese Vereinbarung gelten die Grundsätze der persönlichen Leistungserbringung in der vertragsärztlichen Versorgung. Eine Delegation von ärztlichen Leistungen ist nur auf die Ärzte möglich, die gemäß Ärzte-Zulassungsverordnung zur Erbringung ärztlicher Leistungen am Praxissitz berechtigt sind.

Die im Rahmen dieser Vereinbarung tätigen Ärzte haben eine vollständige Dokumentation über alle von ihnen behandelten Patienten zu führen.

Für die zu implantierenden IOL werden **folgende Qualitätskriterien** vereinbart:
- im Regelfall faltbare Intraokularlinsen (für Silikon- und Acryllinsen),
- CE-Zertifikat.

Jeder an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmende Arzt verpflichtet sich im Rahmen dieser Vereinbarung verbindlich zur Einhaltung dieser Qualitätskriterien und zur Aushändigung eines Implantatausweises an den Versicherten.

Die KV Sachsen stellt stichprobenhaft jährlich von 20 % der abrechnenden Praxen für jeweils 50 Fälle, sowie bei Bedarf auch anlassbezogen, folgende Angaben zusammen:
- BSNR,
- Hersteller (wie auf dem Linsenpass angegeben),
- Linsenname/Modellbezeichnung (wie auf dem Linsenpass angegeben).

Für diese Praxen kann die KV Sachsen einen Nachweis des Bezugsweges der Linsen mittels Vorlage der um Preise bereinigten Rechnungskopien anfordern.

Die an dieser Vereinbarung beteiligten Vertragsärzte verpflichten sich, die zur qualitativ hochwertigen Durchführung der Katarakt-Operationen notwendigen Sachleistungen ausreichend, zweckmäßig und wirtschaftlich zu erbringen sowie alle Möglichkeiten der Kostenreduzierung auszuschöpfen und insb. Mengenrabatte, die Herstellerfirmen für Sonderlinsen und ggf. notwendige Kapselspannringe gewähren, vollständig den Krankenkassen weiterzugeben.

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

Gemäß dem 4. Nachtrag zur „Katarakt-Vereinbarung“ werden die Sachkostenpauschalen für intraokulare Linsen mit Wirkung ab 01.01.2023 wie folgt angepasst (fortgeführt):

Im Zusammenhang mit ambulanten Katarakt-Operationen entstehende Sachkosten für …	**Sachkosten-pauschale**	**Vergütung**
PMMA-Linse (bzw. nicht faltbare Linsen)	**99102**	100,00 €
Silikonlinse	**99103**	160,00 €
Acryllinse (bzw. faltbare Linsen)	**99104**	190,00 €
Einmalschlauchsystem und Einmalartikel zusätzlich zu den Nrn. 99102, 99103, 99104, **je implantierter Intraokularlinse,** einschl. aller Einmalprodukte (z. B. Einmaloperationsbestecke, Spülkassetten)	**99105**	BMÄ (außer AOK PLUS) / E-GO …….…. 73,00 € AOK PLUS* ….. 50,00 €

Hinweise zur Abrechnung:

- für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO berechnungsfähig.
- jeweils nur zweimal pro Behandlungsfall,
- nur im Zusammenhang mit dem intraokularen Eingriff,
- Nr. 99105 nur im zeitlichen Zusammenhang mit den Nrn. 99102, 99103 oder 99104.

Der Abrechnung ist - als zwingende Voraussetzung - **eine Kopie des Linsenpasses (ergänzt um Modellbezeichnung, Hersteller- und Patientendaten) beizufügen.**

* Im Rahmen der „Vereinbarung zur Förderung der Qualität der Nachsorge bei ambulanten Katarakt-Operationen“ (Punkt 2.25) senkte die AOK PLUS die Pauschale für Einmalartikel (je implantierter Intraokularlinse) ab 01.04.2011 von 73,00 € auf 50,00 €.

Artikel des Sprechstundenbedarfs (SSB), wie benötigte Arznei-/Verbandmittel und Nahtmaterial sind i. R. der Sächsischen SSB-Vereinbarung erstattungsfähig. Neben den o. g. Sachkostenpauschalen sind Einmalprodukte nicht gesondert zu vergüten - gemäß den allg. Bestimmungen des EBM sind sie in den abrechnungsfähigen Leistungen enthalten.

Mit den o. g. Pauschalen sind alle Aufwendungen des Augenarztes, inkl. der Beschaffung und Lagerung des Implantats, abgegolten.

Der Augenarzt darf dem Versicherten keine zusätzlichen Kosten in Rechnung stellen. Wünscht der Versicherten ausdrücklich die Versorgung mit einer **Sonderlinse** (z. B. Multifokallinse, torische Linse) abweichend vom Wirtschaftlichkeitsgrundsatz, werden dem Versicherten die Mehrkosten für diese Linse vom Operateur in Rechnung gestellt.
Über die KV Sachsen wird dann die vertraglich vereinbarte Pauschale für die Linse abgerechnet, die entsprechend der medizinischen Indikation angemessen gewesen wäre.
Die dem Patienten gestellte Rechnung ist in Kopie der Abrechnung beizufügen.

Ist im Einzelfall eine **Sonderlinse** bzw. ein **Kapselspannring** medizinisch notwendig, können diese Sachkosten nach vorheriger Genehmigung bzw. unter Angabe der Begründung mit der zuständigen Krankenkasse in nachgewiesener Höhe gesondert abgerechnet werden. Die Abrechnung der Kosten für die implantierte IOL sowie für Viskoelastika erfolgt dann mit der Krankenkasse. Eine zusätzliche Abrechnung über die KVS ist nicht möglich.

Die Linsenkenndaten (Aufkleber) sind im Linsenbuch zu vermerken, auf Anforderung ist den Krankenkassen Einsicht zu gewähren.

Die Zahlung von Zuweiserpauschalen, d. h. Zuweisung gegen Entgelt o. andere Vorteile zwischen den Leistungserbringern - auch aus nichtmedizin. Gründen - ist nicht zulässig.

2.6.2 Vereinbarung über die Vergütung von Sach- und Dienstleistungen bei der ambulanten Durchführung von Apheresen 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 €**

- 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 GOPen 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 €**~~

- 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 der 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 01.07.2007 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.

2.6.3 Abrechnung von Sachkosten gegen Vorlage der Rechnung, ab 01.04.05

- siehe auch § 44 (6) Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) -

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

- sie nicht unter die entspr. Allgemeine Bestimmung des EBM (= mit den Gebührenordnungspositionen 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.

Der Abrechnungsordnung (AbrO) der KV Sachsen (§ 1 Absätze 2, 3) zufolge müssen Sachkosten i. d. R. quartalsgleich, spätestens jedoch ein Quartal nach Erbringung der zugrunde liegenden Leistung, geltend gemacht (abgerechnet) werden.

99999A Sachkosten bei der Behandlung im Rahmen der ASV
(Sachkosten, die bei der Behandlung im Rahmen der ambulanten spezialfachärztlichen Versorgung (ASV) angefallen sind)

- **Nur durch „ASV-Berechtigte“** innerhalb der ASV unter Angabe der ASV-Teamnummer **berechnungsfähig**.
- Bei der Abrechnung mittels Praxisverwaltungssystem sind die folgenden Felder (Feldkennungen) zu füllen:
  5001 (Nr.): 99999A
  5011 (Bezeichnung): Bezeichnung des Artikels (Text bis max. 60 Zeichen)
  5012 (Kosten): Betrag in Cent
  5074 (Name des Herstellers/Lieferanten; Text bis max. 60 Zeichen)
  5075 (Artikel-/Modellnummer
  zu den gesondert berechnungsfähigen Sachkosten nach Nr. 29
  des § 2 der ASV-Abrechnungsvereinbarung; Text bis max. 60 Zeichen)
  5100 (ASV-Teamnummer des Vertragsarztes): 9-stellige Nr.
- **Die entspr. Bestimmungen des EBM im Bereich VII**, **Punkt 6.2.3** „Gesondert berechnungsfähige Sachkosten“ **sind zu beachten**.
- **Die rechnungsbegründenden Unterlagen (Originalrechnungen) sind** für die Dauer von 5 Jahren **aufzubewahren**. Auf begründete Anfrage ist der Krankenkasse eine Kopie der Originalrechnung zu übermitteln.

99999B Sachkosten im Zusammenhang mit der Gebührenordnungsposition 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 patientenbezogene Originalrechnung beigefügt wurde.

99999C Sachkosten im Zusammenhang mit interventionellen kardiologischen Maßnahmen, wie z. B. d. Rotablation, Laseratherektomie o. Atherektomie **entspr. der Präambel Nr. 2 zum Abschnitt 40.6 EBM, 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 patientenbezogene Originalrechnung beigefügt 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 patientenbezogene Originalrechnung beigefügt wurde.

- Gemäß Punkt 3 der Präambel zum Abschnitt 31.2.5 des EBM beinhalten Endoskopische Gelenkeingriffe (Arthroskopien) nach den GOPen 31141 bis 31147 die Kosten für Implantate bei rekonstruktiven Bandersatzoperationen bis zu einer Höhe von 25,56 €. Darüber hinausgehende Implantatkosten sind über die KV mit der zuständigen Krankenkasse abzurechnen.
  Gemäß einer Information der Kassenärztlichen Bundesvereinigung vom 17.07.2013 gehören dazu nur die arthroskopisch rekonstruktiven Bandersatzoperationen mit den OPS-Kodes 5-813.3 bis 5-813.8, 5-813.d bis 5-813.h, 5-814.b, 5-815.2*, 5-815.3*.

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 patientenbezogene Originalrechnung beigefügt wurde.

99999S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat (durch Operateur) unter Beifügung der patientenbezogenen Originalrechnung

- siehe Punkt 2.7
  „Durchführungsvereinbarung über die Kostenerstattung nach § 22 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG)“: Abrechnung der Sachkosten ...

2.6.4 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 doppellumigen Ovarialbiopsienadeln (OPU-Kanülen) zur Durchführung der sonographisch gesteuerten Punktion der Endometriosezysten** für Versicherte der Gesetzlichen Krankenversicherung im Freistaat Sachsen.
Die Abrechnung der doppellumigen 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 doppellumigen 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, doppellumig**
(außerhalb der künstlichen Befruchtung),
BMÄ / E-GO .....**56,52 €**

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

2.7 Durchführungsvereinbarung über die Kostenerstattung nach § 22 des Gesetzes zur Vermeidung und Bewältigung von Schwangerschaftskonflikten (SchKG) im vertragsärztlichen Bereich, ab 01.01.2015

Die Vereinbarung regelt das Verfahren zur Umsetzung der Kostenabrechnung und -erstattung für ab dem 01.01.2015 im vertragsärztlichen Bereich durchgeführte Schwangerschaftsabbrüche in besonderen Fällen nach § 21 (4) u. 22 SchKG i. d. jeweils gültigen Fassung sowie der Verwaltungsvereinbarung über die Kostenerstattung nach dem SchKG mit Wirkung zum 01.01.2015. Sie gilt für Schwangerschaftsabbrüche bei Frauen, die im Freistaat Sachsen Ihren Wohnsitz o. gewöhnlichen Aufenthalt haben (Antragstellerinnen).

Zur Durchführung von Schwangerschaftsabbrüchen gelten die Regelungen der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen bei ambulanten 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 u. personellen Voraussetzungen erfüllen.

Die Vergütungshöhen der folgenden Pauschalen gelten ab 01.01.2023.

99165 Medikamentöser Schwangerschaftsabbruch
einschließlich aller erforderlichen Untersuchungen,
Laborleistungen, Infusionen und Dokumentationsgebühr,
inkl. Kostenerstattung für den Bezug von Mifepreston (89,25 €),
Beobachtung und Betreuung nach Durchführung des Abbruchs,
einmal pro Behandlungsfall
ambulant ..... **276,00 €**
belegärztlich[*)] ..... **49,00 €**

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

99166 Schwangerschaftsabbruch
einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen, Laborleistungen, Infusionen und Dokumentationsgebühr
ambulant ..... **173,00 €**
belegärztlich ..... **48,00 €**

99170 Beobachtung und Betreuung
nach Durchführung des Abbruchs nach der Nr. 99166
durch Gynäkologen <u>oder</u> Anästhesisten
einmal pro Behandlungsfall
nur ambulant ..... **51,00 €**

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

99172 Narkose / Anästhesie
einschließlich aller erforderlichen klinischen Untersuchungen
des Anästhesisten und Laborleistungen
ambulant ..... **237,00 €**
belegärztlich ..... **57,00 €**

99175 Aufwandserstattung für das Aufsuchen eines Kranken in der Praxis eines anderen Arztes
durch Gynäkologen oder Anästhesisten
einmal pro Behandlungsfall
nur ambulant ..... **6,00 €**

99999S Sachkosten für Prostaglandin-Präparat
(durch Operateur)
bei ambulanten und medikamentösen Schwangerschaftsabbrüchen
unter Beifügung der Rechnung ……..... **ambulant: Betrag in Cent**

- Abrechnung entsprechend als Sonderkostenträger mit VKNR 96888
  - Für die KV Sachsen gilt ab 2009/1 ausschließlich die einheitliche VKNR 96888. Bei Fragen zur Abrechnung der o. g. Leistungen wenden Sie sich bitte an die Bezirksgeschäftsstelle Dresden, Telefonnummer 0351 / 82 90 - 67 92.
- 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 o. g. Nrn. berechnungsfähig, keine weiteren Leistungen des EBM.
- Neben der Nr. 99165 sind die Nrn. 99166, 99170 und 99172 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): Bezeichn. 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 patientenbezogene Originalrechnung beigefügt wurde.
- Mit den Abrechnungsunterlagen sind auch die Bestätigung der Kostenübernahme durch die (den) jeweils zuständige(n) Krankenkasse (Kostenträger) und -soweit diese vorliegt- die Bestätigung des Abbruchs der Schwangerschaft in einer zugelassenen Einrichtung nach § 13 (1) SchKG unter den Voraussetzungen des § 218a (1), (2) oder (3) Strafgesetzbuch abzugeben.

2.8 Verträge Rehabilitation / Sekundärprävention

2.8.1 Kooperationsvertrag zur Information über Sekundärprävention und deren Befürwortung mit der AOK PLUS, ab 01.10.2009

3. Nachtrag ab 01.01.2022

Mit dem 3. Nachtrag erfolgte eine Anpassung des Vertrages ab 01.01.2022. **Das Programm „Herz-Kreislauf“ wurde beendet** - aufgrund sehr niedriger Teilnehmerzahlen. Daher konnten für dieses Programm die Nr. 99177A für die ärztliche Beratung, Information und Befürwortung schon seit 01.01.2022 nicht mehr, **die Nr. 99178A für die Abschlussuntersuchung nur noch bis 30.06.2022 erbracht und abgerechnet werden**.
Die Anlagen 1 (Handlungsfelder und Programme) und 2 (Antrag auf Sekundärprävention) wurden entspr. angepasst.

Das **Ziel der Vereinbarung** besteht in der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit der Versicherten mit bereits bestehenden Risiken bzw. beginnenden Krankheitssymptomen durch die nach ärztlicher Information bzw. Befürwortung durchgeführten „Programme der Sekundärprävention“.

Anspruchsberechtigt sind alle Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr mit den entspr. Indikationen. Die Ernährungsberatung kann auch für Kinder und Jugendliche unter Einbeziehung eines Erziehungsberechtigten erfolgen.

Berechtigt zur Erbringung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen nach diesen Vereinbarungen sind niedergelassene und angestellte Vertragsärzte sowie Ärzte in MVZ gemäß § 95 (1) SGB V oder Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V.
Ausgenommen davon sind Ärzte lt. § 13 (4) BMV-Ä, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (z. B. Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin, Nuklearmedizin, Pathologie, Neuropathologie, Radiologie, Diagnostische Radiologie, Radiologische Diagnostik, Strahlentherapie).

Das **Verfahren** stellt sich gemäß § 3 der o. g. Vereinbarung wie folgt dar:

Stellt der Arzt bei einer Untersuchung/Behandlung eines AOK PLUS-Versicherten Risikofaktoren für eine sich abzeichnende Krankheit fest, die durch die Programme (lt. Anlage 1) positiv beeinflusst werden können, informiert er den Versicherten darüber, motiviert davon Gebrauch zu machen (Kontraindikationen gemäß Anlage 1 sind auszuschließen) und befürwortet die Inanspruchnahme mittels Anlage 2 (Antrag, Stand 01.01.2022).

Die Teilnahme ist für AOK PLUS-Versicherte grundsätzlich einmal pro Programm möglich. Eine Wiederholung des gleichen Programms kann frühestens nach vier Jahren erfolgen. Die Angebote der Sekundärprävention sollen die ärztliche Betreuung sowie andere Maßnahmen der Krankenbehandlung sinnvoll ergänzen/begleiten.

Der Arzt bestätigt auf dem Antrag die Diagnose und gibt dem Versicherten die für die Beratung und Durchführung des entspr. Programms erforderlichen Hinweise (z. B. Belastungseinschränkungen, med. Parameter, Medikamente) gesondert mit, die von diesem an die entsprechende Fachkraft übergeben werden.

Der Arzt händigt dem Versicherten den Antrag (Anlage 2) aus. Dieser nimmt unmittelbar danach mit der AOK PLUS auf, um die weitere Durchführung zu besprechen.

Die AOK PLUS prüft den Antrag und genehmigt diesen, sofern die erforderlichen Voraussetzungen erfüllt sind. Sie bestimmt Umfang, Dauer und Ort/Einrichtung der Maßnahme.

Falls notwendig, verständigen sich die jeweiligen beauftragten Fachkräfte im Verlauf der Maßnahme mit dem befürwortenden Arzt zu auftretenden Problemen.

Bei Abbruch/Ablehnung der Maßnahme o. ä. informiert die AOK PLUS den befürwortenden Arzt über den Abbruch/die Ablehnung sowie die bis dahin ggf. erzielten Ergebnisse, damit dieser dennoch auf eine dauerhafte Verhaltensänderung des Versicherten hinwirken und dessen Motivation zur Übernahme von Eigenverantwortung stärken kann.

Nach Beendigung o. Abbruch der Maßnahme erhält der behandelnde Arzt den vollständig ausgefüllten Antrag (Anlage 2) im Original direkt vom Kompetenzzentrum zurück, sofern diesem eine Erklärung des Versicherten zur Entbindung von der Schweigepflicht vorliegt (die Anlage 2 wurde entspr. ergänzt), andernfalls vom Versicherten selbst.

Der behandelnde Arzt vermerkt darauf das med. Ergebnis unter "Abschlussuntersuchung des Arztes" und reicht ihn im Original mit der Quartalsabrechnung bei der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle (BGST) der KV Sachsen (KVS) ein.

Die Antragsformblätter sind für die teilnehmenden Ärzte über die KVS erhältlich und ab dem 01.01.2022 in der neuen Fassung zu verwenden.

Die erbrachten ärztlichen Leistungen werden wie folgt vergütet:

Programm der Sekundärpräv.		**Leistungsbeschreibung**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Gruppenprogramme	**Rücken**	Ärztliche Beratung/Information und Befürwortung	**99192A**	5,00 €
		Abschlussuntersuchung des Arztes	**99193A**	11,00 €
	Leichter und aktiver leben	Ärztliche Beratung/Information und Befürwortung	**99194A**	5,00 €
		Abschlussuntersuchung des Arztes	**99197A**	11,00 €
Ernährungsberatung (Einzelprogramm)		Ärztliche Beratung/Information und Befürwortung	**99195A**	5,00 €
		Abschlussuntersuchung des Arztes	**99196A**	11,00 €

Hinweise zur Abrechnung:

Die o. g. Abrechnungsnummern (Pauschalen) sind

- **nur gültig Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr** mit der entspr. Indikation (außer Ernährungsberatung: auch für Kinder/Jugendliche unter Einbeziehung eines Erziehungsberechtigten),
- jeweils **nur einmal pro ambulanten Behandlungsfall berechnungsfähig.**

Die vom Arzt durchzuführenden Dokumentationen sind mit den o. g. Abr.-Nrn. abgegolten.

Die Abr.-Nrn. für die Abschlussuntersuchung sind bei der gleichen Diagnose neben den Gebührenordnungspositionen 27310 und 13250 des EBM nicht berechnungsfähig.

Die Vergütung für d. jeweilige Abschlussuntersuchung wird nur gewährt, wenn d. erforderl. Dokumentation durchgeführt und bei der zuständigen BGST der KVS eingereicht wurde.

Bei Nichtwiedervorstellung des Patienten beim befürwortenden Arzt sind nur die Abr.-Nrn. für die Beratung/Information u. Befürwortung abrechnungsfähig, der Antrag (Anlage 2) muss dann nicht mit den Abrechnungsunterlagen eingereicht werden.

2.8.2 Vereinbarung zur Empfehlung von Angeboten in der Sekundär- und Tertiärprävention mit der IKK classic, ab 01.07.2015

2. Nachtrag mit Wirkung ab 01.09.2019

Mit dem 2. Nachtrag wurde die Anlage 1 „Ärztliche Empfehlung für Präventionsangebote in der Sekundär- und Tertiärprävention …“ aufgrund der Änderung des Logos der IKK classic neu gefasst, die ab dem 01.09.2019 zu verwenden ist. In den Praxen vorgehaltene Präventionsempfehlungen in der bisherigen Fassung können aufgebraucht werden.

Das **Ziel der Vereinbarung** besteht in der Wiederherstellung bzw. Verbesserung der Gesundheit der Versicherten bei vorliegenden Indikationen (gemäß Anlage 2 „Indikationen für Beratungsleistungen auf Basis ärztlicher Empfehlung“) mit bestehenden Risiken bzw. Krankheitssymptomen durch die nach ärztlicher Beratung/Präventionsempfehlung durchgeführten Beratungsleistungen bzw. „Maßnahmen zur Sekundär- und Tertiärprävention“.

Anspruchsberechtigt sind Versicherte der IKK classic unabhängig von ihrem Wohnort.

Eine Verpflichtung zur Teilnahme an den Angeboten zur Sekundär- und Tertiärprävention aufgrund der ärztlichen Präventionsempfehlung durch den behandelnden Vertragsarzt besteht für die Versicherten nicht.

Berechtigt zur Erbringung und Abrechnung von ärztlichen Leistungen nach dieser Vereinbarung sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 (1) SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V.

Ausgenommen davon sind Ärzte gemäß § 13 (4) BMV-Ä, die nur auf Überweisung in Anspruch genommen werden können (z. B. Ärzte für Laboratoriumsmedizin, Transfusionsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Nuklearmedizin, Pathologie, Neuropathologie, für diagnostische Radiologie, für radiologische Diagnostik, Radiologie und Strahlentherapie).

Das **Verfahren** ist im § 3 der o. g. Vereinbarung detailliert beschrieben.

Stellt der Vertragsarzt bei einer Untersuchung/Behandlung eines IKK classic-Versicherten Risikofaktoren für eine sich abzeichnende oder bereits gesicherte Erkrankung fest, die durch die Angebote der Sekundär- und Tertiärprävention in den Handlungsfeldern Bewegung, Ernährung oder Stressmanagement positiv beeinflussbar sind, informiert er den Versicherten über das Beratungsangebot der IKK classic, berät über die Notwendigkeit und Sinnhaftigkeit der Teilnahme an den Angeboten, motiviert zur Teilnahme und stellt eine entsprechende ärztliche Präventionsempfehlung (Anlage 1, neu ab 01.09.2019) aus.

Geplante, laufende oder erst kürzlich abgeschlossene Rehabilitationsmaßnahmen (in den letzten 6 Monaten) sowie ggf. vorliegende Kontraindikationen (gemäß Anlage 2) schließen eine Präventionsempfehlung gemäß § 43 (1) SGB V aus.

Eine Präventionsempfehlung (Anlage 1) ist handlungsfeldbezogen auszustellen. Eine erneute Präventionsempfehlung im selben Handlungsfeld ist bei medizinischer Notwendigkeit frühestens im nächsten Krankheitsfall, d. h. nach Ablauf des aktuellen und der drei nachfolgenden Kalendervierteljahre möglich.

Die ärztliche Beratungsleistung und die Präventionsempfehlung werden i. d. R. in zeitlichem Zusammenhang erbracht, es kann jeweils nur eine Maßnahme empfohlen werden.

Die Einverständniserklärung (auf der Präventionsempfehlung) ist vom Versicherten unterzeichnen zu lassen.

Nach Aushändigen der Präventionsempfehlung (Anlage 1, Original an den Versicherten) berät die IKK classic ihren Versicherten zu anerkannten und verfügbaren Angeboten.

Die Durchschrift bzw. Kopie der Präventionsempfehlung wird vom Vertragsarzt mit der jeweiligen Quartalsabrechnung als rechnungsbegründende Unterlage an die KV Sachsen zur Weiterleitung an die IKK classic übermittelt.

Für die erbrachte ärztliche Beratungsleistung sowie das **Ausstellen der Präventionsempfehlung (Anlage 1)** werden folgende Pauschalen vergütet:

Leistungsbeschreibung: Ärztliche Beratung und Ausstellen der Präventionsempfehlung (Anlage 1) zu einer Maßnahme der Sekundär-/Tertiärprävention im Handlungsfeld …	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Stressmanagement	**99179X**	6,00 €
Bewegung	**99192X**	6,00 €
Ernährung	**99195X**	6,00 €

Hinweise zur Abrechnung:

Die o. g. Abrechnungsnummern (Pauschalen) sind

- **nur gültig für Versicherte der IKK classic**,
- jeweils **nur einmal pro Krankheitsfall berechnungsfähig.**

Die Durchschrift bzw. Kopie der Präventionsempfehlung (Anlage 1) ist vom Vertragsarzt mit der jeweiligen Quartalsabrechnung als rechnungsbegründende Unterlage bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen einzureichen.

Mit den o. g. Pauschalen sind die vom Arzt erbrachten Leistungen nach dieser Vereinbarung abgegolten.

Die Abrechnung erfolgt gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KV Sachsen und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen (u. a. Abrechnungsordnung der KV Sachsen).

Die IKK classic stellt der KV Sachsen die erforderlichen Formulare (Anlage 1, im Selbstdurchschreibesatz) auf Anforderung kostenfrei zur Verfügung, die von den Vertragsärzten bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen angefordert werden können. Die KV Sachsen stellt die Präventionsempfehlung (Anlage 1) auf ihrer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „E“ > „Ernährung Bewegung Stressmanagement …“ als Druckvorlage (*.pdf) zur Verfügung.

2.9 Hautkrebsvorsorge-Vereinbarungen

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

Aufgrund der Aufnahme in den EBM ist die Privatabrechnung des Hautkrebs-Screenings (HKS) für Versicherte der GKV ab 01.07.2008 ausgeschlossen.

Bei der Abrechnung des HKS gemäß EBM **sind zu beachten:**

- die **Altersgrenze** der anspruchsberechtigten Versicherten (ab 35 Jahre),
- die eingeschränkte Inanspruchnahme durch GKV-Versicherte (**jedes zweite Jahr**, eine erneute Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich),
- die **zur Erbringung der Leistung berechtigten Ärzte** (hausärztlich tätige Fachärzte für Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten, Praktische Ärzte und Ärzte ohne Gebietsbezeichnung - beschränkt auf die visuelle Inspektion der Haut - sowie Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten).

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

Dokumentation

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

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

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

Die HKS-Dokumentationen werden online bzw. auf einem separaten Datenträger (dieser ist zu beschriften) exportiert. Durch das Programm wird automatisch eine elektronische Versandliste erstellt. Es besteht keine Notwendigkeit mehr, diese Versandliste der elektronischen Dokumentation in Papierform bei der KV Sachsen einzureichen.

Die Dokumentationsdaten sind am Ende des jeweiligen Quartals zusammen mit der Abrechnung bei der KV Sachsen einzureichen. Akzeptiert werden alle Medien, die auch für die Abrechnung eingesetzt werden können (online, CD/DVD, Diskette).

Mit Wirkung **zum 01.01.2019 wurden die Inhalte der elektronischen Dokumentation zur Hautkrebsfrüherkennung geändert**. Dokumentierende Haus- und Hautärzte können nun differenzierter dokumentieren, wodurch sich die Aussagen der Evaluation insgesamt verbessern sollen. Insbesondere soll künftig bei den unterschiedlichen Diagnosen und Verdachtsdiagnosen auch die hausärztliche Überweisung an den Dermatologen dokumentiert werden.

Die Neuerungen bzgl. der Dokumentation sollten im Quartalsupdate der Praxissoftware enthalten sein. (KVS-Mitteilungen Heft 12/2018)

Vergütung und Kennzeichnungspflicht der Pathologen

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

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

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

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

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

Zusätzlich zu den Regelungen des EBM gelten im Bereich der KV Sachsen Verträge bzw. Vereinbarungen mit folgenden Krankenkassen (Stand 01.10.2022):

- **AOK PLUS**, ab 01.10.2013,
- **HEK - Hanseatische Krankenkasse**, ab 01.01.2012,
- **Techniker Krankenkasse (TK)**, ab 01.01.2010.

2.9.1 Vertrag über ein zusätzliches/erweitertes Angebot zur Hautkrebsvorsorge mit der AOK PLUS, ab 01.10.2013

1. Nachtrag, ab 01.04.2020

Die Einführung dieses zusätzlichen/erweiterten Angebotes zur Hautkrebsvorsorge in der Satzung der AOK PLUS stellt eine Ergänzung zur regulären Hautkrebsvorsorge i. R. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) dar.

Ziel dieses Vertrages ist es, durch eine entsprechende Aufklärung zu den Risiken von UV-Strahlung (besonders bei ausgiebigem Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) die Zahl der zukünftigen Hautkrebserkrankungen zu verhüten und zu verringern. Potenziell gefährdete Personen werden dabei besonders sensibilisiert. Zudem werden durch frühzeitiges Erkennen von Erkrankungen die Heilungschancen erhöht und die Lebensqualität verbessert. Festgestellte Hauterkrankungen werden der kurativen Behandlung zugeführt und deren Verschlimmerung frühzeitig vermieden.

Versicherte der AOK PLUS können nach Maßgabe der Satzung jedes zweite Kalenderjahr

- **ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren**
  (d. h. ab dem 14. Geburtstag, der 35. Geburtstag darf noch nicht erreicht sein)
  die zusätzliche Hautkrebsvorsorge-Untersuchung sowie eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie,

gemäß § 2 (1) dieses Vertrages in Anspruch nehmen.

Eine erneute Untersuchung nach den vertraglichen Vorgaben ist jeweils erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

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

Die Durchführung der Hautkrebsvorsorge i. R. dieses Vertrages kann gemäß § 3 nur von Vertragsärzten erfolgen, die als **Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten** im Bereich der KV Sachsen zugelassen, in einer Praxis angestellt, in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bzw. einer Einrichtung nach § 402 (2) SGB V tätig sind (im Folgenden „Dermatologen“ genannt) und eine entsprechende Genehmigung der KV Sachsen vorweisen können (gemäß KFE-RL- D.II.).

Nachstehende Leistungen sind Bestandteil des Vertrages und erfolgen immer im Zusammenhang mit einer Aufklärung und Beratung zu den Risiken von UV-Strahlung entsprechend des individuellen Risikoprofiles. Potenziell gefährdete Personen (Risikogruppen) werden dabei besonders sensibilisiert und gesundheitspädagogisch zum Abbau von gesundheitsschädlichen Verhaltensweisen im Zusammenhang mit der Entstehung von Hautkrebs beraten.

Anspruch auf die zusätzliche bzw. erweiterte Hautkrebsvorsorge bei einem teilnahmeberechtigten Dermatologen besteht in jedem zweiten Kalenderjahr, wobei zwischen zwei Untersuchungen mindestens ein volles Kalenderjahr liegen muss.

Für Versicherte ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren:
- Hauttypbestimmung,
- vollständige Untersuchung der Haut (der gesamten Haut, des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines) einschließlich einer ggf. erforderlichen Auflichtmikroskopie,
- Befundermittlung einschließlich diesbezüglicher Beratung.

Ergibt sich aus der Hautkrebsvorsorge-Untersuchung das Vorliegen oder der Verdacht einer Krankheit, so hat der Dermatologe dafür Sorge zu tragen, dass der Versicherte unverzüglich einer weitergehenden gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird. Nachfolgende Krankenbehandlungen sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.

Die durchgeführte Untersuchung ist in der Patientenakte zu dokumentieren.

Für die **Abrechnung** der o. g. Leistungen dieses Vertrages können **in jedem zweiten Kalenderjahr einmalig** zur Abrechnung gelangen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung:** Kostenpauschale für ...	**Vergütung**
Versicherte ab dem Alter von 14 Jahren bis zum Alter von 34 Jahren		
99190	**Hautkrebsvorsorge-Untersuchung**	**26,00 €**
99190Z	**eine ggf. erforderliche Auflichtmikroskopie,** sofern in derselben Behandlung wie die Hautkrebsvorsorge-Untersuchung (Abrechnungsnummer 99190) erbracht	**7,00 €**

Die Abrechnung der o. g. Leistungen erfolgt
- unter der Angabe der behandlungsrelevanten Diagnose gemäß ICD-10-GM in der jeweiligen Fassung mit Qualifizierungsmerkmal,
- über die KV Sachsen im Rahmen der Quartalsabrechnung.

Die AOK PLUS vergütet die o. g. Leistungen gegenüber der KV Sachsen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach § 87a (3) SGB V.

2.9.2 Vertrag nach § 73c SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens mit der HEK - Hanseatische Krankenkasse, ab 01.01.2012

6. Änderungsvereinbarung, mit Wirkung ab 01.07.2020

Mit der 6. Änderungsvereinbarung wurde festgelegt, dass die KV Sachsen der HEK ein Verzeichnis der an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte zur Verfügung stellt.

Mit diesem Vertrag verfolgen die HEK und die KV Sachsen (KVS) vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personenkreise das **Ziel**, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen und durch gezielte Früherkennungsuntersuchungen
- Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- den Informationsstand einzelner Versicherter zur allg. Prävention zu erhöhen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potentiell gefährdeter Personen zu erreichen.

Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs (nach § 4) durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt (nach § 3) **haben alle Versicherten der HEK ab Vollendung des 18. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres jedes zweite Jahr einmal** (§ 2).
Eine erneute Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs ist erst nach Ablauf des auf die vorangegangene Untersuchung folgenden Kalenderjahres möglich.

Anspruch auf eine **Auflichtmikroskopie** haben Versicherte der HEK
- ab Vollendung des 18. bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres
  (i. R. der Hautkrebsvorsorge-Untersuchung nach Nr. 99190).

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

Die Teilnahme der Versicherten erfolgt durch Unterzeichnung der **Teilnahmeerklärung** (Anlage 1, neue Fassung, Stand 25.05.2018), die **vom Arzt per Fax direkt an die HEK** (Fax: 040/ 656 96 12 01) gesendet wird.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs i. R. dieses Vertrages **umfasst** (§ 4)

a) Information des Versicherten zum Versorgungsangebot u. zur Anspruchsberechtigung inkl. Aushändigung der Anlage 1 „Teilnahmeerklärung …“ zur Unterzeichnung durch den Versicherten (Originalausfertigung verbleibt in der Patientenakte) sowie Übergabe zur Einsichtnahme der Anlage 2 (bestehend aus Teil 1 „Informationen zum Datenschutz …“ und (dem neuen) Teil 2 „Patienteninformation zur Teilnahme …),
b) die Anamnese,
c) eine visuelle Untersuchung der gesamten Haut, einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines (ggf. inkl. einer erforderlichen Auflichtmikroskopie),
d) die erstmalige Hauttypbestimmung,
e) die vollständige Dokumentation (im Rahmen der üblichen Patientenakte).

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

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

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

Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten, mit Einverständnis des Versicherten, den weiterverhandelnden Ärzten zur Verfügung zu stellen.

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung (nach § 4) muss der Arzt gemäß § 3 im Bereich der KV Sachsen als **Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten** zugelassen, in einer Praxis angestellt oder in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MZV) bzw. einer Einrichtung nach § 402 (2) SGB V tätig sein und eine entsprechende **Genehmigung der KV Sachsen** vorweisen können
(gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie / KFE-RL – D.II., § 31, S. 1, 2 Nr. 2).

Ein Arzt, der diese Genehmigung neu beantragt, muss an einer zertifizierten Fortbildung entsprechend der KFE-RL (in der jeweils gültigen Fassung) teilgenommen haben.

Die Teilnahme ist bei der KV Sachsen schriftlich zu beantragen, für einen

- bereits am Vertrag teilnehmenden Arzt durch die Beantwortung bzw. Rücksendung des Schreibens der KVS an die zuständige Bezirksgeschäftsstelle, ohne erneuten Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen - „vereinfachte Teilnahmeerklärung“,
- neu am Vertrag teilnehmenden Arzt durch die **Teilnahmeerklärung (Anlage 3)**.

Die Teilnahme beginnt frühestens zum Datum auf der Teilnahmeerklärung (Datum Posteingang entscheidend), sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind.

Die HEK vergütet dem Arzt gemäß § 3 für die Durchführung der Leistungen gemäß § 4:

99190 Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
jedes zweite Jahr einmal
E-GO (HEK) ..... **26,00 €**

99190Z Zuschlag zur Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
nach Nr. 99190
für die medizinisch indizierte Auflichtmikroskopie
E-GO (HEK) ..... **7,00 €**

Die Nrn. 99190 und 99190Z sind berechnungsfähig:
- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),
- nur in ambulanten Fällen,
- jedes zweite Jahr einmal.

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

Anspruch auf die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs besteht nur jedes zweite Jahr einmal (gem. §§ 2 u. 4 / KFE-RL), so dass in diesem Zeitraum von 2 Kalenderjahren die Nr. 99190 und die GOP 01745 EBM nebeneinander nicht berechnungsfähig sind.

Die Vergütung der Leistungen dieses Vertrages erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung nach §§ 87 ff. SGB V.

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

5. Ergänzungsvereinbarung mit Wirkung ab 01.04.2021

Mit der 5. Ergänzungsvereinbarung wurden die Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie als fakultativer Leistungsinhalt ergänzt (§ 4), die Höhe der Vergütung der Nr. 99190 erhöht und an den jeweils gültigen Orientierungspunktwert eines Jahres gekoppelt sowie einige redaktionelle Anpassungen vorgenommen.

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 elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nachgewiesen.

Die anspruchsberechtigten Versicherten erklären ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der „Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung“ (Anlage 1 in der jeweils geltenden Fassung; z. Zt. Stand 05/2018, Vertragsnummer 398001).
Diese ist vom Arzt zeitnah an die Annahmestelle der TK
- per Telefax (040/ 46 06 62 62 79) oder
- als Kopie per Post (Techniker Krankenkasse, Stichwort "HKS", 22291 Hamburg)

zu senden.
Das Original verbleibt zur Dokumentation in der Patientenakte des Arztes.

Die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs umfasst
Obligater Leistungsinhalt
a) die gezielte Anamnese,
b) die visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut, einschl. des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines,
c) die Befundmitteilung einschließlich diesbezüglicher Beratung,
d) die Hauttypbestimmung und
e) die vollständige Dokumentation gemäß Abschnitt D. II. der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL).

Fakultativer Leistungsinhalt
Auflichtmikroskopie/Dermatoskopie.

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.

Die teilnehmenden Ärzte erklären sich unter Servicegesichtspunkten bereit, für anspruchsberechtigte Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen die Wartezeit in der Regel auf max. 30 Min. zu begrenzen u. geeignete Termine für Berufstätige anzubieten.

Zur Durchführung der Vorsorgeuntersuchung berechtigt sind 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 § 402 (2) SGB V tätig sind und eine entspr. Genehmigung der KVS vorweisen können (gemäß der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie, D.II. § 31, S. 1, 2 Nr. 2).

Die Teilnahme ist bei der KV Sachsen schriftlich zu beantragen, für einen

- bereits am Vertrag teilnehmenden Arzt durch die Beantwortung bzw. Rücksendung des Schreibens der KVS an die zuständige Bezirksgeschäftsstelle, ohne erneuten Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen - „vereinfachte Teilnahmeerklärung“,
- neu am Vertrag teilnehmenden Arzt durch die **Teilnahmeerklärung (Anlage 2)**.

Die Teilnahme beginnt frühestens zum Datum auf der Teilnahmeerklärung (Datum Posteingang entscheidend), sofern die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt sind.

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) ..... **29,07 €**

Die Nr. 99190 ist berechnungsfähig:
- nur durch FÄ für Haut- und Geschlechtskrankheiten (gem. § 3),
- jedes zweite Jahr einmal.

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

2.10 Homöopathie-Vereinbarungen

2.10.1 Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 140a SGB V mit der IKK classic, ab 01.01.2011

6. Nachtrag mit Wirkung zum 01.07.2022

Seit 01.07.2022 (6. Nachtrag) gilt die **Neufassung der Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 2)** und es wurden u. a. Änderungen zum Datenschutz (im § 11) vereinbart.

Durch diesen Vertrag soll für die Versicherten der IKK classic der Zugang zu adäquater Beratung und Behandlung mit der klassischen Homöopathie i. R. der vertragsärztlichen Versorgung verbessert werden.

Die Behandlung mit klassischer Homöopathie besteht aus spezifisch-ärztlich-homöopathischen Leistungen zur Behandlung chronischer und akuter Erkrankungen sowie der homöopathischen Medikation mit Einzelmitteln nach den spezifischen Regeln der homöopathischen Heilkunde. Es gilt die Richtlinie des G-BA über die Verordnung von Arzneimitteln in der vertragsärztlichen Versorgung („Arzneimittel-Richtlinie/AM-RL“) in der jeweils gültigen Fassung.

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

Der Versicherte erklärt seine Teilnahme schriftlich mittels der Teilnahme- und Einverständniserklärung (TE/EVE, Anlage 2, Stand 01.07.2022).

Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Vertragsarzt.

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte einen teilnehmenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt. Es steht dem Versicherten frei, den betreuenden homöopathisch tätigen Vertragsarzt zu wechseln. Hierzu unterschreibt er bei seinem neuen Vertragsarzt erneut eine TE. Der Versicherte verpflichtet sich grundsätzlich 1 Jahr zur Teilnahme, mindestens jedoch für die Dauer der homöopathischen Versorgung nach diesem Vertrag bei dem durch die Einschreibung gewählten Vertragsarzt. Der Versicherte kann die TE innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur **Teilnahme an diesem Vertrag** sind niedergelassene **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 und zur regelmäßigen Teilnahme an Fortbildungsveranstaltungen sind in den §§ 6 und 7 beschrieben.

Der **Vertragsarzt beantragt seine Teilnahme** durch Abgabe der Teilnahmeerklärung Vertragsarzt (Anlage 1, neu gefasst ab 01.10.2021) **bei der KV Sachsen**, weist hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennt die Inhalte des Vertrages an.

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, die TE/EVE der Versicherten mit der Quartalsabrechnung bei der zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen zur Weiterleitung an die IKK classic abzugeben.

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

Homöopathische Erstanamnese
(nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung),
- innerhalb eines Kalenderjahres höchstens einmal abrechenbar

81200A **… bis zum vollendeten 12. Lebensjahr** (IKK classic) ..... **65,00 €**
(Mindestdauer 40 Minuten)

81201A **… vom Beginn des 13. Lebensjahres an** (IKK classic) ..... **97,00 €**
(Mindestdauer 60 Minuten)

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

81202A **Repertorisation** (IKK classic) ..... **22,00 €**

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

81203A **Homöopathische Analyse** (IKK classic) ..... **22,00 €**

- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

Homöopathische Folgeanamnese

81204A **… Mindestdauer 30 Minuten** (IKK classic) ..... **48,50 €**
(höchstens einmal pro Quartal berechnungsfähig)

81205A **… Mindestdauer 15 Minuten** (IKK classic) ..... **24,00 €**
(höchstens zweimal pro Quartal berechnungsfähig)

Die Nrn. 81204A und 81205A sind berechnungsfähig:
- nur nach Erbringen der Leistungen nach den Nrn. 81200A oder 81201A,
- am selben Tag nicht neben Nrn. 81200A, 81201A und 81206A und nicht nebeneinander.

81206A **Homöopathische Beratung** (IKK classic) ..... **11,00 €**
(Mindestdauer 7 Minuten)

Die Nr. 81206A ist berechnungsfähig:
- höchstens fünfmal pro Quartal,
- nach Erbringen der der Leistungen nach den Nrn. 81200A oder 81201A,
- am selben Tag nicht neben Nrn. 81200A, 81201A, 81204A und 81205A.

Die erbrachten Leistungen sind vom Arzt über die KV Sachsen abzurechnen.

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

2.10.2 Vertrag zur Versorgung mit klassischer Homöopathie als besonderen Versorgungsauftrag gemäß § 140a SGB V mit der SECURVITA BKK, ab 01.07.2009

beigetretene Betriebskrankenkassen:
BKK Linde ab 01.01.2010; **Daimler BKK** ab 01.04.2010;
BKK 24 ab 01.07.2010; **BKK PFAFF** ab 01.10.2010;
BKK Herkules ab 01.07.2011;
Novitas BKK ab 01.04.2014

6. Nachtrag mit Wirkung zum 01.07.2022

Seit 01.07.2022 (6. Nachtrag) gilt die **Neufassung der Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 2)** und es wurden u. a. Änderungen zum Datenschutz (im § 12) vereinbart.

Ziel dieses Vertrages der AG Vertragskoordinierung der KVen und der KBV 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 amb. 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, Stand 01.07.2022). Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Vertragsarzt. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte, ärztliche Leistungen i. R. klassischer Homöopathie entsprechend des Versorgungsauftrages gemäß § 3 nur von teilnehmenden Vertragsärzten bzw. auf deren Überweisung hin in Anspruch zu nehmen. Der Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von 2 Wochen ohne Angabe von Gründen widerrufen.

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 (TNE, Anlage 1, neu gefasst ab 01.10.2021) **bei der KV Sachsen**, weist hierbei schriftlich die Teilnahmevoraussetzungen nach und erkennt die Inhalte dieses Vertrages an.

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

Der teilnehmende Vertragsarzt verpflichtet sich, die TNE 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

81200B **… bis zum vollendeten 12. Lebensjahr** (BMÄ) ..... **61,50 €**
(Mindestdauer 40 Minuten)

81201B **… vom Beginn des 13. Lebensjahres an** (BMÄ) ..... **92,25 €**
(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

81202B **Repertorisation** (BMÄ) ..... **20,50 €**
- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

81203B **Homöopathische Analyse** (BMÄ) ..... **20,50 €**
- höchstens zweimal innerhalb eines Kalenderjahres berechnungsfähig

Homöopathische Folgeanamnese

81204B **… Mindestdauer 30 Minuten** (BMÄ) ……...……... **46,13 €**
(höchstens einmal pro Quartal abrechnungsfähig)

81205B **… Mindestdauer 15 Minuten** (BMÄ) ……...……... **23,06 €**
(höchstens zweimal pro Quartal abrechnungsfähig)

Die Nrn. 81204B und 81205B sind berechnungsfähig:
- nur <u>nach</u> Erbringen der Nrn. 81200B oder 81201B,
- am selben Tag nicht neben Nrn. 81200B, 81201B oder 81206B und nicht nebeneinander.

81206B **Homöopathische Beratung** (BMÄ) ..... **10,25 €**
- Mindestdauer 7 Minuten
- höchstens fünfmal pro Quartal berechnungsfähig
- Die Nr. 81206B ist berechnungsfähig:
  <u>nach</u> Erbringen der Nrn. 81200B oder 81201B,
  am selben Tag nicht neben Nrn. 81200B, 81201B, 81204B oder 81205B.

<u>Hinweise zur Abrechnung:</u>

- Die o. g. Leistungen sind nur berechnungsfähig für Versicherte der SECURVITA BKK sowie für Versicherte der o. g. 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 setzten 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.
- Im Falle eines Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten trägt die jeweilige BKK die entstandenen Kosten für bereits durchgeführte ärztliche Leistungen.

2.10.3 Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V mit der AOK PLUS, ab 01.10.2012

1. Nachtrag ab 01.01.2015; 2. Nachtrag ab 01.01.2017; 3. Nachtrag ab 01.05.2018

Die AOK PLUS hat den Vertrag über die vertragsärztliche Behandlung mit klassischer Homöopathie nach § 73a SGB V in Sachsen **zum 31. März 2023 gekündigt, so dass die** bisher an dieser Stelle beschriebenen **vertraglich vereinbarten Leistungen nur noch bis einschließlich 31.03.2023 abgerechnet werden konnten.**

Einer Information der AOK PLUS zufolge besteht für deren Versicherte die Möglichkeit, Homöopathie im Rahmen des Bonusprogrammes der AOK PLUS zu wählen.

2.11 Hinweise zur Abrechnung von Leistungen des ambulanten Operierens

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

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

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

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

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

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

Anmerkung:

Für die **Förderung der Operation der unicondylären Knieendoprothese nach Repicci durch die Ersatzkassen** besteht keine vertragliche Grundlage mehr, die bisher dafür geltenden **Nrn. sind seit 01.04.2022 nicht mehr berechnungsfähig**.

Die Implantatkosten sowie der Knochenzement werden im Rahmen der regulären Sachkostenabrechnung vergütet.

2.12 Impfvereinbarungen

2.12.1 Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.01.2016

10. Nachtrag mit Wirkung ab 08.04.2023

Am 14.09.2023 trat der G-BA-Beschluss vom 20.07.2023 über eine Änderung der Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) in Kraft, mit dem die im Epidemiologischen Bulletin Nr. 21 vom 25.05.2023 veröffentlichten Empfehlungen der STIKO zur „Implementierung der COVID-19-Impfung in die allgemeinen Empfehlungen der STIKO 2023“ berücksichtigt wurden.

Weitere Änderungen: Der an die Corona-Variante BA.4-5 angepasste Comirnaty-Impfstoff von BioNTech/Pfizer ist jetzt auch zur Grundimmunisierung einsetzbar, zudem gibt es einen an die Omikron-Variante XBB.1.5 angepassten Impfstoff von BioNTech/Pfizer

Impfung(en)	**erste Dosen eines Impfzyklus** bzw. **unvollständige Impfserie**		**letzte Dosis eines Impfzyklus** nach Fachinform. oder abgeschlossene Impfung		**Auffrischungsimpfung**	
	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert
Cholera[7)] (berufl./Reiseindikation …)[9)]	**89130V**	8,11 €	**89130W**	8,11 €	**89130X**[2)]	8,11 €
COVID-19 mit Impfstoff						
Comirnaty® (nicht angepasst) von BioNTech/Pfizer						
Standardimpfung	**88331A**	15,00 €	**88331B**	15,00 €	**88331R**[2)]	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88331V**	15,00 €	**88331W**	15,00 €	**88331X**	15,00 €
Comirnaty® **Orig./Omicron BA.4-5** von BioNTech/Pfizer						
Standardimpfung	**88337A**	15,00 €	**88337B**	15,00 €	**88337R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88337V**	15,00 €	**88337W**	15,00 €	**88337X**	15,00 €
Comirnaty® **Original/Omicron BA.1** von BioNTech/Pfizer						
Standardimpfung (Auffrischungsimpfung)					**88340R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation (Auffrischungsimpfung)					**88340X**	15,00 €
Comirnaty® **Omicron XBB.1.5** von BioNTech/Pfizer						
Standardimpfung	**88342A**	15,00 €	**88342B**	15,00 €	**88342R**[2)]	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88342V**	15,00 €	**88342W**	15,00 €	**88342X**	15,00 €
JCOVDEN® von Johnson & Johnson						
Standardimpfung	**88334A**	15,00 €			**88334R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88334V**	15,00 €			**88334X**	15,00 €
Nuvaxovid® von Novavax						
Standardimpfung	**88335A**	15,00 €	**88335B**	15,00 €	**88335R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88335V**	15,00 €	**88335W**	15,00 €	**88335X**	15,00 €

Impfung(en)	erste Dosen ...		letzte Dosis ...		Auffrischungs-I.	
	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert
Covid-19 Vaccine Valneva® von Valneva						
Standardimpfung	**88336A**	15,00 €	**88336B**	15,00 €		
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88336V**	15,00 €	**88336W**	15,00 €		
Spikevax® (nicht angepasst) von Moderna						
Standardimpfung	**88332A**	15,00 €	**88332B**	15,00 €	**88332R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation…	**88332V**	15,00 €	**88332W**	15,00 €	**88332X**	15,00 €
Spikevax® bivalent Original/Omicron BA.4-5 von Moderna						
Standardimpfung (Auffrischungsimpfung)					**88338R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation (Auffrischungsimpfung)					**88338X**	15,00 €
Spikevax® bivalent Original/Omicron BA.1 von Moderna						
Standardimpfung (Auffrischungsimpfung)					**88341R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation (Auffrischungsimpfung)					**88341X**	15,00 €
VidPrevtyn Beta von Sanofi						
Standardimpfung (Auffrischungsimpfung)					**88339R**	15,00 €
berufliche bzw. Reiseindikation (Auffrischungsimpfung)					**88339X**	15,00 €
Diphtherie (Standardimpfung) • Kinder u. Jugendliche bis 17 Jahre	**89100A**	7,04 €	**89100B**	7,04 €	**89100R**	7,04 €
Diphtherie (Indikationsimpfung)	**89101A**	7,04 €	**89101B**	7,04 €	**89101R**	7,04 €
Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME) (Indikationsimpfung)	**89102A**	7,04 €	**89102B**	7,04 €	**89102R**	7,04 €
FSME (berufliche/Reiseindikation…)	**89102V**	7,04 €	**89102W**	7,04 €	**89102X**	7,04 €
Gelbfieber[6) 7)] (berufliche/Reiseindikation …)[9)]	**89131Y**	8,11 €			**89131X**[2)]	8,11 €
Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung)[8)] • Säuglinge und Kinder bis zum Alter von 4 Jahren (Nachholimpfung nur bis zum Alter von 4 Jahren)	**89103A**	7,04 €	**89103B**	7,04 €		
Hib (Indikationsimpfung)[8)]	**89104A**	7,04 €	**89104B**	7,04 €		
Hepatitis A (Indikationsimpfung)	**89105A**	7,04 €	**89105B**	7,04 €	**89105R**	7,04 €
Hepatitis A (berufl./Reiseindikation)	**89105V**	7,04 €	**89105W**	7,04 €	**89105X**	7,04 €
Hepatitis B (Standardimpfung) • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	**89106A**	7,04 €	**89106B**	7,04 €		
Hepatitis B (Indikationsimpfung)	**89107A**	7,04 €	**89107B**	7,04 €	**89107R**	7,04 €
Hepatitis B (berufl./Reiseindikation)	**89107V**	7,04 €	**89107W**	7,04 €	**89107X**	7,04 €
Hepatitis B (Dialysepatienten)	**89108A**	7,04 €	**89108B**	7,04 €	**89108R**	7,04 €

Impfung(en)	erste Dosen ...		letzte Dosis ...		Auffrischungs-I.	
	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert
Herpes zoster (Standardimpfung) • Personen ab d. Alter von 60 Jahren	**89128A**	7,04 €	**89128B**	7,04 €		
Herpes zoster (Indikationsimpfung) • Personen ab d. Alter von 50 Jahren	**89129A**	7,04 €	**89129B**	7,04 €		
Humane Papillomaviren (HPV) • Kinder und Jugendliche im Alter von 9 - 14 Jahren	**89110A**	7,04 €	**89110B**	7,04 €		
Influenza (Standardimpfung) • Personen ab d. Alter von 60 Jahren	**89111**	10,00 €				
Influenza (Indikationsimpfung)	**89112**	10,00 €				
Influenza (berufl./Reiseindikation …)	**89112Y**	10,00 €				
Japanische Enzephalitis[7)] (berufl./Reiseindikation …)[9)]	**89134V**	8,11 €	**89134W**	8,11 €	**89134X**[2)]	8,11 €
Masern (Standardimpfung)[*)] • **Erwachsene**	**89113**	7,04 €				
• **Kinder ab d. Alter von 11 Monaten**	**89113A**	7,04 €	**89113B**	7,04 €		
Masern (berufl./Reiseindikation …)[*)]	**89113V**	7,04 €	**89113W**	7,04 €		
Meningokokken Konjugatimpfstoff **(Standardimpfung)** • Kinder	**89114**	7,04 €				
Meningokokken (Indikationsimpf.)	**89115A**	7,04 €	**89115B**	7,04 €	**89115R**[2)]	7,04 €
Meningokokken (berufliche/Reiseindikation …)	**89115V**	7,04 €	**89115W**	7,04 €	**89115X**[2)]	7,04 €
Pneumokokken (Standardimpfung) • Konjugatimpfstoff: **Säuglinge und Kinder bis 24 Monate** (Nachholimpfung nur bis zum Alter von 24 Monaten)	**89118A**	7,04 €	**89118B**	7,04 €		
• **Personen über 60 Jahre**	**89119**	7,04 €			**89119R**[2)]	7,04 €
Pneumokokken • Indikationsimpfung	**89120**[4)]	7,04 €			**89120R**	7,04 €
Pneumokokken (berufliche/Reiseindikation ...)	**89120V**	7,04 €			**89120X**	7,04 €
Poliomyelitis (Standardimpfung) • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	**89121A**	7,04 €	**89121B**	7,04 €	**89121R**	7,04 €
Poliomyelitis (Indikationsimpfung)	**89122A**	7,04 €	**89122B**	7,04 €	**89122R**[2)]	7,04 €
Poliomyelitis (berufliche/Reiseindikation ...)	**89122V**	7,04 €	**89122W**	7,04 €	**89122X**	7,04 €
Rotavirus (RV)[5)]	**89127A**	8,26 €	**89127B**	8,26 €		

Impfung(en)	erste Dosen ...		letzte Dosis ...		Auffrischungs-I.	
	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert	Abr.-Nr.[1)]	Wert
Tetanus	**89124A**	7,04 €	**89124B**	7,04 €	**89124R**	7,04 €
Tollwut[7)] (berufliche/Reiseindikation ...)[9)]	**89132V**	8,11 €	**89132W**	8,11 €	**89132X**	8,11 €
Typhus Inj.[7)] (berufliche/Reiseindikation ...)[9)]	**89133Y**	8,11 €				
Typhus oral[7)] (berufliche/Reiseindikation ...)[9)]	**89133V**	8,11 €	**89133W**	8,11 €		
Varizellen (Standardimpfung) • Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	**89125A**	7,04 €	**89125B**	7,04 €		
Varizellen (Indikationsimpfung)	**89126A**	7,04 €	**89126B**	7,04 €		
Varizellen (berufl./Reiseindikation)	**89126V**	7,04 €	**89126W**	7,04 €		
Diphtherie, Tetanus (Td)	**89201A**	9,38 €	**89201B**	9,38 €	**89201R**	9,38 €
Hepatitis A und B (HepA-HepB) • nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A- und eine Hepatitis B-Impfung	**89202A**	9,38 €	**89202B**	9,38 €	**89202R**	9,38 €
HepA-HepB (berufl./Reiseindikation)	**89202V**	9,38 €	**89202W**	9,38 €	**89202X**	9,38 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DTaP)	**89300A**	11,73 €	**89300B**	11,73 €		
Masern, Mumps, Röteln (MMR)	**89301A**	14,08 €	**89301B**	14,08 €		
MMR (berufliche/Reiseindikation ...)	**89301V**	14,08 €	**89301W**	14,08 €		
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	**89302**	11,73 €			**89302R**[2)]	11,73 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	**89303**	11,73 €			**89303R**[3)]	11,73 €
Tdap (berufliche/Reiseindikation …)	**89303Y**	11,73 €				
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	**89400**	12,90 €			**89400R**[3)]	12,90 €
Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	**89401A**	14,08 €	**89401B**	14,08 €		
MMRV (berufl./Reiseindikation …)	**89401V**	14,08 €	**89401W**	14,08 €		
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DTaP-IPV-Hib)	**89500A**	14,66 €	**89500B**	14,66 €		
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DTaP-IPV-Hib-HepB)	**89600A**	19,95 €	**89600B**	19,95 €		

[1)] **Bei der Dokumentation der Einzelimpfstoffe hat die Nr. der Standardimpfung Vorrang**, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen.
Beispiel: Influenza-Impfung
… eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung - Nr. 89111;
… eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Indikationsimpfung - Nr. 89112.

Bei der erstmaligen Influenza-Impfung von Kindern ist entsprechend Fachinformation je nach Alter ggf. die Nr. 89112 zweimal zu dokumentieren.
Dies gilt nicht, wenn sich die Impfschemata von Standard- und Indikationsimpfung hinsichtlich der Impfstoffe und/oder der Anzahl der Impfstoffdosen unterscheiden.

[2)] keine routinemäßige Auffrischung

[3)] **Anmerkung zur Pertussis-Impfung** in der Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie beachten

[4)] Im Rahmen der sequentiellen Impfung ist die Nr. 89120, sowohl bei der Impfung mit PCV13 als auch PPSV23, zu verwenden.

[5)] Zur Plausibilisierung des tatsächlichen Impfstoffverbrauchs ist für jede verabreichte Dosis die zutreffende Nr. anzugeben. Eine Vergütung erfolgt, unabhängig vom verwendeten Impfstoff gegen Rotaviren, nur für die 1. und die letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation.

[6)] in zugelassenen Gelbfieber-Impfstellen; Genehmigung der KVS notwendig

[7)] Patientenkonkrete Einzelverordnung auf Muster 16 für die Impfstoffe gegen Cholera, Gelbfieber, Tollwut und Typhus zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse und Beibehalten des SSB-Bezugs für alle übrigen, bei beruflicher Indikation einzusetzenden Impfstoffe

[8)] nur per patientenkonkreter Verordnung auf Muster 16 zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse; Einzelimport zulässig

[9)] Für den Nachweis der beruflichen Indikation ist die entsprechende Aussage des Patienten und deren Dokumentation in der Patientenakte ausreichend.

[*)] zurzeit kein Impfstoff verfügbar

Bei der Anwendung von Kombinationsimpfstoffen sind ausschließlich die Abrechnungsnummern der entspr. Kombinationen zu verwenden.

Der Anspruch umfasst auch die Nachholung von Impfungen und die Vervollständigung des Impfschutzes, bei Jugendlichen spätestens bis zum vollendeten 18. Lebensjahr, soweit sich aus der Anlage 1 zur Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) nichts anderes ergibt.

Hinweise zur Abrechnung von Schutzimpfungen nach dieser Vereinbarung:

- Die nach dieser Vereinbarung verpflichteten Krankenkassen übernehmen für ihre Versicherten alle als Standard- oder Indikationsimpfung definierten Schutzimpfungen gemäß der "Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Schutzimpfungen nach § 20i (1) SGB V (Schutzimpfungs-Richtlinie/SI-RL)“ in der jeweils gültigen Fassung. Die Schutzimpfungen sind auf dieser Grundlage durchzuführen, die sich an den Empfehlungen der STIKO orientiert.
- Werden Schutzimpfungen vom öffentlichen Gesundheitsdienst aufgrund gesetzl. Vorschriften durchgeführt (z. B. i. R. von Schuluntersuchungen, Sächs. Herdbekämpfungsprogramm etc.), haben diese Vorrang vor der Durchführung von Schutzimpfungen nach dieser Vereinbarung.
- Versicherte haben nur dann **Anspruch auf Schutzimpfungen, die** wegen eines erhöhten Gesundheitsrisikos **durch einen Auslandsaufenthalt indiziert** sind, **wenn dieser beruflich oder durch eine Ausbildung bedingt ist**, oder entspr. den Hinweisen in Anlage 1 SI-RL zum Schutz der öffentl. Gesundheit ein besonderes Interesse daran besteht, der Einschleppung einer übertragbaren Krankheit in die BRD vorzubeugen.
- Der Anspruch besteht unabhängig davon, ob auch Anspruch auf Schutzimpfungen gegenüber anderen Kostenträgern besteht (§ 20i (1) S. 1 u. 2 SGB V).
- **Aktive Schutzimpfungen gegen Tetanus und Tollwut im Verletzungsfall** sind (ebenso wie die entspr. passiven Immunisierungen) soweit es die Applikation im unmittelbaren Zusammenhang mit der Verletzung bzw. Exposition betrifft nicht Gegenstand dieser Vereinbarung. In diesem Falle ist die Leistungserbringung gemäß EBM geltend zu machen, der Tollwut-Impfstoff ist patientenkonkret zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse zu verordnen.
- **Schutzimpfungen** nach dieser Vereinbarung **können die an der vertragsärztl. Versorgung teilnehmenden approbierten Ärzte** unter Beachtung des § 1 (1) bis (5) **durchführen**.
- Als Impfberatungsstellen im Freistaat Sachsen stehen in Zweifelsfällen zur Beratung in allen Impfsachfragen die Mitglieder der Sächsischen Impfkommission zur Verfügung. **Gelbfieberimpfungen dürfen**, lt. dem Gesetz zur Durchführung der Internationalen Gesundheitsvorschriften, **nur zugelassene Gelbfieber-Impfstellen vornehmen** (§ 7 (1) IGV-DG). **Tollwutschutzimpfungen** sollen vorrangig von erfahrenen Ärzten in den Tollwutberatungs- u. -impfstellen durchgeführt werden, zumindest sollte deren fachlicher Rat eingeholt werden.
- Wurde die 1. der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosis vor Ablauf der dafür vorgesehenen Altersbegrenzung gemäß Impfschema verabreicht o. ist die Vereinbarung bei der Verabreichung d. weiteren Impfdosen bereits außer Kraft, können d. weiteren erforderl. Impfdosen noch innerhalb der nächsten 2 Folgequartale nach dieser V. abgerechnet werden.
- **Heilfürsorgeberechtigte Polizeivollzugsbeamte** in Sachsen können Schutzimpfungen i. R. der vertragsärztl. Versorgung gemäß der o. g. „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“ in Anspruch nehmen. Das gilt auch für **heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechn. Dienstes** mit der Ausnahme, dass die Hepatitis B - bzw. A/B - (Kombi-) Impfungen durch d. Amtsarzt i. R. der arbeitsmed. Vorsorgeuntersuchung erbracht werden.
- Für die hier geregelten Impfleistungen/ -stoffe ist eine private Liquidation ausgeschlossen.
- Die **Applikation eines Mehrfachimpfstoffes gilt als eine Leistung**.
- **Jede Nr. ist je Patient nur einmal pro Tag berechnungsfähig**.

- Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfleistungen - siehe Vorstandsbeschluss (3.6)
- Schutzimpfungen im Verletzungsfall - siehe Vorstandsbeschluss (siehe 3.7)
- Impfleistungen für Mütter/Väter durch Kinderärzte - siehe Vorstandsbeschluss (3.9)

- **Impfstoffe werden i. R. des Sprechstundenbedarfs (SSB) zu Lasten der AOK PLUS (VKNR 95101, Kostenträgerkennung** (ehem. IK-Nr.) **107299005)** auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Rezeptblatt - Vordruck Muster 16) **ohne Namensnennung von Versicherten verordnet.** Die **Markierungsfelder „8“** Impfstoffe) **und „9“** (SSB) sind durch Kreuz oder Zifferneintrag zu **kennzeichnen**. Das gilt auch für Impfstoffe, die im Rahmen einer Simultanimpfung eingesetzt werden, sofern nicht § 1 (5) dieser Vereinbarung zutrifft.

Ausnahmen:
Für **Impfungen gegen Cholera, Gelbfieber, Japanische Enzephalitis, Tollwut und Typhus** (jeweils wg. beruflicher/ Reiseindikation nach § 11 (3) SI-RL) **ist der jeweilige Impfstoff** auf Muster 16 (Arzneiverordnungsblatt) **patientenkonkret auf den Namen des Versicherten zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse** zu verordnen. Dabei ist das **Markierungsfeld 8** (Impfstoffe) **durch die Ziffer „8" oder Kreuz zu kennzeichnen**. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff für die o. g. Impfungen zu verordnen. Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.

Für heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes in Sachsen ist der jeweilige Impfstoff auf einem gesonderten Muster 16 patientenkonkret auf den Namen des Anspruchsberechtigten zu Lasten des Kommunalen Versorgungsverbandes Sachsen zu verordnen/beziehen. Das Markierungsfeld „8" ist durch „8" oder Kreuz zu kennzeichnen. Auf diesem Arzneiverordnungsblatt ist ausschließlich der jeweilige Impfstoff zu verordnen. Ein Bezug über die Sprechstundenbedarfsregelung (SSB) ist ausgeschlossen.

- **Immunglobuline** müssen **patientenkonkret zu Lasten der jeweiligen Krankenkasse** verordnet werden (ausgenommen davon sind Diphtherie-Immunserum (zur Erstinjektion), Tetanus-Immunglobulin und Anti-D-Immunglobulin zur Rhesusprophylaxe.

Seit **Inkrafttreten des Masernschutzgesetzes am 01.03.2020 gilt** gemäß § 20 (8) bis (14) des Infektionsschutzgesetzes (IfSG) **eine Impfpflicht gegen Masern** für nach 1970 geborene Personen in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen. Alle betroffenen Personen müssen nach der Schutzimpfungs-Richtlinie des G-BA einen ausreichenden Impfschutz nachweisen.

Das Masernschutzgesetz regelt, dass **vor der Aufnahme eines Kindes in eine Kindertagesstätte (Kita) oder Schule** durch die Eltern **nachgewiesen werden muss, dass das Kind gegen Masern geimpft oder bereits immun ist.** Der Nachweis kann durch den Impfausweis, das gelbe Kinderuntersuchungsheft oder, insbes. bei bereits erlittener Krankheit, ein ärztliches Attest gegenüber der Leitung der Einrichtung erbracht werden.

Auch Beschäftigte in med. Einrichtungen wie Arztpraxen, ambulanten Pflegediensten oder Krankenhäusern müssen geimpft sein oder ihre Immunität nachgewiesen haben.

Die Nachweispflicht über einen ausreichenden Impfschutz oder über eine Immunität gegen Masern gilt auch für Mitarbeitende in Kitas, Schulen oder anderen Gemeinschaftseinrichtungen, für Tagesmütter, für Bewohner und Mitarbeitende in Asylbewerber- und Flüchtlingsunterkünften. **Ohne ausreichenden Masernschutz dürfen Kinder nicht in Kitas aufgenommen werden und Personal nicht in Gemeinschafts- und Gesundheitseinrichtungen arbeiten.**

Für **Kinder, die bereits vor dem 01.03.2020 eine Kita oder Schule besuchen, sowie für Beschäftigte** in entspr. Einrichtungen gilt eine **Nachweisfrist bis zum 31.07.2021**.

Hierbei ist zu beachten, dass der Nachweis einer Immunität nicht zu Lasten der GKV abgerechnet werden kann, sondern über die betroffene Person abzurechnen ist.

Durch das sächsische Staatsministerium für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt wurden **zwei entspr. Formulare** zur Verfügung gestellt:

- Arztformular Kindertagesstätte
- Arztformular Arbeitnehmer.

(aus KVS-Website – Aktuell vom 13.02.2020;
weitere diesbzgl. Informationen: KVS-Website – Aktuell vom 14.08.2020)

Die **Vergütung für die COVID-19-Schutzimpfungen** (15,00 €) **gilt seit dem 08.04.2023** und reduziert sich ab dem Folgequartal des Wegfalls

- der Mehrdosisbehältnisse und der Bereitstellung von Fertigspritzen um 3,00 €,
- des zusätzlichen Dokumentationsaufwandes (Dokumentationsbogen und Meldepflichten an das RKI) um weitere 1,00 €.

Die genannten Vergütungsbeträge gelten bis 31.12.2024. Ab dem 01.01.2025 erfolgt die vertraglich vereinbarte Anpassung um die Steigerung des Orientierungswertes.

Anmerkung:
Die **Nrn. 88337A/-B/-V/-W, 88339R/-X, 88340R/-X, 88341R/-X u. 88342A/-B/-R/-V/-W/-X** sind **kein Bestandteil der Schutzimpfungs-Richtlinie** (SI-RL) des G-BA (zuletzt geändert am 20.07.2023) **und somit auch kein Bestandteil der darauf basierenden Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen.**

Sie basieren auf den Vorgaben der COVID-19-Vorsorgeverordnung des BMG.
Demnach haben gesetzlich Versicherte Anspruch auf eine entsprechende Impfung, sofern ein(e) Arzt/Ärztin die Impfung für medizinisch erforderlich hält. Weiterhin muss bei der Abrechnung unterschieden werden, an welche Virus(unter)variante der Impfstoff konkret angepasst wurde.

Die **COVID-19-Schutzimpfungen** sind **entsprechend den von der STIKO empfohlenen Impfschemata und –abständen** berechnungsfähig.

Bei jeder Abrechnung einer COVID-19-Schutzimpfung ist die Chargennummer des verwendeten Impfstoffes im Feld 5010 (Chargennummer) **verpflichtend anzugeben.**

Bei Abrechnung einer COVID-19-Auffrischungsimpfungen ist zusätzlich anzugeben, die wievielte COVID-19-Impfung es für die jeweilige Person ist: (nur) **die Zahl ist bitte im Feld 5009** (freier Begründungstext) **einzutragen.** Dabei spielt es keine Rolle, mit welchem Impfstoff oder welchen Impfstoffen die Person bereits geimpft wurde.

Die Allgemeinverfügung z. Sicherstellung d. flächendeckenden Verteilung von Impfstoffen gegen COVID-19 wurde aktualisiert und gilt nunmehr bis zum 31.12.2023. Damit ist der **Bezug der COVID-19-Impfstoffe** durch Vertragsärztinnen und -ärzte **sowie deren Verteilung weiterhin in unveränderter Form bis zum Jahresende geregelt.**

Das **Impfzubehör ist als Praxisbedarf zu beschaffen**, wie bei sonstigen Impfungen auch, da es nach der Überführung der COVID-19-Impfung in die Regelversorgung nicht mehr zusammen mit dem Impfstoff bestellt werden kann.

Abrechnung und Kodierung

Die Abrechnung der COVID-19-Schutzimpfungen erfolgt seit dem 08.04.2023 über bundeseinheitliche Abrechnungsnummern gemäß der Anlage 2 zur Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) bzw. auf der Grundlage der COVID-19-Vorsorgeverordnung des BMG.

Eine vollständige Übersicht der Abrechnungsnummern/Suffixe bietet bspw. die KBV unter > Themen A-Z > C > Coronavirus > Impfungen gegen SARS-CoV-2 > Abrechnung und Dokumentation (https://www.kbv.de/html/50987.php).

Kodierung:

Für die Kodierung von Schutzimpfungen gegen SARS-CoV-2 und die dadurch ausgelöste Erkrankung COVID-19 gibt es folgende Diagnoseschlüssel:

- **U11.9** Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19
  (für Fälle, bei denen das Gesundheitswesen zum Zweck einer COVID-19-Impfung in Anspruch genommen wird);
- **U12.9** Unerwünschte Nebenwirkungen bei der Anwendung von COVID-19-Impfstoffen, nicht näher bezeichnet
  (für Fälle, bei denen der Zusammenhang eines aktuellen, anderenorts kodierten Zustandes mit einer Nebenwirkung durch einen sachgerecht verabreichten Coronaimpfstoff kodiert werden soll);
- **Z02** Untersuchung und Konsultation aus administrativen Gründen,
  z. B. Ausstellung eines Impfzertifikates

Informationen zum Kodieren sowie eine entspr. PraxisInfo finden Sie z. B. auf der Internetpräsenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: https://www.kbv.de/html/54367.php

Hinweise zur Verschlüssung:

Der Kode U11.9 ist ausschließlich mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert) für die Diagnosesicherheit zu versehen. Der Kode ist nicht zu verwenden, wenn ein Verdacht („V“) besteht, ohne dass die RKI-Kriterien sicher erfüllt sind (z. B. ausschließlich vermuteter Kontakt mit einem Corona-Virus-Infizierten) oder um den Ausschluss („A“) oder den Zustand („Z“) nach einer Corona-Virus-Infektion zu verschlüsseln.

Impfstoffbestellung und Patientenaufklärung

Der **Bezug der COVID-19-Impfstoffe** durch Vertragsärztinnen und -ärzte und **sowie deren Verteilung erfolgt weiterhin** gemäß der Allgemeinverfügung zur Sicherstellung der flächendeckenden Verteilung von Impfstoffen gegen COVID-19 **in unveränderter Form bis zum Jahresende**.

Zeitschiene und Bestellung des Corona-Impfstoffs

- Bestellung des Corona- Impfstoffs jeweils spätestens Dienstag 12:00 Uhr:
  Arztpraxis bestellt benötigte Menge Corona-Impfstoff für die nächste Woche über Muster 16-Verordnungsblatt bei Ihrer Apotheke;
- Desinfektionsmittel, Tupfer und Pflaster sowie Spritzen und Kanülen sind dabei nicht enthalten und müssen von der impfenden Arztpraxis selbst beschafft und vorgehalten werden;
- jeweils Montag nächste Woche ab 15:00 Uhr:
  Lieferung des Impfstoffes durch die Apotheke an die Arztpraxis

Aufklärung und Anamnese

Aktuelle Aufklärungsmerkblätter, Anamnese- und Einwilligungsbögen für alle derzeit zugelassenen COVID-19-Impfstoffe sind unter dem folgenden Link zu finden:
https://www.rki.de/DE/Content/Infekt/Impfen/ImpfungenAZ/COVID-19/Aufklaerungsbogen-Tab.html;jsessionid=51D4776F425A13807D0882F1A30C938F.internet082

Impf-Dokumentation

Impf-DokuPortal

Die **COVID-19-Impfsurveillance wird wie bekannt fortgeführt**. Die Inhalte der Dokumentation sind dabei unverändert. Zur wöchentlichen Dokumentation von COVID-19-Schutzimpfungen ist die Webapplikation (Impf-DokuPortal) im Sicheren Netz der Kassenärztlichen Vereinigungen (SNK) zu nutzen.

Die Erfassung erfolgt geführt in drei Schritten

1. Impfdatum der aktuellen Kalenderwoche wählen
2. Verwendete Impfstoffe zum Impfdatum auswählen und dokumentieren
3. Altersgruppen zu den Impfstoffen dokumentieren

Nähere Informationen zur Nutzung des Impf-DokuPortals finden Sie auf der Internetpräsenz der Kassenärztlichen Bundesvereinigung: https://www.kbv.de/html/50987.php

Impfausweis

Die COVID-19-Impfungen sind wie gewohnt in der Patientenakte sowie im Impfausweis zu dokumentieren.

Dabei müssen die Bezeichnung des Impfstoffes und die Chargenbezeichnung angeben werden.

Sofern der Impfausweis vom Patienten nicht vorgelegt wird, ist eine Impfbescheinigung auszustellen.

2.12.2 Zusatzvereinbarungen - Satzungsleistungen zur „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“, **ab 01.01.2016**

Vereinbarung über die Durchführung von aktiven Schutzimpfungen gegen übertragbare Krankheiten im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung mit …

- **AOK PLUS: Anlage A1**, gültig **ab 01.01.2023**
- **Ersatzkassen (vdek): Anlage A2**, gültig **ab 01.01.2023**
- **BARMER: Anlage A2a**, gültig **ab 01.01.2023**
- **Kaufmännische Krankenkasse - KKH: Anlage A2b**, gültig **ab 01.01.2023**
- **Techniker Krankenkasse (TK): Anlage A2c**, gültig **ab 01.01.2023**
- **DAK-Gesundheit (DAK): Anlage A2d,** gültig **ab 01.01.2023**
- **IKK classic: Anlage A3**, gültig **ab 01.01.2023**
- **Sächs. Staatsministerium des Inneren (SMI): Anlage A4**, gültig **ab 01.01.2023**
- **Knappschaft: Anlage A5**, gültig **ab 01.01.2023**

Protokollnotiz mit den o. g. Krankenkassen bzw. Kostenträgern, ab 01.07.2020

Zusatzvereinbarungen nach § 20i (2) SGB V mit der BIG direkt gesund, der Pronova BKK und der Knappschaft

In Ergänzung der seit 01.01.2016 geltenden „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“ vergüten die genannten Krankenkassen/Kostenträger auf der Grundlage der öffentlichen Empfehlungen der Sächsischen Impfkommission (SIKO) - wie nachfolgend aufgeführt - **zusätzliche Schutzimpfungen als Satzungsleistungen gemäß § 20i (2) SGB V**.

Impfung gegen	Kostenträger	Abrechnungs-bestimmung(en)	Abrech-nungs-Nr.	Wert
Frühsommer-meningo-enzephalitis (FSME)	- **IKK classic** - **SMI / KVS**	- für alle Versicherten bzw. Heilfürsorgeberechtigten ohne Alterseinschränkung und ohne geographische Eingrenzung/Beschränkung auf FSME-Risikogebiete	**89102S**	7,04 €
Hepatitis A	- **AOK PLUS** - **IKK classic** - **Ersatzkassen**	- Standardimpfung für Kinder, Jugendliche und seronegative Erwachsene [1)]	**89105S**	7,04 €
	- **SMI / KVS**	- für alle seronegativen Heilfürsorgeberechtigten und Auffrischungen [1)]		
Hepatitis B	- **AOK PLUS** - **IKK classic** - **Ersatzkassen**	- Standardimpfung für seronegative Versicherte über 18 Jahre [1)]	**89106S**	7,04 €
	- **SMI**	- für alle seronegativen Heilfürsorgeberechtigten und Auffrischungen [1)]		

Impfung gegen	Kostenträger	Abrechnungsbest.	Abr.-Nr.	Wert
Hepatitis A und Hepatitis B (HepA - HepB)	- **AOK PLUS** - **IKK classic** - **Ersatzkassen**	- Standardimpfung für Kinder, Jugendliche und seronegative Erwachsene [1)]	**89202S**	9,38 €
	- **SMI**	- für alle seronegativen Heilfürsorgeberechtigten und notwendige Auffrischungen [1)]		
Influenza	- **AOK PLUS** - **IKK classic** - **Knappschaft** - **BARMER** - **KKH** - **TK** [4)] - **DAK-Gesundheit** [4)]	- Standardimpfung für Kinder (ab dem vollendeten 6. Lebensmonat), Jugendliche und Erwachsene bis zum vollendeten 60. Lebensjahr	**89111S**	10,00 €
	- **Handelskrankenkasse (hkk)** - **HEK** - Hanseatische Krankenkasse	Standardimpfung für Versicherte über 50 Jahre bis zum voll. 60. Lebensjahr		
	- **SMI / KVS**	- alle Heilfürsorgeberechtigten		
Influenza nasal	- **AOK PLUS** - **Knappschaft** - **BARMER** - **KKH**	- für Kinder im Alter von 2 Jahren bis einschließlich 6 Jahren	**89112S**	10,00 €
Masern [2) 6)]	- **AOK PLUS** - **IKK classic** - **Ersatzkassen** - **SMI / KVS**	- Standardimpfung für alle empfänglichen Personen außerhalb der Indikationsliste der STIKO	**89113S**	7,04 €
Röteln [2) 6)]			**89123S**	7,04 €
Masern, Mumps, Röteln (MMR)			**89301S**	14,08 €
Meningokokken (Serogruppe C)	- **AOK PLUS** - **Ersatzkassen**	- für Säuglinge ab 3. Lebensmonat bis zur Vollendung des 1. Lebensjahres	**89114S**	7,04 €
Meningokokken (Serogruppen C / ACWY) [5)]	- **IKK classic** - **Knappschaft**	- für Säuglinge ab 3. Lebensmonat, Kinder u. Jugendliche bis zum voll. 18. Lebensjahr		
Meningokokken (Serogruppen C / ACWY)	- **SMI / KVS**	- für alle Heilfürsorgeberechtigten bis zum vollendeten 18. Lebensjahr		
Meningokokken (Serogruppe B)			**89114Z**	7,04 €
Meningokokken (Serogruppe B)	- **AOK PLUS**	- Standardimpfung für alle Kinder und Jugendlichen ab dem 3. Lebensmonat bis vollendeten 18. Lebensjahr	**89114Z**	7,04 €

Impfung gegen	Kostenträger	Abrechnungsbest.	Abr.-Nr.	Wert
Pertussis[3) 6)]	- **AOK PLUS** - **IKK classic** (außer Nr. 89302S) - **Knappschaft** (nur Nrn. 89302S, 89400S) - **Ersatzkassen** - **SMI / KVS**	- Auffrischungsimpfung aller 10 Jahre für alle Versicherten / Personen	**89116S**	7,04 €
Poliomyelitis[3)]			**89121S**	7,04 €
Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)			**89302S**	11,73 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)			**89303S**	11,73 €
Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)			**89400S**	12,90 €
Humane Papilloma-viren (HPV)	- **IKK classic**	- für alle Personen (ausgenommen TK: für alle weiblichen Versicherten) ab vollendetem 18. bis zum vollendetem 26. Lebensjahr-	**99791**	7,04 €
	- **SMI / KVS**			7,04 €
	- **BIG direkt gesund***			10,00 €
	- **Pronova BKK**			10,00 €
	- **TK**			7,04 €
Herpes Zoster	- **SMI / KVS**	- für alle Heilfürsorge-berechtigten über 50 Jahre	**99793**	7,04 €

[1)] Die Kosten für die erforderliche Titerbestimmung (Seronegativitätstest) vor der Inanspruchnahme der Impfung und der ggf. erforderlichen Impferfolgskontrolle sind durch den Versicherten zu tragen.
(Ausnahmen: heilfürsorgeberechtigte
- Landesbeamte des Polizeivollzugsdienstes (Polizeivollzugsbeamte),
- Beamte des Landesamtes für Verfassungsschutz und
- Landesbeamte des feuerwehrtechnischen Dienstes
(jeweils gemäß Vereinbarung mit dem SMI (Anlage A4)
sowie heilfürsorgeberechtigte Beamten des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes im Freistaat Sachsen (KVS; wiederum außer für die Impfungen gegen Hepatitis B bzw. gegen Hepatitis A und B):
Inklusive der Kosten für die entspr. Antikörperbestimmung;
gesonderte Abrechnung über die KV Sachsen gemäß EBM).

[2)] Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe (MMR) einzusetzen.

[3)] Vorzugsweise sind Kombinationsimpfstoffe einzusetzen.

[4)] Die Schutzimpfung "Influenza nasal" wird von der Techniker Krankenkasse (TK) bzw. der DAK-Gesundheit im Rahmen der Satzungsleistungen nicht übernommen.

[5)] Eine Erstattung von Impfstoffen, die die Serogruppe B beinhalten, ist ausgeschlossen.

[6)] „zurzeit kein (Mono-) Impfstoff verfügbar“ - gemäß der Anlagen A2, A3, A4 (jeweils Stand 01.01.2023)

Soweit Schutzimpfungen gemäß der "Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen" gemäß § 20i (1) SGB V erbracht werden können, haben diese Vorrang vor der Durchführung von Schutzimpfungen nach diesen Vereinbarungen über zusätzliche Impfungen/Satzungsleistungen.

Für **heilfürsorgeberechtigte Beamte des kommunalen feuerwehrtechnischen Dienstes** im Freistaat Sachsen übernimmt der Kommunale Versorgungsverband Sachsen (KVS) **die gleichen Schutzimpfungen, die für die Heilfürsorgeberechtigten lt. Anlage 4 (SMI) 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.

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.

Mit o. g. Protokollnotiz, die mit Wirkung **ab dem 01.07.2020** in Kraft trat, wurde aufgrund einer Gesetzesänderung die **Verordnung der Impfstoffe** nach dieser Vereinbarung **neu geregelt:**

Die **Verordnung der Impfstoffe für Satzungsleistungen erfolgt im Rahmen des Sprechstundenbedarfs zu Lasten der AOK PLUS ohne Namensnennung des Versicherten** auf einem gesonderten Arzneiverordnungsblatt (Muster 16).
Dabei sind die **Markierungsfelder „8“** (Impfstoffe) **<u>und</u> „9“** (Sprechstundenbedarf) durch Kreuz oder Zifferneintrag **zu kennzeichnen.**

***<u>Ausnahmen:</u>**

Aufgrund der jeweiligen vertraglichen Regelung sind **die Impfstoffe für die Impfungen** gegen
- **Humane Papillomaviren (HPV)** für Frauen (BIG direkt gesund) bzw. alle Personen (Pronova) **ab dem vollendeten 18. bis zum vollendeten 26. Lebensjahr** (Nr. 99791), **die bei der BIG direkt gesund oder der Pronova BKK versichert sind**

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**.

2.12.3 Vereinbarungen über die Durchführung und Abrechnung von Schutzimpfungen auf Grund von (Auslands-) Reisen mit

… der BARMER, ab 01.07.2019 (Abrechnung ab 01.04.2019 möglich);
... der BIG direkt gesund (ab 01.01.2013, … 3. Nachtrag ab 01.01.2023);
... der Knappschaft (ab 01.01.2013, … 2. Nachtrag ab 01.10.2015);
… der Pronova BKK (ab 01.10.2014); 1. Nachtrag ab 01.01.2023
... der Techniker Krankenkasse (ab 01.01.2013, …; 2. PN ab 01.04.2019)

Die oben genannten Krankenkassen übernehmen für ihre Versicherten, unabhängig von ihrem Wohnort in Deutschland, die Kosten für Impfungen nach § 20i (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.

Liegt bei einem Patienten die Indikation für eine Schutzimpfung nach der „Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen“ und gleichzeitig nach dieser Vereinbarung vor, hat die Abrechnung 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 (€)	Abrechnungs-bestimmungen
Beratungs-Leistungen	**Beratungshonorar** für den besonderen Aufwand der Beratung **zu den Nrn. 99809 bis 99813 und 99826**	**99800**	BARMER … 10,00 TK 10,00	max. einmal pro Reiseschutz-impfung berech-nungsfähig[1)]
	Beratungshonorar für den besonderen Aufwand i. R. der **Malariaprophylaxe** (Tabletten) inkl. Ausstellung der Verordnung	**99802**	BARMER … 10,00 BIG ..... 10,00 TK ..... 10,00 Knapp. 10,00	einmal im Behandlungsfall
Einfach-Impfungen	**Hepatitis A**	**99805**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova ….. 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. 7,00	pro 1. Impfung im Arzt-Patienten-Kontakt (APK)
	Hepatitis B	**99806**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova ….. 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. 7,00	pro 1. Impfung im APK
	FSME (Frühsommermeningoenzephalitis)	**99807**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova ….. 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. 7,00	pro 1. Impfung im APK
	Meningokokken-Infektionen (BARMER: alle aktuell empf. Sero-gruppen, einschl. Serogruppe B; BIG, Pronova BKK: auch Serogruppe B)	**99808**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova ….. 7,00 TK ..... 7,00 Knapp. 7,00	pro 1. Impfung im APK
	Tollwut	**99809**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova ….. 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. 16,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus	**99810**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova …. 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. 16,00	pro 1. Impfung im APK
	Cholera	**99811**	BARMER …. 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova …. 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. 16,00	pro 1. Impfung im APK

Leistungsbeschreibung		Abr.-Nr.	Vergütung (€)	Abrechnungs-bestimmungen
	Gelbfieber *(Genehmigung notwendig)*	**99812**	BARMER .... 7,00 BIG ..... 15,00 Pronova ..... 16,00 TK ..... 7,00 Knapp. 16,00	pro 1. Impfung im APK
	Japanische Enzephalitis	**99813**	BARMER .... 7,00 Pronova .....16,00 Knapp. ..... 16,00 TK 7,00	pro 1. Impfung im APK
Kombinations-Impfungen	**Hepatitis A und B (HA - HB)**	**99825**	BARMER .... 8,00 BIG ..... 22,00 Pronova ..... 8,00 TK ..... 8,00 Knapp. 8,00	pro 1. Impfung im APK
	Typhus und Hepatitis A	**99826**	BARMER .... 8,00 BIG ..... 22,00 Pronova ..... 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 (BARMER, Pronova BKK, TK, Knappschaft).

- **nur für BARMER und 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.

[1)] Das **Beratungshonorar** nach **Nr. 99800** ist **nur einmal pro Impfung** nach den Nrn. 99809 bis 99813 und 99826 berechnungsfähig (BARMER, 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 Eintrag 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;
  … der BARMER, der BIG, der Pronova BKK und der Knappschaft das Rezept als zuzahlungsfrei zu kennzeichnen (Vorsorgeleistungen).

- Der impfende Arzt soll auf die strikte Einhaltung des Impfschemas hinwirken.
- Wurde die erste der für einen vollständigen Impfschutz erforderlichen Impfdosen noch vor dem In-Kraft-Treten einer Empfehlung der STIKO oder einer Regelung im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) 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 (MGV) zur Verfügung gestellt. Eine parallele privatärztliche Abrechnung ist ausgeschlossen.

- Bei Reiseschutzimpfungen, die nicht mit der KV Sachsen vereinbart wurden und somit nicht nach den vorstehenden Abrechnungsnummern über die KV Sachsen abgerechnet werden können, sind sowohl der Impfstoff als auch die ärztliche Leistung privat zu liquidieren.

2.12.4 COVID-19-Schutzimpfungen in Arztpraxen, ab 07.04.2021 bis zum 07.04.2023

COVID-19-Schutzimpfungen sind ab 08.04.2023 Bestandteil der Regelversorgung, d. h. sie wurden in die Schutzimpfungs-Richtlinie (SI-RL) des G-BA überführt **und sind dem entspr. im Punkt 2.12.1 dieser Abrechnungshinweise beschrieben/enthalten.**

Die **Coronavirus-Impfverordnung (CoronaImpfV) des** Bundesministeriums für Gesundheit (**BMG**), die bislang u. a. für Impfungen von GKV- und Privatpatienten maßgeblich war, **tritt zu diesem Zeitpunkt außer Kraft**.

Die bisher an dieser Stelle beschriebenen Regelungen galten somit nur bis einschließlich 07.04.2023.

2.13 Kennzeichnungen von Praxisbesonderheiten

2.13.1 Kennzeichnung im Rahmen der Verordnung von Arznei- und Verbandmitteln für Richtgrößenprüfungen, ab 01.01.2018

Die folgenden Kennzeichnungen sind nur für Ärzte relevant, die einer Prüf- (Arzt-) Gruppe angehören, für die Richtgrößen gelten.
Dazu zählen: Anästhesiologie (PG 010), Chirurgie (070), Gynäkologie und Geburtshilfe (100), HNO-Heilkunde (130), Haut-/Geschlechtskrankheiten (160), Innere Medizin - Gastroenterologie (203), Kinderheilkunde (230), Neurologie (386).

Pseudo-Nr.	Indikationsgebiet	
99910B	**Hormonelle Behandlung und In-vitro-Fertilisation bei Sterilität** - gemäß „Richtlinien über künstliche Befruchtung“	
99910C	**Therapie der schubförmig bzw. sekundär progredienten Multiplen Sklerose** mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten	
99910D	**Therapie bei Hepatitis B und Hepatitis C** mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten, ggf. in Kombination mit anderen dafür zugelassenen antiviralen Mitteln	
99910E	Arzneimitteltherapie der **Mukoviszidose**	
99910H	**Wachstumshormon-Behandlung bei Kindern** mit nachgewiesenem hypophysärem Minderwuchs	
99910I	**Orale und parenterale Chemotherapie**[1)] mit antineoplastischen Mitteln bei Tumorpatienten einschl. der für diese Indikation zugelassenen Hormonanaloga bzw. -antagonisten, Zytokine, Interferone - auch als Rezepturzubereitung, notwendige Begleitmedikation mit Antiemetika vom Typ der Serotonin-5HT-Antagonisten und Entgiftungsmitteln	
99910I	Bisphosphonate und monoklonale Antikörper zur **Behandlung von tumorinduzierten Metastasen**[1)]	
99910K	**Therapie behandlungsbedürftiger HIV-Infektionen**	
99910L	**Insulintherapie bei insulinpflichtigem Diabetes mellitus**[2)]	
99910M	**Zur Behandlung von Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises** zugelassene TNF Alpha-Inhibitoren, monoklonaler Antikörper, Fusionsproteine und Interleukin-Inhibitoren enthaltende Arzneimittel[2)]	- vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen
99910N	**Zur Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen** zugelassene monoklonale Antikörper und JAK-Inhibitoren[2)]	
99911N	**Zur Behandlung von chronisch entzündlichen Darmerkrankungen** zugelassene monoklonale Antikörper und JAK-Inhibitoren	

Pseudo-Nr.	Indikationsgebiet	
99910O	**Therapie splenektomierter Patienten** mit chronischer immun-(idiopathischer) thrombozytopeinischer Purpura	
99910R	**Palivizumab zur Prävention der** durch das Respiratory-Syncytial-Virus (RSV) hervorgerufenen **schweren Erkrankungen der unteren Atemwege**. - die Therapiehinweise des G-BA (Anlage IV der AM-RL) sind zu beachten	
99911Q	**Behandlung der Phenylketonurie**	
99910U	**Substitution von Plasmafaktoren** bei Faktormangelkrankheiten	
99911B	TNF Alpha-Inhibitoren, Interleukinantagonisten und Phosphodiesterase-Inhibitoren bei **Plaque-Psoriasis**[2)]	- vor Verordnung ist die Basistherapie zu prüfen
99912B	Interleukinantagonisten und Phosphodiesterase-Inhibitoren **bei Plaque-Psoriasis**	
99911C	**Behandlung der pulmonalen arteriellen Hypertonie** mit für diese Indikation zugelassenen Präparaten	
99911H	**Hyposensibilisierungsbehandlung**	
99911Z	**Arzneimittelneuverordnung nach § 106b (1b) SGB V**	
	<u>Blutzuckerteststreifen</u>[2)]	
99313X/Y/Z	… bei Teilnahme am **DMP Typ 2** (OAD-Therapie* / CT- / ICT-Insulinierung)	
99343K/Z	… bei Teilnahme am **DMP Typ 1** (ICT-Insulinierung Kinder+Jugendl. / Erw.)	
99913Z	… bei Teilnahme an der **Diabetes-Vereinbarung Sachsen** (für Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 und Typ 2)	
99910X/Y/Z	… für **von o. g. Verträgen nicht betroffene Patienten** (OAD-Therapie* / CT- / ICT-Insulinierung)	
	- Es gelten die jeweiligen vertraglichen Regelungen zu Teststreifen. - Für alle Kostenträger nach BMÄ oder E-GO jeweils 1-mal pro Behandlungsfall ansetzbar. - Der Ansatz der Nrn. 99910X-Z entfällt, sobald eine entspr. Nr. für Teststreifen gemäß den Diabetes-Verträgen zulässig ist. - Der automatische Vorwegabzug erfolgt bis zu einem Betrag von 0,40 € pro Blutzuckerteststreifen.	

[1)] Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Hautärzte und Gynäkologen
[2)] Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte
(bzgl. Nr. 99910N (nur) für Infliximab, Adalimumab und Golimumab,
keine Einschränkungen für die anderen Wirkstoffe;
bzgl. Nr. 99911B (nur) für Etanercept und Adalimumab),
keine Einschränkungen für die anderen Wirkstoffe

Anmerkung zu den Blutzuckerteststreifen:

* Am 01.10.2011 traten **Verordnungseinschränkungen** und -ausschlüsse zu Blut- und Harnzuckerteststreifen in Kraft. Diese sind **für Patienten mit Diabetes mellitus Typ 2** (auch DMP-Patienten), **die nicht mit Insulin behandelt werden**, nicht mehr zu Lasten der GKV verordnungsfähig. Ausgenommen davon sind grundsätzlich je Behandlungssituation bis zu 50 Teststreifen für Patienten mit instabiler Stoffwechsellage, die bei interkurrenten Erkrankungen, Ersteinstellung auf oder Therapieumstellung bei oralen Antidiabetika mit hohem Hypoglykämierisiko gegeben sein kann.

Übersicht über die Dokumentation/Kennzeichnung von Teststreifenverordnungen:

Diabetes - Diagnose	**DMP-Teilnahme?**	
	ja > Nr.	**nein** > Nr.
Diabetes mellitus Typ 1		
ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche (bis 700 Teststreifen pro Quartal)	99343K	---
ICT-Insulinierung für Erwachsene (bis 550 Teststreifen pro Quartal)	99343Z	---
ICT-Insulinierung (bis 400 Teststreifen pro Quartal)	---	99910Z
CT-Insulinierung (bis 200 Teststreifen pro Quartal)	---	99910Y
Diabetes mellitus Typ 2		
OAD-Therapie (bis 50 Teststreifen je Behandlungssituation, gültig ab 01.10.2011)*	99313X	99910X
CT-Insulinierung (bis 200 Teststreifen pro Quartal)	99313Y	99910Y
ICT-Insulinierung (bis 400 Teststreifen pro Quartal)	99313Z	99910Z
Schwangerschaftsdiabetes u. alle sonstigen Diabetes-Diagnosen außer Typ 1 u. 2 (gemäß Diabetes-Vereinbarung Sachsen)		
bis 550 Teststreifen pro Quartal	---	99913Z

2.13.2 Kennzeichnung im Rahmen der Verordnung von Arzneimitteln für Zielwertprüfungen, ab 01.01.2023

Im Artikel 2 (Zielvereinbarung im Arzneimittelbereich) § 1 der Arzneimittelvereinbarung für 2023 wird die Steuerung der Verordnungstätigkeit der Vertragsärzte mit Hilfe von Wirtschaftlichkeitszielen für 2023 beschrieben. Für die aufgeführten Prüfgruppen gelten die dort genannten Wirtschaftlichkeitsziele, die der Zielwertprüfung gemäß Teil A der Anlage 1a der Prüfungsvereinbarung gemäß § 106 SGB V unterliegen.

Pseudo-Nr.	Zielsubstanz	Indikationsgebiet
99912A	**Sprycel**R (Dasatinib)	**chronische myeloische Leukämie (CML)**
99912A	**Nexavar**R (Sorafenib)	**Schilddrüsenkarzinom**

Ab 01.01.2023 ist der Einsatz der Originalpräparate

- SprycelR (Dasatinib) bei der Indikation „chronische myeloische Leukämie (CML)“ bzw.
- NexavarR (Sorafenib) bei der Indikation „Schilddrüsenkarzinom“

mit der Pseudo-Nr. 99912A zu kennzeichnen, da bei diesen Indikationen noch Patentschutz besteht und daher keine Generika eingesetzt werden können.

In der Vorabprüfung werden je gekennzeichnetem Patienten (Behandlungsfall) jeweils 90 DDD pro Quartal

- SprycelR bzw.
- NexavarR

für die Berechnung der Tyrosinkinaseinhibitor-Generikaquote nicht berücksichtigt und haben daher keinen negativen Effekt auf die Quotenerfüllung.

2.13.3 Kennzeichnung im Rahmen der Verordnung von Heilmitteln für Richtgrößenprüfungen, ab 01.01.2021

Bei Richtgrößenprüfungen sind von der Prüfungsstelle die „Diagnoseliste zum langfristigen Heilmittelbedarf nach § 32 (1a) SGB V“ (Anlage 2 zur Heilmittel-Richtlinie d. G-BA) und die „Besonderen Verordnungsbedarfe für Heilmittel nach § 106b (2) S. 4 SGB V“ (Anhang 1 d. Anlage 2 d. Rahmenvorgaben n. § 106b (2) SGB V zwischen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KBV) zu berücksichtigen.

Eine entspr. Gesamtübersicht steht auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Verordnungen > Heilmittel > Heilmittel Grundlagen unter „Dokumente“.

Zusätzlich werden gem. § 106b (1) SGB V **folgende Praxisbesonderheiten** vereinbart, die von der Prüfungsstelle im Rahmen der Vorabprüfung zu berücksichtigen sind.

Die folgenden Kennzeichnungen sind nur für Ärzte relevant, die einer Prüf- (Arzt-) Gruppe angehören, für die Richtgrößen gelten. Dazu zählen: Chirurgie (PG 070), HNO-Heilkunde (130), Innere Medizin (hausärztlich, 190), Kinderheilkunde (230), Neurologie/Psychiatrie (381), Neurologie (386), Psychiatrie (387), Orthopädie (440), Allgemeinmedizin/Praktische Ärzte (800).

Pseudo-Nr.	Indikationsgebiet
99915H	**Sprachtherapie bei hochgradiger Innenohrschwerhörigkeit** mit Hörgeräten beidseits und/oder Cochlea-Implantat-Versorgung
99915J	**Podologische Therapie bei Diabetischem Fußsyndrom mit Neuropathie- und/oder Angiopathie**, ausschließlich nach Indikationskatalog der Heilmittel-Richtlinien - nur für in den entspr. Vertrag eingeschriebene Versicherte
99915K	**Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge einer sensiblen oder sensomotorischen Neuropathie (primär oder sekundär**), z. B. bei: - Hereditärer sensibler und autonomer Neuropathie - systemischen Autoimmunerkrankungen - Kollagenosen - toxischer Neuropathie Behandlung von dem diab.Fußsyndrom vergleichbaren Schädigungen der Haut und Zehennägel bei nachweisbaren Gefühlsstörungen der Füße mit und ohne Durchblutungsstörungen: - Hyperaktose und/oder pathologisches Nagelwachstum
99915L	**Krankhafte Schädigung am Fuß als Folge eines Querschnittsyndroms, z. B. bei:** - Spina bifida - chronischer Myelitis - Syringomyelie - traumatisch bedingten Schädigungen des Rückenmarks Behandlung von dem diab. Fußsyndrom vergleichbare Schädigungen der Haut und Zehennägel bei nachweisbaren Gefühlsstörungen der Füße mit und ohne Durchblutungsstörungen: - Hyperaktose und/oder pathologisches Nagelwachstum
99915Z	**Heilmittel für geistig und körperlich behinderte Kinder u. Jugendliche**, welche **an Förderschulen** betreut werden, im Freistaat Sachsen - nur für Diagnosen, die nicht mit den bundesweit vereinbarten Anlagen 1 und 2 geregelt sind

Folgende Hinweise gelten für 2.13.1 bis 2.13.3:

Die aufgeführten Pseudo-Nrn.
- sind, soweit nicht anders beschrieben, für alle Kostenträger (BMÄ/E-GO) ansetzbar,
- können bei Erfüllung der entspr. Indikationsgebiete auf dem Behandlungsausweis angesetzt werden; im Regelfall jedoch jeweils nur 1-mal pro Behandlungsfall.

Im Übrigen wird auf die in der Prüfungsvereinbarung getroffenen Regelungen zur Anerkennung von Praxisbesonderheiten verwiesen (insbesondere auf die Anlage 1 für Arznei- und Verbandmittel einschl. Sprechstundenbedarf / Teil A Zielwertprüfung / Teil B Richtgrößenprüfung und Anlage 2 für die Prüfung ärztlich verordneter Heilmittel auf der Grundlage von Richtgrößen).

Mit der „**Heilmittelverordnung**“ (**Vordruck-Muster 13**) werden ab 01.01.2021 sämtliche Maßnahmen der Physiotherapie, Podologischen Therapie, Stimm-/Sprech-/Sprach- und Schlucktherapie, Ergotherapie sowie Ernährungstherapie verordnet.

Die **Angabe des therapierelevanten ICD-10-Codes ist** auf jeder Heilmittelverordnung **Pflicht**. Die Angabe des zweiten ICD-10-Codes ist nur für die Erkennbarkeit bestimmter besonderer Verordnungsbedarfe notwendig und muss auch nur dann befüllt werden. Die entspr. Krankheitsbilder sind in der Liste „Besondere Verordnungsbedarfe“ (Anhang 1 der Anlage 2 der Rahmenvorgaben nach § 106b (2) SGB V zwischen den Spitzenverband Bund der Krankenkassen und der KBV) enthalten.

Für Verordnungen von Physiotherapie, Ergotherapie, Logopädie oder Podologie mit einem Praxisverwaltungssystem (PVS) ist eine zertifizierte Software einzusetzen.

Die Regelung gilt für alle Ärzte, die Heilmittelverordnungen mittels Praxissoftware ausstellen. Für Praxen, die kein PVS einsetzen, ist dies weiterhin auch per Hand möglich. Der Einsatz der zertifizierten Software zur Heilmittelverordnung muss seit der Abrechnung für 2017/2 bei der Sammelerklärung zur Quartalsabrechnung bestätigt werden.

Ob Ihr System für die Heilmittelverordnung zertifiziert ist, können Sie über die Zulassungslisten für PVS erfahren, welche von der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) online zur Verfügung gestellt werden (http://www.kbv.de/html/5614.php).

Für ausführliche Informationen beachten Sie bitte auch die Praxisinformation der KBV zur Zertifizierung der Heilmittelsoftware, darin sind alle wichtigen Informationen zusammengestellt (http://www.kbv.de/media/sp/Praxisinformation_Heilmittelverordnung.pdf).

Hinweise zu Verordnungen bei Angehörigen der Bundeswehr

Nach § 5 des Vertrages über die ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr (Bundeswehr-Vertrages) dürfen **Arznei- und Verbandmittel sowie Heil- und Hilfsmittel für Soldaten grundsätzlich nur von einem Arzt der Bundeswehr verordnet werden**. Der in Anspruch genommene **Vertragsarzt gibt deshalb im Bedarfsfalle dem überweisenden Arzt der Bundeswehr formlos eine entspr. Verordnungsempfehlung.** Verordnungsvordrucke dürfen hierfür nicht verwandt werden.

Nur wenn **im Notfall** der Bundeswehrarzt nicht (rechtzeitig) erreichbar ist, **können die sofort notwendigen Arznei- und Verbandmittel auf** einem „Kassenrezept“ (Arzneiverordnungsblatt **Muster 16**) **verordnet werden**, wobei die Verordnung der kleinsten Packungsgröße zu empfehlen ist. Das Rezept hat folgende Angaben zu beinhalten: Dienstgrad, Name, Vorname, Personenkennziffer, Truppenteil und Standort des Soldaten sowie **unbedingt den Vermerk „Notfall“**. Fehlt dieser Vermerk, hat der Arzt die Kosten auf Verlangen der Wehrbereichsverwaltung zu erstatten, wenn er nicht nachweisen kann, dass die Voraussetzungen für einen Notfall vorgelegen haben. Wurden für Arzneimittel Festbeträge festgesetzt, sind möglichst solche Arzneimittel zu verordnen, deren Abgabepreise im Rahmen der Festbeträge liegen.

Bitte beachten Sie die Regelung des Bundeswehr-Vertrages, da seitens der Wehrbereichsverwaltung regelmäßig Rückforderungsanträge an Vertragsärzte gestellt werden. Den Vertrag finden Sie auf der Internetpräsenz der KBV (www.kbv.de) unter > Service > Rechtsquellen > Verträge > sonstige Kostenträger > „Ärztliche Versorgung von Soldaten der Bundeswehr“.

2.14 Wegepauschalen, Abrechnung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

2.14.1 Wegepauschalen im Bereich der KV Sachsen, ab 01.01.2023

Im Bereich der KV Sachsen gelten folgende Abrechnungsnummern für Wegepauschalen.

Die durch den Arzt **berechnungsfähige Wegepauschale richtet sich nach der Entfernung vom Ausgangsort des Arztes** (z. B. Praxis oder Wohnung eines Patienten von einem zuvor durchgeführten Hausbesuch) **bis zum Hausbesuchsort des Patienten**, **der den Hausbesuch angefordert hatte (tatsächlich gefahrene Kilometer)**.

Bezeichnung: „Wegepauschale für Besuche …“	***am Tag*** *(zwischen 7 und 19 Uhr)*		***in der Nacht*** *(zwischen 19 und 7 Uhr)*	
	Abr.-Nr.	*Wert*	*Abr.-Nr.*	*Wert*
… bis zu 2 km	**93220**	4,84 €	**93221**	10,34 €
… mehr als 2 bis zu 5 km	**93222**	8,58 €	**93223**	14,08 €
… mehr als 5 bis zu 10 km	**93224**	12,32 €	**93225**	17,82 €
… mehr als 10 bis zu 15 km	**93226**	14,52 €	**93227**	20,02 €
… mehr als 15 bis zu 20 km	**93228**	16,83 €	**93229**	22,33 €
… mehr als 20 bis zu 25 km	**93230**	19,25 €	**93231**	24,75 €
… mehr als 25 bis zu 30 km	**93232**	21,67 €	**93233**	27,17 €
… mehr als 30 bis zu 35 km	**93234**	24,09 €	**93235**	29,59 €
… mehr als 35 km	**93236**	26,51 €	**93237**	32,01 €

Außerdem gilt

- ***im ambulanten Bereich:***

Die zutreffende Tag- oder Nachtwegepauschale ist durch den Arzt direkt hinter jedem Besuch anzugeben.

Die Berechnungsfähigkeit von Besuchen und Wegepauschalen ist im EBM (Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.4) geregelt.

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

- im belegärztlichen Bereich:

Die Berechnung von Visiten ist im § 2 der „Vereinbarung über die Vergütung der belegärztlichen Tätigkeit (belegärztlichen Behandlung)“ geregelt.
Darin heißt es:

„Dem nach § 40 BMV-Ä anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GOP 01412 und 01414 EBM vergütet. Eine Konsiliarpauschale ist nicht abrechnungsfähig.“

„**Bei Erfüllung der Voraussetzungen der GOP 01100, 01101 und 01412 kann** jeweils **die entspr. Wegepauschale / das entspr. Wegegeld angesetzt werden**.“

„Bei Berechnung von **mehr als einer Visite pro Tag** ist, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2) EBM, **eine Begründung erforderlich.**“

Achtung:
Fehlt zu einer GOP 01100 bzw. 01101 (Unvorhergesehene Inanspruchnahme) **oder 01412** (Dringender Besuch / dringende Visite) **die Wegepauschale, wird durch die KV Sachsen die am niedrigsten bewertete (Nr. 93220) zugefügt!**

2.14.2 Abrechnung im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst

1. Fahrdienst (zentraler Fahrdienst bzw. Hausbesuchsdienst)

2. Sitzdienst (kassenärztlicher Bereitschaftsdienst/org. Notfalldienst)

3. Berechnung Garantiehonorar

4. Telefonische Beratung durch die Beraterärzte im Bereitschaftsdienst in der eigenen Häuslichkeit gemäß HVM § 3 Nr. 6

1. Grundsätze Abrechnung Fahrdienst (zentraler Fahrdienst bzw. Hausbesuchsdienst)

- **Abrechnung der erbrachten Leistungen** (Notfallpauschale sowie Besuchsleistung und ggf. weitere Leistungen) **erfolgt im Rahmen der eigenen Quartalsabrechnung** (PVS) der Praxis unter Nutzung
  - der **eigenen BSNR und LANR**,
  - der **Scheinuntergruppe (SUG) 46**,
  - **Angabe der Uhrzeit zu jeder Leistung**,
  - **Angabe der Wegepauschale mit „R“** (bspw. 93233 R).
- Alle durchgeführten **Einsätze sind in dem Quartal abzurechnen, in dem der Einsatz stattgefunden hat**. Nachträge sind zu vermeiden
- **Für besonders lange Fahrwege im Hausbesuchsdienst** wird **zusätzlich eine Wegezeitpauschale** vergütet. Die Wegezeitpauschale wird dabei für Wegstrecken oberhalb von 15 Kilometer Radius in pauschalierter Form zuerkannt;
  d. h. für Wegstrecken im Radius über 15 km bis 20 km sind es 10,00 €,
  zwischen 20 km und 25 km 20,00 Euro usw.
  Es gilt jedoch eine Obergrenze von 120,00 € je 12-Std.-Dienst (automatisch durch KVS)
- Die **Abrechnung eines Privatpatienten sowie ärztlichen Leichenschauen** erfolgen in eigener Zuständigkeit und Verantwortung. Die Leistungen sind **auf eigene Rechnung zu erbringen und selbst zu liquidieren (GOÄ)**.
- **Änderungen im Dienstplan bzw. Vertretungen** sind der Abteilung Bereitschaftsdienst zu melden
  (siehe: https://www.kvsachsen.de/fuer-praxen/bereitschaftsdienst).
  Andernfalls ist eine korrekte Berechnung des Garantiehonorars nicht möglich
- **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 (analog Eintragung im Dienstplan).
  - In allen anderen Fällen erfolgt die Abrechnung durch den zu vertretenden Arzt, entsprechende Honorare sind innerärztlich zu verrechnen.

2. Grundsätze Abrechnung Sitzdienst (kassenärztl. Bereitschafts-/org. Notfalldienst)

- **Abrechnung der erbrachten Leistungen** (Notfallpauschale und ggf. weitere Leistungen) **erfolgt über die Portalpraxis** unter Angabe
  - der eigenen LANR
  - der Scheinuntergruppe (SUG) 41
  - Angabe der Uhrzeit zu ***jeder*** Leistung
- **Abrechnungsbegründende patientenbezogene Unterlagen** (bspw. Kostenübernahmen oder Patientenerklärung Europäische Krankenversicherung) **sind in der eigenen Praxis zu archivieren**.
- Die im Sitzdienst erbrachten und mittels Gebührenordnungspunkten abgerechneten Leistungen werden in Form eines Tagesprotokolls ausgehändigt und sind Bestandteil der jeweiligen Honorarabrechnung.
- Diese Leistungen werden nach Quartalsende auf Basis der LANR der Quartalsabrechnung aus der allgemeinen vertragsärztlichen Tätigkeit zugeordnet.
- Die **Abrechnung eines Privatpatienten** ist **auf eigene Rechnung** zu erbringen und selbst zu liquidieren (**GOÄ**).

3. Grundsätze zur Berechnung des Garantiehonorars

Bei der nach Quartalsende durchzuführenden Abrechnung werden
- die erbrachten Leistungen dienstbezogen ermittelt und
- mit einem je Dienst erzielbaren Garantiehonorar (Dienststunden x 50,00 € / Stunde)

verglichen.

Es sind alle Leistungen abzurechnen, die im Rahmen des ärztlichen Bereitschaftsdienstes erbracht werden, auch wenn ggf. das Garantiehonorar zum Tragen kommt.

Übersteigt das abgerechnete Honorar den Garantiehonorarwert, kommt ausschließlich das abgerechnete Honorar zur Vergütung.

Übersteigt das abgerechnete Honorar den Garantiehonorarwert nicht, wird der Differenzbetrag bis zur Höhe des Garantiehonorars aufgestockt und im Honorarbescheid separat ausgewiesen („Vergütung in kassenärztlichen Bereitschaftsdienst“).

Honoraransprüche aus Diensten in den Bereitschaftspraxen unterliegen bei Überschreitung des Garantiehonorarwertes einem **Betriebskostenabzug** in Höhe von 40 %, jedoch nur bezogen auf den Überschreitungsanteil.

4. Telefonische Beratung durch die Beraterärzte im Bereitschaftsdienst in der eigenen Häuslichkeit gemäß HVM § 3 Nr. 6

Gemäß HVM § 3 Nr. 6 wird für die eingeteilten Zeiten der telefonischen Beraterärzte im Bereitschaftsdienst in der eigenen Häuslichkeit je eingeteilter Stunde ein Mindesthonorar von 20 € honoriert. Zusätzlich ist je Konsultation die Abrechnungsnummer 99994 im Wert von 17 € entsprechend abrechenbar.

Da kein unmittelbarer Bezug zum entsprechenden Einsatz besteht, sind einige Besonderheiten zur Abrechnung der Abrechnungsnummer 99994 zu beachten:

1. Anlegen eines gesonderten Datensatzes im PVS-System (analog Ersatzverfahren)

Da im Rahmen der Konsultation der telefonischen Beraterärzte keine eGK (Versichertenkarte) vorliegt und eingelesen werden kann, erfolgt die Abrechnung der Abrechnungsnummer 99994, damit die manuelle Erfassung der Versichertenangaben entfällt, Ersatzverfahren zu Lasten des Kostenträgers „KV Sachsen Landesgeschäftsstelle“.

Ein solcher Datensatz ist nur einmal in der Quartalsabrechnung anzulegen.

Beim Anlegen des Datensatzes sind dabei folgende Daten anzugeben:

Name -Nachname des Patienten- (FK 3101)	KV
Vorname -des Patienten- (FK 3102)	BD
Geschlecht -des Patienten- (FK 3110)	M *(männlich)*
Geburtsdatum -des Patienten- (FK 3103)	1950-01-01
Versichertennummer -des Patienten- (FK 3105)	*keine Angabe*
Versicherten_ID (FK 3119) (ehem. Vers.-Nr. eGK des Pat.)	*keine Angabe*
PLZ -Postleitzahl des Patienten- (FK 3112)	01099
Ort -Wohnort der Patientenadresse- (FK 3113)	Dresden
Straße -der Patientenadresse- (FK 3107)	116
Hausnummer -der Patientenadresse- (FK 3109)	117
Kasse	KV Sachsen Landesgeschäftsstelle
VKNR (FK 4104)	**98999**
Kostenträgerkennung (FK 4111) 9-stellig (ehem. IK-Nr.)	100098999 oder 331460748
Versichertenart (FK 3108) (ehem. … MFR)	1 *(Mitglied)*
sofern benötigt: Kostenträgerabrechnungsbereich (FK 4106)	00

Das gilt auch für Praxen, in denen mehrere Ärzte tätig sind, da die Zuordnung zum entsprechenden Arzt über dessen LANR (Leistungskennzeichnung) erfolgt.

Auf diesem einen Datensatz sind dann alle durchgeführten Konsultationen - wie nachfolgend beschrieben - auf den den Dienst ausführenden Arzt abzurechnen.

Die Einreichung des Scheines ist nicht erforderlich.

2. Erfassung der Grunddaten für die Abrechnung

Für die Abrechnung sind auf dem Datensatz folgende Grunddaten zu hinterlegen:

Satzart (FK 8000)	0104 *(Notfalldienst/Vertretung/Notfall)*
Abrechnungsgebiet (FK 4122)	00 *(kein besonderes Abrechnungsgebiet)*
Scheinuntergruppe (FK 4239)	41 *(kassenärztlicher Bereitschaftsdienst/org. Notfalldienst)*
Weiterbehandelnder Arzt (FK 4243)	unbekannt
sofern benötigt: Gebührenordnung (FK 4121)	1 *(BMÄ)*
ICD-Code (FK 6001)	Z01.9

3. Abrechnung der i. R. des kassenärztlichen BD geleisteten Dienststunden

Die Abrechnung erfolgt nach dem folgendem Algorithmus:

Erfassung des Leistungstages

Jede Konsultation ist grundsätzlich tageweise abzurechnen. Als Leistungstag wird dabei das Datum erfasst, an dem die jeweilige Konsultation stattgefunden hat.
Zu jeder Konsultation (Abrechnungsnummer 99994) ist zwingend eine Uhrzeit in der Feldkennung 5006 anzugeben!

Finden mehrere Konsultationen in einem sehr kurzen Zeitabstand nacheinander statt, können diese auch mithilfe eines Multiplikators abgerechnet werden. In diesem Fall ist die Uhrzeit zum ersten Kontakt anzugeben.

Werden in einem Quartal mehrere telefonische Beraterdienste durchgeführt, so sind auch mehrere Leistungstage zu dokumentieren.

Abrechnungsnummer

Jede durchgeführte Konsultation wird durch den Ansatz der **Abrechnungsnummer 99994** gekennzeichnet.

Leistungserbringer/Leistungsort

Die Konsultation ist pro Leistungs-Erbringer und -Ort zu erfassen.
(Dazu sind zur Abrechnungsnummer 99994 sowohl die LANR des Arztes, der den Dienst durchgeführt hat (FK 5099 - LANR …), als auch die BSNR der Hauptbetriebsstätte, in welcher der Arzt tätig ist (FK 5098 - Leistungsort), anzugeben.)

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.

Weitere aktuelle Informationen zum Ärztlichen Bereitschaftsdienst sind auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) zu finden, unter > Für Praxen > Bereitschaftsdienst.

2.15 Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung

2.15.1 Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V (AOK PRIMA PLUS) mit der AOK PLUS, ab 01.04.2018 bis 31.12.2021

1. Änderungsvereinbarung mit Wirkung ab 01.07.2020

Wie bereits an dieser Stelle beschrieben, **wurde der Vertrag „AOK PRIMA PLUS“ zum 31.12.2021 gekündigt, die Vertragslaufzeit endete somit am 31.12.2021.**

Die Behandlung bereits gültig eingeschriebener Versicherter war bis dahin möglich, danach können keine Leistungen aus dem Vertrag mehr abgerechnet werden.

.

2.15.2 Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V mit der Knappschaft, ab 01.01.2012

8. Nachtrag mit Wirkung zum 01.01.2021

Die Knappschaft und die KBV haben sich zum 01.01.2021 über folgende Änderungen des HzV-Vertrages verständigt. Der Nachtrag enthält im Wesentlichen folgende Änderungen:

- Anpassung der Datenschutzbedingungen an die DSGVO in den betreffenden Paragraphen, u. a. Neufassung der TE Arzt (Anlage 1) und neue Anlage 12 „Datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung Versicherter".
- Ergänzung einer neuen Leistung, wonach der teilnehmende Hausarzt für von der Knappschaft identifizierte eingeschriebene Patienten, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach SGB XI betreuen, ein Beratungsgespräch (neue Anlage 11) durchführen kann. Durch eine gezielte Situationsanalyse, Informationen u. Beratungs- u. Gesprächsangebote soll eine möglichst frühzeitige Unterstützung ermöglicht werden. Pflegende Personen erhalten eine gezieltes individuelles Unterstützungs- und Präventionsangebot.
- Ein Versichertenverzeichnis zur Abrechnungsprüfung muss umgesetzt werden.

Durch die hausarztzentrierte Versorgung soll neben der Optimierung der Qualität auch die Wirtschaftlichkeit der Versorgung 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 erschlossen werden.

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

Zur Teilnahme wählt der Versicherte einen an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausarzt als seinen Hausarzt aus, bestätigt dies schriftlich durch die Teilnahmeerklärung („TE“ - Anlage 2) und willigt in die Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Anlage 12) ein.

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

Das Original der „TE der Versicherten“ ist an die darauf benannte Adresse zu senden.

Die unterschriebene datenschutzrechtliche Einwilligungserklärung (Anlage 12) verbleibt in der Patientenakte des einschreibenden Hausarztes und ist der Knappschaft nur auf Anforderung zu übermitteln.

Am Vertrag können alle Mitglieder der ermächtigenden HÄ-Gemeinschaften sowie weitere **an der hausärztlichen Versorgung** (lt. § 73 SGB V) **teilnehmende Vertragsärzte** und MVZ **teilnehmen**, sofern sie die Qualitätsanforderungen nach § 14 erfüllen (§ 11).

Die an der Teilnahme interessierten Ärzte weisen das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen gegenüber der KV Sachsen nach (§ 12). Die Teilnahme wird mit Hilfe der Teilnahmeerklärung (Anlage 1) begründet und durch die KV Sachsen bestätigt.

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

Die **Aufgaben des teilnehmenden Hausarztes** i. R. d. Versorgungsauftrages sind im § 4 des Vertrages detailliert beschrieben.

Die **Rechte und Pflichten des teilnehmenden Hausarztes** sind im § 13, die Qualitätsanforderungen im § 14 (seit 01.01.2012 inkl. der jährlichen Teilnahme an Fortbildungen zur Arzneimitteltherapie) des Vertrages detailliert beschrieben.

Die zusätzlichen Leistungen des Hausarztes i. R. dieses Vertrages für die Behandlung von teilnehmenden Versicherten **werden wie folgt vergütet** (gemäß Anlage 9):

81110 **Grundpauschale** für die Koordination
der Versorgung des Patienten (Knappschaft) ..... **4,00 €**
- für jeden eingeschriebenen Versicherten der Knappschaft
- einmal pro Quartal bei einem Arzt-Patienten-Kontakt

Ein **Medikationscheck** kann durchgeführt werden
- für von der Knappschaft identifizierte eingeschriebene Patienten sowie
- auf Vorschlag des teilnehmenden Hausarztes für Patienten (mit deren Einwilligung), auf die die in der Anlage 10 beschriebenen Kriterien zutreffen.
  Dabei handelt es sich u. a. um Patienten, die über mind. 4 Quartale jeweils mind. 5 Wirkstoffe verordnet bekommen haben (auch von unterschiedlichen Vertragsärzten).
  Geeignete Patienten melden Sie bitte Ihrer zuständigen Bezirksgeschäftsstelle, welche diese Meldungen gesammelt an die Knappschaft weiterleitet.

Der HA informiert den Patienten ausführlich über die Hintergründe des Arzneimittelchecks. Möchte der Patient teilnehmen, wird die vom Patienten unterschriebene Einverständniserklärung durch den Hausarzt zurück an d. Knappschaft gefaxt
(Fax-Nummern: 0234 / 3 04 – 87 24 0 und 0234 / 3 04 – 87 20 4).

Wird der Medikationscheck **entspr. dem in Anlage 10 beschriebenen Verfahren** im Auftrag der Knappschaft durchgeführt, werden dem teilnehmenden Hausarzt vergütet:

81112 **… Medikationscheck** ..... **80,00 €**

81113 **… Medikationscheck mit Konsil**
d. h. bei Koordination der Arzneimitteltherapie in Abstimmung mit mindestens einem Facharzt und/oder stationären Einrichtung und sofern der gesamte Medikationscheck einen Zeitaufwand von mehr als 240 Minuten erfordert ..... **160,00 €**

Die Nrn. 81112 bzw. 81113 sind berechnungsfähig
- im selben Behandlungsfall (Quartal) nicht nebeneinander,
- nur für eingeschriebene Versicherte der Knappschaft.

Die Knappschaft stellt den Kassenärztlichen Vereinigungen eine Liste der zum Medikationscheck einwilligenden Patienten zur Abrechnungsprüfung zur Verfügung.

Der teilnehmende Hausarzt kann lt. § 4 **für von der KNAPPSCHAFT identifizierte eingeschriebene Patienten**, die als private Pflegepersonen Pflegebedürftige nach dem SGB XI betreuen, ein **Beratungsgespräch für Pflegepersonen nach Anlage 11** entspr. dem darin beschriebenen Verfahren durchführen. Dafür erhält er die folgende Pauschale:

81114 Beratungsgespräch für Pflegepersonen ……..... **30,00 €**

- ist **in einem Zeitraum von vier Quartalen höchstens zweimal** berechnungsfähig,
- danach muss eine erneute Evaluation der Situation durch die Pflegeberatung erfolgen

Die Finanzierung dieser Leistungen erfolgt durch die Knappschaft außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV).

2.16 Verträge zur Durchführung von strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP)

Im Mitgliederportal der KV Sachsen ermöglicht die Abfrage „DMP-Auskunft“ den **DMP-Teilnahmestatus von Versicherten zu recherchieren**. Somit kann insbesondere auf der zweiten Versorgungsebene bei DMP-Leistungen auf Überweisung der Teilnahmestatus von überwiesenen Patienten geprüft werden.

Anzugeben sind dafür die **eGK-Versichertennummer des Patienten** (Suche auch über mehrere möglich) **sowie die DMP-Indikation**, deren Einschreibung geprüft werden soll.

Das **Ergebnis** sind folgende Informationen (pdf-Datei), die gespeichert und/oder ausgedruckt werden können:
Vorname, Nachname; Geburtsdatum, Krankenkasse; Status: Offen/Teilnehmer/Beendet

Dabei bedeutet in der Statusauskunft
- „offen“: es liegt keine Teilnahme-/Einwilligungserklärung o. keine Erstdokumentation vor,
- „Teilnehmer“: sog. DMP-Teilnehmer, bei denen alle Voraussetzungen erfüllt sind,
- „beendet“: wird angezeigt, wenn der Versicherte nicht mehr am DMP teilnimmt bzw.
- „Suche erfolglos“: es liegt weder eine TE/EWE noch eine Erstdokumentation vor.

Die Suche ist stichtagsbezogen und berücksichtigt keine rückwirkende Ausschreibung (oder noch fehlende Einschreibungen). Um diesen Zeitraum mit unklarer Datenlage so kurz wie möglich zu halten, sind die Einschreibungsdokumente des Patienten schnellstmöglich (innerhalb von 10 Kalendertagen) an die DMP-Datenstelle zu senden.

Aktuell sind Daten der AOK PLUS, IKK classic und Knappschaft abrufbar, mit weiteren Krankenkassen ist die KV Sachsen diesbezüglich im Gespräch.

Aufgrund der andauernden Corona-bedingten Krisensituation bestehen weiterhin Einschränkungen in der vertragsgemäßen Umsetzung von Patientenschulungen in allen DMP. **Schulungen im Rahmen der DMP** konnten, zunächst bis 30. Juni 2021 befristet, alternativ auch als Videoschulungen durchgeführt werden.

Die Voraussetzungen und Bedingungen zur zeitweisen Schulung von DMP-Teilnehmern per Videoübertragung behalten dabei ihre Gültigkeit und sind zwingend zu beachten.

Für **Nachschulungen im Rahmen der DMP** mit einer Genehmigung ab dem Jahr 2020 bis zum Ende der epidemischen Lage (analog zu § 4 (4) DMP-A-RL) wird die vertraglich vereinbarte Umsetzungsfrist von 4 Quartalen ausgesetzt. Nachschulungen **können** somit, sofern erforderlich, **auch zu einem späteren Zeitpunkt, maximal bis 4 Quartale nach Ende der epidemischen Lage, abgeschlossen werden.**

Die **quartalsbezogene DMP-Dokumentation** ist bis zum letzten Tag des Quartals, in dem die Feststellung des Dt. Bundestags über eine epidemische Lage von nationaler Tragweite endet, nicht erforderlich, soweit sie sich auf Patienten-Untersuchungen bezieht, die aufgrund der Vermeidung einer COVID-19-Ansteckung nicht durchgeführt werden und nicht durch telemedizinischen Kontakt durch den Arzt erhoben werden kann.

Seit 1. April 2021 gilt die neue, indikationsübergreifende Teilnahme- und Einwilligungserklärung („TE/EWE“), die alle bisherigen Formulare zur Einschreibung in die DMP ablöst.

Die bisherige TE wurde so weiterentwickelt, dass sie **für die Einschreibung in alle bisherigen, aber auch zukünftigen DMP** genutzt werden kann.
Die Information für Patientinnen und Patienten bezieht sich dabei grundsätzlich nur auf Angaben, die für alle gesetzlichen DMP-Indikationen gleichermaßen gelten.

Bei der länderspezifischen Einführung eines neuen DMP muss die Erklärung zukünftig nicht mehr ausgetauscht werden.

Für Sachsen bedeutete dies konkret:

- **Seit 01.04.2021** gilt die **neue, indikationsübergreifende TE/EWE**, die bisherigen „veralteten“ Formulare sind nicht mehr gültig und werden nicht mehr angenommen.
- **Die neuen Vordrucke (Formularnummer 070E)** können seit 01.02.2021 genutzt werden. Diese enthalten bereits bisher in Sachsen noch nicht vereinbarte DMP-Indikationen. Sobald ein neues DMP in der Vertragsregion Sachsen vereinbart ist, erhalten Sie eine gesonderte Information.
- **Bestehende DMP-Teilnahmen sind nicht erneut anzugeben**. Auf dem Formular muss **nur das DMP angegeben** werden, **zu welchem eine Neueinschreibung** erfolgen soll.

Die „neuen“ Formulare werden über den Vordruckleitverlag zur Verfügung gestellt bzw. können auch weiterhin **über die Praxisverwaltungssoftware** ausgedruckt werden. Die Integration des neuen Formulars 070E erfolgte mittels Software-Update.

Die seit 01.04.2021 gültige TE/EWE ist auf der Internetpräsenz der KV Sachsen zu finden (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „D“ > DMP).

DMP-Dokumentationen für das 3. Quartal 2023 vor dem Software-Update abschließen

Die **Änderung der Dokumentationssoftware für das Disease-Management-Programm** Diabetes mellitus zum 1. Oktober **betrifft Typ 1 und Typ 2.**
Es **wird dringend empfohlen**, die **Dokumentationen für das 3. Quartal 2023 vor dem Software-Update abzuschließen**.
(Internetpräsenz der KV Sachsen – Für Praxen – Aktuelle Informationen – 25.09.2023)

2.16.1 Übersicht der Abrechnungs-Nummern für die DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Typ 1, KHK, Asthma, COPD und des Vertrages zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP

DMP Diabetes mellitus Typ 2 nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: E11.0- bis E11.91 oder O24.1			**Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)**				**Fachärztlicher Versorg.-S. (FÄ VS)**	
PK / EK	**Kurzbeschreibung der Leistung**		**HA**	**HA mG**	**SBA**	**SPP**	**SPP**	**Augenarzt**
99310A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP Diabetes m. Typ 2 das erste DMP	x	x	x	x	x	-
99310B	Folgedokumentation		x	x	x	x	x	-
99311A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP Diabetes m. Typ 2 als weiteres DMP[1)]	x	x	x	x	x	-
99311B	Folgedokumentation		x	x	x	x	x	-
99315A	Schulung für Patienten mit Hypertonie (ZI)		-	-	x	x	x	-
99315S	Schulungsmaterial (zu Nr. 99315A)		-	-	x	x	x	-
99316A	genehmigte Nachschulung Hypertonie (ZI)		-	-	x	x	x	-
99315B	Typ 2 - Diabetiker ohne Insulin (MEDIAS 2)		-	-	x	x	x	-
99316B	genehmigte Nachschulung Typ 2 - Diabetiker ohne Insulin (MEDIAS 2)		-	-	x	x	x	-
99315C	Typ 2 - Diabetiker ohne Insulin (ZI)		-	x	x	x	x	-
99316C	genehmigte Nachschulung Typ 2 - Diabetiker ohne Insulin (ZI)		-	x	x	x	x	-
99315T	Schulungsmaterial (zu Nrn. 99315B u. 99315C)		-	x	x	x	x	-
99315E	Typ 2 - Diabetiker mit Insulin (ZI / MEDIAS 2)		-	-	x	x	x	-
99315U	Schulungsmaterial (zu Nrn. 99315E)		-	-	x	x	x	-
99316E	genehmigte Nachschulung Typ 2 - Diabetiker mit Insulin (ZI / MEDIAS 2)		-	-	x	x	x	-

PK / EK	Kurzbeschreibung der Leistung	HA	HA mG	SBA	SPP	SPP	Augen-arzt
99315I	Schulung MEDIAS 2 ICT (Typ 2.1 und 2.2)	-	-	x	x	x	-
99315V	Schulungsmaterial (zu Nr. 99315I)	-	-	x	x	x	-
99316I	genehm. Nachsch. MEDIAS 2 ICT (Typ 2.1 u. 2.2)	-	-	x	x	x	-
99315L	„Diabetes und Verhalten“ f. Typ 2-Diab. mit Insulin	-	-	x	x	x	-
99316L	genehm. Nachschulung „Diabetes und Verhalten“	-	-	x	x	x	-
99315X	Schulungsmaterial (zu Nr. 99315L)	-	-	x	x	x	-
99315M	MEDIAS 2 (BOT+SIT+CT)	-	-	x	x	x	-
99316M	genehmigte Nachsch. MEDIAS 2 (BOT+SIT+CT)	-	-	x	x	x	-
99315Y	Schulungsmaterial (zu Nr. 99315M)	-	-	x	x	x	-
99315N	SGS f. ältere Patienten mit Diab. Typ 2 mit Insulin	-	-	x	x	x	-
99316N	genehmigte Nachschulung SGS f. ältere Patienten mit Diab. Typ 2 mit Insulin	-	-	x	x	x	-
99315O	SGS f. ältere Pat. mit Diab. Typ 2 ohne Insulin	-	-	x	x	x	-
99316O	genehmigte Nachschulung SGS f. ältere Pat. mit Diab. Typ 2 ohne Insulin	-	-	x	x	x	-
99315W	Schulungsmaterial (zu Nrn. 99315N u. 99315O)	-	-	x	x	x	-
99315Q	Hypoglykämie (HyPOS)-Schulung für Vers. > 18 J.	-	-	x	x	x	-
99315Z	Schulungsmaterial (zu Nr. 99315Q)	-	-	x	x	x	-
99315H	Strukt. Einzelberatung z. Ersteinst. Insulinpumpe	-	-	-	x	x	-
99318A	Ersteinstellung Pumpenpatienten	-	-	-	x	x	-
99318B	Dauerbetreuung Pumpenpatienten	-	-	-	x	x	-
99318D	Ersteinstellung CT-Insulinierung	-	-	-	x	x	-
99318E	Ersteinstellung ICT-Insulinierung	-	-	-	x	x	-
99318F	Diabetes mellitus Typ 2 in der Schwangerschaft	-	-	-	x	x	-
99318G	Komplikationsbehandlung von Ulzera	-	-	-	x	x	-
99318H	Mitbehandlung/Stoffwechseloptimierung bei Vorliegen einer Überweisung durch den koord. Vertragsarzt nach § 3	-	-	-	x	x	-
99318L	Stoffwechseloptimierung ohne Überweisung durch den koord. Vertragsarzt nach § 3	-	-	-	x	x	-
99318I	(nur PK) Konsultation vor Krankenhauseinweisung	-	-	-	x	x	-
99318K	(nur PK) Erstvorstellung in der SPP	-	-	-	x	x	-
99319	Augenärztliche Untersuchung, 1x in 8 Quartalen (auch ohne Angabe einer der o. g. Diagnosen)	-	-	-	-	-	x
99313X	Teststreifen OAD-Therapie	x	x	x	x	x	-
99313Y	Teststreifen CT- Insulinierung	x	x	x	x	x	-
99313Z	Teststreifen ICT- Insulinierung	x	x	x	x	x	-

DMP Diabetes mellitus Typ 1 nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: E10.0- bis E10.91 oder O24.0			**Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)**				**Fachärztlicher Versorg.-Sektor (FÄ VS)**		
PK / EK	**Kurzbeschreibung der Leistung**		**HA[2)]**	**QHA[2)]**	**SPP**	**PÄD**	**SPP**	**PÄD**	**Augenarzt**
99340A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP Diabetes m. Typ 1 das erste DMP	x	x	x	x	x	x	-
99340B	Folgedokumentation		x	x	x	x	x	x	-
99341A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP Diabetes m. Typ 1 als weiteres DMP[1)]	x	x	x	x	x	x	-
99341B	Folgedokumentation		x	x	x	x	x	x	-
99340C	kontinuierliche Behandlung und Betreuung Jugendlicher und Erwachsener		-	-	x	x	x	x	-
99340D	kontinuierliche Behandlung und Betreuung von Kindern		-	-	x	x	x	x	-
99340E	Frischmanifestierter Diabetes mellitus Typ 1		-	-	x	x	x	x	-
99340F	Behandlung und Betreuung Schwangere mit Diabetes mellitus Typ 1		-	-	x	x	x	x	-
99340G	Behandlung diab. Fuß Wagner-Grad 1 oder 2		-	-	x	x	x	x	-
99340H	Behandlung diab. Fuß Wagner-Grad ab 3		-	-	x	x	x	x	-
99340I	Ersteinstellung von Pumpenpatienten		-	-	x	x	x	x	-
99345A	Schulung Hypertonie		-	x	x	-	x	-	-
99345S	Schulungsmaterial für Nr. 99345A		-	x	x	-	x	-	-
99346A	genehmigte Nachschulung Hypertonie		-	x	x	-	x	-	-
99345D	Schulung intensivierte Insulintherapie		-	-	x	-	x	-	-
99345T	Schulungsmaterial für Nr. 99345D		-	-	x	-	x	-	-
99346D	genehmigte Nachschulung intensivierte Insulintherapie		-	-	x	-	x	-	-
99345H	Schulung Ersteinstellung Insulinpumpe		-	-	x	x	x	x	-
99345J	Schulung Diabetes bei Jugendlichen		-	-	x	x	x	x	-
99345U	Schulungsmaterial für Nr. 99345J		-	-	x	x	x	x	-
99346J	genehmigte Nachschulung Diabetes bei Jugendlichen		-	-	x	x	x	x	-
99345K	Schulung Diabetes bei Kindern		-	-	x	x	x	x	-
99345V	Schulungsmaterial für Nr. 99345K		-	-	x	x	x	x	-
99346K	genehmigte Nachschulung Diabetes bei Kindern		-	-	x	x	x	x	-
99345P	Schulung PRIMAS				x	x	x	x	
99345W	Schulungsmaterial für Nr. 99345P				x	x	x	x	
99346P	genehmigte Nachschulung PRIMAS				x	x	x	x	
99345Q	Schulung HyPos				x	x	x	x	
99345Z	Schulungsmaterial für Nr. 99345Q				x	x	x	x	

PK / EK	Kurzbeschreibung der Leistung	HA[2)]	QHA[2)]	SPP	PÄD	SPP	PÄD	Augen-arzt
99349	Augenärztl. Untersuchung, 1 mal in 8 Quartalen (auch ohne Angabe einer der o. g. Diagnosen)	-	-	-	-	-	-	x
99343K	Teststreifen ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche	x	x	x	x	x	x	-
99343Z	Teststreifen ICT-Insulinierung für Erwachsene	x	x	x	x	x	x	-

DMP KHK nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: I20.- bis I25.-, Z95.1, Z95.5			**Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)**				**Fachärztl. Versorg.-S. (FÄ VS)**	
PK / EK	**Kurzbeschreibung der Leistung**		**HA**	**HA mG[3)]**	**SBA[3)]**	**SPP[3)]**	**SPP[3)]**	**FA KHK**
99320A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP KHK das erste DMP	x	x	x	-	-	x
99320B	Folgedokumentation		x	x	x	-	-	x
99321A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP KHK als weiteres DMP[1)]	x	x	x	-	-	x
99321B	Folgedokumentation		x	x	x	-	-	x
99320C	Erstmalige Diagnostik u. besond. Beratung Facharzt		-	-	-	-	-	x
99325A	Schulung Hypertonie		-	-	x	x	x	x
99325S	Schulungsmaterial (zu Nr. 99325A)		-	-	x	x	x	x
99326A	genehmigte Nachschulung Hypertonie		-	-	x	x	x	x
99325G	Schulung für Pat. mit oraler Gerinnungshemmung		-	-	-	-	-	x
99326G	genehm. Nachschulung für Pat. mit oraler G.		-	-	-	-	-	x

Legende:

1) abgestaffelte Vergütung nach dem Vertrag zur Koordination und Vergütung [von] DMP bei der Behandlung multimorbider Versicherter i. R. mehrerer DMP nach § 137f SGB V mit den sächs. Primär- u. Ersatzkassen, wenn der Patient bereits in einem anderen DMP eingeschrieben ist

2) Teilnahme am DMP Diab. m. Typ 1 in Einzelfällen (bei strukturellen Gegebenheiten) möglich

3) Teilnahme am DMP KHK nicht erforderlich bei Erbringung von Schulungsleistungen als Auftragsleistungen (jedoch Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 erforderlich);
Bei Erbringung der Doku. ist eine Einschreibung ins DMP KHK zwingend erforderlich.

Hinweise zur Abrechnung:

1 HÄ VS (hausärztlicher Versorgungssektor - DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1 und KHK)

1.1 HA (Hausarzt)
Jeder am DMP teilnehmende Hausarzt, ohne Genehmigung einer genehmigungspflichtigen DMP-Schulungsleistung

1.2 HAmG (Hausarzt mit Genehmigung)
Jeder am DMP teilnehmende Hausarzt, mit Genehmigung zur Schulung nicht insulinierter Typ 2.2 – Diabetiker (Nr. 99315C)

1.3 SBA (Schulungsberechtigter Hausarzt gemäß DMP D. m. Typ 2 bzw. DMP KHK)
QHA (diabetolog. qualifizierter Hausarzt i.S.d. DMP Diabetes mellitus Typ 1)
Jeder am DMP teilnehmende Hausarzt, mit mindestens einem/r Diabetesassistenten/in DDG oder mindestens einem/r Diabetesberater/in DDG als Vollzeitkraft in einer Festanstellung und der Möglichkeit, Genehmigungen auf der Basis MEDIAS 2 und/oder Hypertonie zu beantragen (siehe Anlage 13 „Patientenschulungen“)

1.4 SPP (diabetolog. Schwerpunktpraxis) - § 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1
Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende hausärztliche diabetologische Schwerpunktpraxis mit allen Möglichkeiten der Abrechnung der beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 angebotenen Schulungen

1.5 PÄD (diabetolog. qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung) - § 3 Abs. 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1
Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende/r hausärztlich/e diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung.

2 FÄ VS (fachärztlicher Versorgungssektor - DMP Diabetes mellitus Typ 2, Diabetes mellitus Typ 1 und KHK)

2.1 SPP (diabetolog. Schwerpunktpraxis) - § 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1
Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende fachärztliche diabetologische Schwerpunktpraxis mit allen Möglichkeiten der Abrechnung der beim DMP Diabetes mellitus Typ 2 oder DMP Diabetes mellitus Typ 1 angebotenen Schulungen

2.2 PÄD (diabetolog. qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung) - § 3 Abs. 4 Vertrag DMP Diabetes mellitus Typ 1
Jede am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmende/r fachärztlich/e diabetologisch qualifizierter Pädiater / pädiatrische Einrichtung.

2.3 FA KHK (kardiologischer qualifizierter fachärztlicher Internist bzw. Internist mit SP Kardiologie) - § 4 Vertrag DMP KHK
Jeder am DMP KHK teilnehmende kardiologische qualifizierte fachärztliche Internist bzw. Internist mit SP Kardiologie.

DMP Asthma bronchiale nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: J45, J46			**Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)**				**Fachärztl. Versorg.-S. (FÄ VS)**	
PK / EK	**Kurzbeschreibung der Leistung**		**HA / PÄD**	**HA mG**	**PÄD mG**	**PÄD Pneumologie**	**FA Pneumologie**	**PÄD Pneumologie**
99350A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP Asthma bronchiale das erste DMP	x	x	x	x	x [2)]	x [2)]
99350B	Folgedokumentation		x	x	x	x	x [2)]	x [2)]
99351A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdoku.	wenn DMP Asthma bronchiale als weiteres DMP [1)]	x	x	x	x	x [2)]	x [2)]
99351B	Folgedokumentation		x	x	x	x	x [2)]	x [2)]
99350C	Mitbehandlungspauschale		-	-	-	x	x	x
99350D	Prädiagnostikpauschale		-	-	-	x	x	x
99350E	Motivations- u. Abschlussgespräch im Anschluss an die letzte UE einer Schulung nach Nr. 99355A		-	x	-	-	x	-
99350I	Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr		-	-	-	x	x	x
99350J	Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik für Kinder u. Jugendliche bis voll. 18. Lebensjahr		-	-	-	x	x	x
99355A	Schulung Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA)		-	x	-	-	x	-
99355S	Schulungsmaterial zur Nr. 99355A		-	x	-	-	x	-
99356A	genehmigte Nachschulung … für erwachsene Asthmatiker (NASA)		-	x	-	-	x	-
99355I	ASEV-Schulung (Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung)		-	x	x	x	x	x
99355U	Schulungsmaterial zur Nr. 99355I		-	x	x	x	x	x
99356I	genehmigte ASEV-Nachschulung		-	x	x	x	x	x
99355K	Schulung Asthma Kinder und Jugendliche		-	x	x	x	x	x
99355T	Schulungsmaterial zur Nr. 99355K		-	x	x	x	x	x
99356K	genehmigte Nachschulung Asthma Kinder und Jugendliche		-	x	x	x	x	x

DMP COPD nur bei folgenden Diagnosen nach ICD-10: J41 bis J44, J68.4			**Hausärztlicher Versorgungssektor (HÄ VS)**		**Fachärztl. Versorg.-S. (FÄ VS)**
PK / EK	**Kurzbeschreibung der Leistung**		**HA**	**HAmG**	**FA Pneumologie**
99360A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdokumentation	wenn DMP COPD das erste DMP	x	x	x [2)]
99360B	Folgedokumentation		x	x	x [2)]
99361A	Information, Beratung, Einschreibung, Erstdokumentation	wenn DMP COPD als weiteres DMP [1)]	x	x	x [2)]
99361B	Folgedokumentation		x	x	x [2)]
99360C	Mitbehandlungspauschale		-	-	x
99360D	Prädiagnostikpauschale		-	-	x
99360E	Motivations- u. Abschlussgespräch im Anschluss an die letzte UE einer Schulung nach Nr. 99365A		-	x	x
99360I	Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr		-	-	x
99365A	Schulung Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)		-	x	x
99365S	Schulungsmaterial zur Nr. 99365A		-	x	x
99366A	genehmigte Nachschulung … für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COBRA)		-	x	x

Legende:

1) abgestaffelte Vergütung nach dem Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP nach § 137f SGB V mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.07.2015,
wenn der Patient bereits in einem anderen DMP eingeschrieben ist

2) nur abrechnungsfähig, wenn Teilnahme als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 Abs. 2 Nr. 2 Vertrag DMP Asthma bronchiale oder DMP COPD

Hinweise zur Abrechnung:

1 HÄ VS (hausärztlicher Versorgungssektor - DMP Asthma bronchiale, DMP COPD)

1.1 HA (Hausarzt)
- § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Asthma bronchiale o. DMP COPD

Jeder am DMP Asthma bronchiale und/oder DMP COPD teilnehmende Hausarzt, ohne Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen im DMP Asthma bronchiale und DMP COPD.

1.2 PÄD (Pädiater)
- § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Asthma bronchiale

Jeder am DMP Asthma bronchiale teilnehmende Pädiater, ohne Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen für Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale.

1.3 HAmG (Hausarzt mit Genehmigung)
- § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Asthma bronchiale oder DMP COPD

Jeder am DMP Asthma bronchiale und/oder DMP COPD teilnehmende Hausarzt, mit Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen im DMP Asthma bronchiale und/oder DMP COPD.

1.4 PÄDmG (Pädiater mit Genehmigung)
- § 3 Abs. 2 Nr. 1 Vertrag DMP Asthma bronchiale

Jeder am DMP Asthma bronchiale teilnehmende Pädiater, mit Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen für Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale.

1.5 PÄD Pneumologie (pneumologisch qualifizierter Pädiater)
- § 3 Abs. 2 Nr. 1 und § 4 Vertrag DMP Asthma bronchiale

Jeder am DMP Asthma bronchiale teilnehmende pneumologisch qualifizierte hausärztliche Pädiater, mit Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen für Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale.

2 FÄ VS (fachärztlicher Versorgungssektor - DMP Asthma bronchiale und COPD)

2.1 FA Pneumologie (pneumologisch qualifizierter fachärztlicher Internist)
- § 3 Abs. 2 Nr. 2 und § 4 Vertrag DMP Asthma bronchiale oder DMP COPD

Jeder am DMP Asthma bronchiale und/oder DMP COPD teilnehmende pneumologisch qualifizierte fachärztliche Internist, mit Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen im DMP Asthma bronchiale und/oder DMP COPD.

2.2 PÄD Pneumologie (pneumologisch qualifizierter Pädiater)
- § 3 Abs. 2 Nr. 2 und § 4 Vertrag DMP Asthma bronchiale

Jeder am DMP Asthma bronchiale teilnehmende pneumologisch qualifizierte fachärztliche Pädiater, mit Genehmigung zur Durchführung der angebotenen Schulungen für Kinder und Jugendliche im DMP Asthma bronchiale.

2.16.2 Vertrag zur Durchführung des Strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V - Diabetes mellitus Typ 2 - mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2020

Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 2, ab 01.01.2022

Mit der Anpassung bzw. Erweiterung des Schulungsangebotes innerhalb der DMP sollen die Rahmenbedingungen für die Schulungen untereinander harmonisiert werden.
Zum 01.01.2022 wird nun das Schulungsangebot für das DMP Diabetes mellitus Typ 2 erweitert und es erfolgen zusätzlich Anpassungen bzw. Ergänzungen.

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

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen (unter Beachtung des § 2) können gemäß § 13 freiwillig an dieser Versorgung teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) erfüllt sind:

- die **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** durch den koordinierenden Vertragsarzt auf der (indikationsübergreifenden) Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (Anlage 11, Formularschlüssel 070E),
- die **schriftliche Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der TE/EWE,
- die **umfassende, auch schriftliche, Information des Versicherten** über Programminhalte, Versorgungsziele, ….

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt.

Patientinnen mit Schwangerschaftsdiabetes (Gestationsdiabetes) werden lt. § 13 (2) bzw. 3.2 der Anlage 7 (Versorgungsinhalte) **nicht in dieses DMP** aufgenommen. (siehe hierzu: Diabetes-Vereinbarung Sachsen - Nr. 99118F)

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

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den koord. Versorgungssektor sind grundsätzlich Vertragsärzte, die gem. § 73 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen u. die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.

In Ausnahmefällen kann ein Patient mit Diabetes mellitus Typ 2

- einen diabetologisch qualifizierten, an der fachärztl. Versorg. teilnehmenden Arzt oder
- eine ärztlich geleitete, diabetologisch spezialisierte Einrichtung, die für die Erbringung dieser Leistung zugelassen und ermächtigt ist

auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation und Koordination der weiteren Maßnahmen wählen, wenn der gewählte Arzt / die gewählte Einrichtung am DMP teilnimmt.

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

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitions-/ Zielauftrag) zur Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. einer DMP-Schulung) an andere Leistungserbringer, haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind.

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten zur Mit- / Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entspr. Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

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

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des diabetologisch qualifizierten Versorgungssektors (diabetologische Schwerpunktpraxen [SPP]) gemäß § 4

Teilnahmeberechtigt für die diabetologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte in diab. SPP, wenn sie die Qualifikationsvoraussetzungen nach Anlage 2 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen.

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

Für den koordinierenden <u>und</u> den diab. qualifizierten Versorgungssektor gilt, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.
Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, sind betriebsstättenbezogen zu erfüllen und mit Beginn der Teilnahme der KV Sachsen (KVS) nachzuweisen.

Die Teilnahme ist freiwillig und **erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.**

Sollen Leistungen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn u. Ende des Angestelltenverhältnisses/d. Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit (Anlage 4).

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

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

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

Eine Erst- oder Folgedokumentation muss spätestens **52 Tage nach Quartalsende** vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen (einheitliche Übermittlungsfrist). Eine regelmäßige und zeitnahe Übermittlung (z. B. monatlich) ermöglicht weiterhin, ggf. notwendige Korrekturen fristgerecht vorzunehmen.

Die Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten erfolgt ausschließlich elektronisch via KV-Connect über das Sichere Netz der KVen (SNK) oder per E-Mail an dmp-sachsen@dmpservices.de.

Die vollständige, fristgemäß u. plausibel übermittelte elektronische Dokumentation (lt. Anlage 12) **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung** des Versicherten lt. § 14 **werden wie folgt vergütet:**

Leistungen des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass oder analoges Dokument	**... wenn DMP Diabetes mellitus Typ 2**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, **Erstellung der Erstdokumentation** sowie Versand der entspr. Unterlagen	**… das erste DMP**	**99310A**	25,00 €
	… als weiteres DMP*	**99311A**	15,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentation	**… das erste DMP**	**99310B**	15,00 €
	… als weiteres DMP*	**99311B**	9,00 €

- im DMP Diabetes mellitus Typ 2 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP zur Anwendung.

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

Der koord. Vertragsarzt entscheidet, welches DMP als Ersteinschreibung i. R. des DMP-Vertrages u. welches als weitere Einschreibung i. R. dieses Vertrages abgerechnet wird. Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

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

- Die Vergütung der o. g. Leistungen schließt eine Abrechnung von Leistungen u. Kosten nach EBM (z. B. Arztbriefe, Porto) im Zusammenhang mit der Einschreibung aus (§ 35).
- Diese Nrn. sind nur für den koordinierenden Vertragsarzt mit der entspr. Genehmigung berechnungsfähig (§ 3, § 35).
- Die Nrn. für die Einschreibung/Erstdokumentation sind einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) berechnungsfähig. Dies gilt nicht bei Wiedereinschreibung des Versicherten.
- Die Abrechnung der Nr. 99310A schließt die der Nr. 99310B im selben Quartal aus.
- Jede Abr.-Nr. für die Folgedokumentation ist durch den koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 wie folgt berechnungsfähig (§ 35):
  a) *einmal im Quartal* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes Quartal*“ angegeben hat,
  b) *einmal in zwei Quartalen* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes zweite Quartal*“ angegeben hat.

  Das gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17.

Verstößt der Vertragsarzt nachweislich gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, erfolgt keine Vergütung für unvollständige/unplausible/verfristete Dokumentationen, ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung (§ 12).

Für die kontinuierliche Betreuung der eingeschriebenen Versicherten **erhalten die koord. Vertragsärzte** (§ 3) **eine Betreuungspauschale in Höhe von 35,00 € pro eingeschriebenem Versicherten und Jahr**, wenn der Versicherte 4 Quartale lückenlos im DMP D. m. Typ 2 eingeschrieben ist und alle Dokumentationen durch diesen koord. Vertragsarzt (ohne Arztwechsel) entspr. des jeweils festgelegten Dokumentationsintervalls in diesem Zeitraum vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegen.

Quartale mit einer DMP-Teilnahme von mind. einem Tag gelten als vollständige Quartale, sofern es sich um den Beginn bzw. das Ende einer längeren Einschreibung handelt (keine sog. 1-Tages-Fälle).

Die Betreuungspauschale wird durch die Krankenkasse pro im DMP eingeschriebenen Versicherten und Betrachtungszeitraum nur max. einmal gezahlt. Eine gemeinsame, ggf. wechselseitige Betreuung des DMP-Versicherten in einer ärztlichen BAG oder einem MVZ, ggf. an mehreren Betriebsstätten, stellt keinen Arztwechsel dar.

Wurden innerhalb von 8 Quartalen mind. 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten zur augenärztl. Untersuchung überwiesen, werden dem koord. Vertragsarzt, der die vorangegangenen beiden Betreuungspauschalen für den jeweiligen Versicherten erhalten hat, zusätzliche 10,00 € pro dokumentiertem Versicherten nachvergütet, sofern dieser im Betrachtungszeitraum mind. einmal zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen und dies auch dokumentiert wurde (entspricht Angabe im Dokumentationsbogen: Ophthalmologische Netzhautuntersuchung = veranlasst).

Der koord. Vertragsarzt hat die Teilnahme des Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 auf der Überweisung an den Augenarzt zu vermerken. In Ausnahmefällen, in denen aus berufsrechtlichen Gründen keine Überweisung erforderlich ist, ist er berechtigt, diese Fälle als „zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen“ zu dokumentieren.

99319 Augenärztliche Untersuchung
(Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes
in Mydriasis - Untersuchung beider Augen,
einschl. eines ärztlichen Briefs vom Augenarzt an den DMP-Arzt)
innerhalb von 8 Quartalen einmal auf Überweisung
BMÄ / E-GO ..... **10,00 €**

- Auf der ÜW ist kenntlich zu machen, dass es sich um eine ÜW zur augenärztl. Untersuchung i. R. des DMP D. m. Typ 2 handelt, z. B. durch den Vermerk „DMP“ auf dem ÜW-Formular.
- Für die Betreuung von Versicherten durch einen koordinierenden Vertragsarzt nach § 3 innerhalb MVZ, fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder Praxen mit fachfremder Anstellung mit einem Augenarzt ist keine Überweisung erforderlich.
- Die Abrechnung d. Nr. 99319 schließt die Berechnung der GOPen 06333, 01600 und 01601 EBM im selben Arzt-Patienten-Kontakt aus.
- Haben mind. 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten die augenärztliche Untersuchung innerhalb von 24 Monaten in Anspruch genommen, wird je untersuchtem DMP-Patienten ein Bonus in Höhe von 2,00 € nachvergütet.

Sofern eine Schulung unter Berücksichtigung des bestehenden Schulungsstandes des teilnehmenden Versicherten erforderlich ist, werden **Patientenschulungen** wie folgt je Patient und Unterrichtseinheit (UE) vergütet. Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 13 (Patientenschulung) geregelt.

Leistungsbeschreibung	**Abrechnungsnummer** für		**Vergütung** (€)
	Schulung	**genehmigte Nachschulung**	
Schulung für Patienten mit Hypertonie (ZI) • 4 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe • max. 4 UE, je UE	**99315A**	**99316A**	26,00
Schulungsmaterial zur Nr. 99315A, je Versicherten	**99315S**	---	9,00
Schulung für Patienten mit Diabetes Typ 2 <u>ohne</u> Insulin (MEDIAS 2) • 4 bis 10 Patienten je Schulungsgruppe • max. 8 UE, je UE	**99315B**	**99316B**	26,00
Schulung für Patienten mit Diabetes Typ 2 <u>ohne</u> Insulin (ZI) • 4 bis 10 Patienten je Schulungsgruppe • max. 4 UE, je UE	**99315C**	**99316C**	10,00
Schulungsmaterial • zu Nrn. 99315B und 99315C, je Versicherten	**99315T**	---	9,00
Mehr Diabetes Selbstmanagment Typ 2 (MEDIAS 2): BOT+SIT+CT • 4 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe • max. 6 UE, je UE	**99315M**	**99316M**	26,00
Schulungsmaterial zu Nr. 99315M, je Versicherten	**99315Y**	---	9,00
Schulung für Patienten mit Diabetes Typ 2 <u>mit</u> Insulin (ZI / MEDIAS 2) • 4 bis 10 Patienten je Schulungsgruppe • max. 5 UE, je UE: für Typ 2-Diab. die Insulin spritzen • oder bei bisher nicht geschulten oder bei schlecht eingestellten Diabetikern: max. 12 UE, je UE für Typ 2-Diab. die Insulin spritzen und Zusatzmodule aus MEDIAS 2 (Basis) ausgerichtet auf das individuelle Versorgungsziel des Patienten	**99315E**	**99316E**	26,00
Schulungsmaterial • zu Nr. 99315E, je Versicherten	**99315U**	---	9,00

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer für		Vergütung (€)
	Schulung	genehmigte Nachschulung	
„Diabetes und Verhalten“ - Schulung für Patienten mit Diabetes Typ 2 <u>mit</u> Insulin • 4 bis 6 Patienten je Schulungsgruppe • max. 10 UE, je UE	**99315L**	**99316L**	26,00
Schulungsmaterial • zu Nr. 99315L, je Versicherten	**99315X**	---	13,00
Schulung MEDIAS 2 ICT (Typ 2.1 und 2.2) • 4 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe • max. 12 UE, je UE	**99315I**	**99316I**	26,00
Schulungsmaterial zu Nr. 99315I, je Versicherten	**99315V**	---	9,00
Fit bleiben und älter werden mit Diabetes: Strukturiertes Schulungsprogramm (SGS) für ältere Patienten mit Diabetes Typ 2 … • 4 bis 10 Patienten je Schulungsgruppe			
<u>mit</u> Insulin • max. 7 UE a 45 Minuten, je UE	**99315N**	**99316N**	13,00
<u>ohne</u> Insulin • max. 6 UE a 45 Minuten, je UE	**99315O**	**99316O**	13,00
Schulungsmaterial • zu Nrn. 99315N und Nr. 99315O, je Versicherten	**99315W**	---	9,00
Hypoglykämie - Positives Selbstmanagement Unterzuckerung besser wahrnehmen, vermeiden und bewältigen **(HyPOS)** als Ergänzungsschulung • 4 bis 6 Patienten je Schulungsgruppe • max. 5 UE, je UE • für Versicherte ab 18 Jahren, wenn mind. eine der folgenden (Basis-Schulungen für D. m. Typ 2) Nrn. 99315E / 99315L / 99315M / 99315N / 99315I innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. d. aktuellen) abgerechnet wurde	**99315Q**	---	26,00
Schulungsmaterial zu Nr. 99315Q, je Versicherten	**99315Z**	---	9,00

Erläuterungen zu den Schulungen nach Anlage 13:

- Die Patientenschulungen können ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 (koord. Vertragsärzte bzw. diab. SPP) erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllt haben.
  Eine **Genehmigung** gemäß o. g. Vereinbarung ist erforderlich.
- Eine **Unterrichtseinheit (UE)** stellt in der Regel einen **Zeitraum von 90 Minuten** dar.
  Die vollen Unterrichtseinheiten (UE) gelten für ungeschulte Patienten.
  Die Vertragsärzte bestätigen anhand eines vorgegebenen Feldes auf dem Schulungsnachweis (Anlage 14) den Schulungsstand des Patienten.
- **Der Abschluss für ein Schulungs- und Behandlungsprogramm oder eine genehmigte Nachschulung** muss **innerhalb eines Krankheitsfalls** erfolgen,
  gerechnet ab dem Datum der ersten Schulungseinheit.
  Bei Schulungs-und Behandlungsprogrammen, die einen Zeitrahmen vorgeben,
  soll die Schulung innerhalb dieses Zeitraums erfolgen.
- **Nachschulungen** für ein bereits durchgeführtes Schulungs-/Behandlungsprogramm **bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung (außer bei Sonderkostenträgern versicherte Personen) und können **frühestens nach Ablauf von 2 Jahren** nach Beendigung des vorangegangenen Schulungsprogramms beantragt werden.
- Die **Beantragung einer Nachschulung** soll **frühestens 3 Monate vor Beginn** der beabsichtigten Nachschulung erfolgen. Der **Schulungsbeginn** einer genehmigten Nachschulung **hat unverzüglich nach der Genehmigung zu erfolgen**.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- 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.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Die Abrechnungsmodalitäten ergeben sich aus § 35 dieses DMP.
- **Identische Schulungen**, die i. R. mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, **sind nur i. R. eines DMP abrechnungsfähig** (§ 35).
- Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.
- Für denselben Patienten sind innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. aktuelles Quartal) gegenseitig ausgeschlossen:
  - für nicht-insulinierte Schulungen: die Abrechnungsziffern 99315B, 99315C, 99315O;
  - für Insulin-Schulungen: die Abr.-Ziffern 99315E, 99315I, 99315L, 99315M, 99315N.
- Voraussetzung für die Vergütung der Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises (Anlage 14) nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS.
  Dieser wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

Dem Arzt, der die Genehmigung zur Schwerpunktbehandlung hat (**diab. SPP** im Bereich der KVS, die schriftlich ihre Teilnahme an der Versorgung der Versicherten i. R. des DMP D. m. Typ 2 gegenüber der KVS erklärt haben), werden die folgenden Pauschalen erstattet, die für eingeschriebene Patienten abgerechnet werden können.

Ist der koord. Vertragsarzt nicht mit der diab. SPP identisch, muss eine Überweisung an die SPP erfolgen, wobei der koord. Vertragsarzt auf der ÜW die Teilnahme des Versicherten am DMP Diabetes mellitus Typ 2 zu bestätigen hat.

Leistungsbeschreibung	**Abrechnungs-Nummer**	**Vergütung** (PK = Primärkassen EK = Ersatzkassen)
Strukturierte Einzelberatung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe durch diabetologische SPP - umfasst 5 Einzelberatungen, - ist je Patient und Einzelberatung abrechenbar, - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose	**99315H ***	PK ..... 26,00 € EK ..... 26,00 €
Ersteinstellung von Pumpenpatienten - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose	**99318A ***	PK ..... 128,00 € EK ..... 128,00 €
Dauerbetreuung von Pumpenpatienten - auf Überweisung, je Behandlungsfall	**99318B**	PK ..... 13,00 € EK ..... 21,00 €
Ersteinstellung für CT-Insulinierung - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose	**99318D ***	PK ..... 21,00 € EK ..... 21,00 €
Ersteinstellung ICT-Insulinierung - ist je Patient einmalig abrechenbar, - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose	**99318E ***	PK ..... 72,00 € EK ..... 77,00 €
Diabetes m. Typ 2 in der Schwangerschaft - auf Überweisung, max. in 6 Quartalen, je Quartal	**99318F ****	PK ..... 26,00 € EK ..... 21,00 €
Komplikationsbehandlung von Ulzera - auf Überweisung, je Behandlungsfall	**99318G**	PK ..... 39,00 € EK ..... 39,00 €
Mitbehandlung / Stoffwechseloptimierung bei Vorliegen einer Überweisung durch den koord. Vertragsarzt nach § 3 - je Behandlungsfall, max. 4 mal im Krankheitsfall	**99318H *****	PK ..... 20,00 € EK ..... 20,00 €
Stoffwechseloptimierung <u>ohne</u> Vorliegen einer Überweisung durch den koord. Vertragsarzt nach § 3 (bzw. bei eigenen Patienten) - je Behandlungsfall, max. 2 mal im Krankheitsfall	**99318L ******	PK ..... 20,00 € EK ..... 20,00 €
Konsultationspauschale vor Krankenhauseinweisung - auf Überweisung, je Behandlungsfall	**99318I**	PK ..... 21,00 € EK ..... ----------
Erstvorstellung in der diabetologischen SPP - auf Überweisung, einmalig bei manifester Diagnose	**99318K ***	PK ..... 52,00 € EK ..... ----------

Die Abrechnung der o. g. Pauschalen setzt die Behandlung des eingeschriebenen Versicherten im entspr. Quartal voraus.

Die Pauschalen sind einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig, außer bei folgenden Ausnahmen:

* einmalig bei manifester Diagnose
** maximal in sechs Quartalen
*** einmal im Behandlungsfall, maximal viermal im Krankheitsfall
**** einmal im Behandlungsfall, maximal zweimal im Krankheitsfall

Hinweise:

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

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

Genehmigungen gemäß o. g. Vereinbarungen erforderlich:

- Nrn. 99315A bis 99315Q bzw. 99316A bis 99316O,
  sowie 99315S, 99315T, 99315U, 99315V, 99315W, 99315X, 99315Y, 99315Z
  für den koord. Vertragsarzt oder die diabetologische SPP,
- Nrn. 99315H, 99318A bis 99318K für die diabetologische SPP,

jeweils sofern die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllt werden.

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

Die an diesem DMP teilnehmenden Vertragsärzte können für eingeschriebene Diabetiker mit

OAD-Therapie*	**50***	**(Nr. 99313X)***
CT- Insulinierung	**200**	**(Nr. 99313Y)**
ICT- Insulinierung	**400**	**(Nr. 99313Z)**

Blutzuckerteststreifen pro Quartal als Praxisbesonderheit geltend machen.

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

- Dafür ist je nach Therapie die entspr. Nr. auf dem Behandlungsausweis anzusetzen.
- Jeweils nur einmal pro Behandlungsfall und nicht nebeneinander abrechenbar.

Für die o. g. Regelung zur Anerkennung von verordneten Blutzuckerteststreifen als Praxisbesonderheit im Falle einer OAD-Therapie gelten die Verordnungseinschränkungen und -ausschlüsse gemäß Arzneimittel-Richtlinie des G-BA.

Gemäß Anlage 1a Teil B zur „Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit …“ erfolgt die Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.

2.16.3 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V - Diabetes mellitus Typ 1 - mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.07.2021

1. Nachtrag zum DMP Diabetes mellitus Typ 1, ab 01.01.2022

Mit der Anpassung bzw. Erweiterung des Schulungsangebotes innerhalb der DMP sollen die Rahmenbedingungen für die Schulungen untereinander harmonisiert werden.

Der Gemeinsame Bundesausschuss (G-BA) hatte die Anforderungen an das Disease-Management-Programm (DMP) Diabetes mellitus Typ 1 zum 1. Juli 2021 aktualisiert. Der Beschluss wurde in Sachsen durch den entspr. aktualisierten DMP-Vertrag umgesetzt.

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

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen (bei Beachtung d. § 2) können lt. § 13 teilnehmen, sofern die Voraussetzungen (lt. Nr. 3 der Anlage 7 der DMP-A-RL) erfüllt sind:
- **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** durch den koord. Vertragsarzt auf der (indikationsübergreifenden) Teilnahme- u. Einwilligungserklärung d. Versicherten (TE/EWE, Anlage 9, Formularschlüssel 070E),
- **schriftliche oder elektronische Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der TE/EWE,
- **umfassende, auch schriftliche o. elektronische, Information des Versicherten** über Programminhalte, Versorgungsziele, Freiwilligkeit d. Teilnahme, Mitwirkungspflichten …

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte seinen koordinierenden Vertragsarzt.

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

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

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

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

Die Teilnahme ist freiwillig und **erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.**

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) gemäß § 3

Die koord. Vertragsärzte übernehmen die Versorgungsaufgaben d. DMP und strukturieren die Behandlungsabläufe („Koordinator"). Teilnahmeberechtigt sind diabetologisch besonders qualifizierte Ärzte, soweit sie die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen:
- zugelassene Vertragsärzte oder ermächtigte Ärzte und zugelassene MVZ.

Krankenhäuser können lt. § 137f (7) SGB V zur ärztl. Behandlung i. R. d. DMP nur zugelassen werden, soweit die Anforderungen an die amb. Leistungserbringung dies erfordern.

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

Sollen DMP-Leistungen durch einen angestellten Arzt erbracht werden, ist die Erfüllung d. Strukturqualität durch diesen u. Beginn/Ende dessen Anstellung/Tätigkeit durch d. Anstellenden (Arzt/Leiter d. MVZ) der KVS nachzuweisen u. unverzüglich mitzuteilen (Anlage 4).

In Einzelfällen kann auch der an der hausärztlichen Versorgung (gem. § 73 SGB V) teilnehmende Arzt als koordinierender Vertragsarzt an diesem DMP teilnehmen, sofern die Anforderungen an die „Strukturqualität Hausarzt" (Anlage 3) erfüllt werden (§ 3 (4)).

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

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

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten zur
- Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. DMP-Schulung) an andere Leistungserbringer per Auftragsleistung (Definitions-/Zielauftrag) unter Berücksichtigung der Regelungen d. BMV-Ä, haftet der überweisende Arzt, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind;
- Mit-/Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer o. werden die entspr. Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

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

Eine Erst- oder Folgedokumentation muss spätestens **52 Tage nach Quartalsende** vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen (einheitliche Übermittlungsfrist). Eine regelmäßige und zeitnahe Übermittlung (z. B. monatlich) ermöglicht weiterhin, ggf. notwendige Korrekturen fristgerecht vorzunehmen.

Die **Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten erfolgt ausschließlich elektronisch** - via KV-Connect über das Sichere Netz der KVen (SNK) oder per E-Mail an dmp-sachsen@dmpservices.de.

Die vollständige, fristgemäß u. plausibel übermittelte elektr. Dokumentation gemäß Anlage 12 (Stand 01.07.2021) **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 werden wie folgt vergütet.

Leistungen d. koord. Vertragsarztes nach § 3 sowie Eintragungen in den Diabetespass o. analoges Dokument	**... wenn DMP Diabetes mellitus Typ 1**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, **Erstellung der Erstdokumentation** sowie Versand der entspr. Unterlagen	**… das erste DMP**	**99340A**	25,00 €
	… als weiteres DMP*	**99341A**	15,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentation	**… das erste DMP**	**99340B**	15,00 €
	… als weiteres DMP*	**99341B**	9,00 €

- im DMP Diabetes mellitus Typ 1 eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP zur Anwendung.

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

Der koord. Vertragsarzt entscheidet, welches DMP als Ersteinschreibung i. R. des DMP-Vertrages u. welches als weitere Einschreibung i. R. dieses Vertrages abgerechnet wird. Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.
Endet die Teilnahme am DMP der Ersteinschreibung und ist eine Wiedereinschreibung des Versicherten nicht möglich, so trifft der koordinierende Vertragsarzt die Festlegung nach Satz 1 mit Wirkung ab dem Folgequartal nach Bekanntwerden der Änderung neu.

- Die Vergütung der o. g. Leistungen schließt eine Abrechnung von Leistungen u. Kosten nach EBM (z. B. Arztbriefe, Porto) im Zusammenhang mit der Einschreibung aus (§ 35).
- Die Nrn. für die Einschreibung/Erstdokumentation sind einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch den koord. Vertragsarzt nach § 3 berechnungsfähig. Dies gilt nicht bei Wiedereinschreibung des Versicherten.
- Die Abrechnung der Nr. 99340A schließt die der Nr. 99340B im gleichen Quartal aus.
- Jede Abr.-Nr. für die Folgedokumentation ist durch den koord. Vertragsarzt nach § 3 wie folgt berechnungsfähig (§ 35), das gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17:
  a) *einmal im Quartal* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes Quartal*“ angegeben hat,
  b) *einmal in zwei Quartalen* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes zweite Quartal*“ angegeben hat.

Für die Behandlung der ins DMP D. m. Typ 1 eingeschriebenen Versicherten d. Primär-/ Ersatzkassen durch koord. Vertragsärzte (lt. Anlage 1) bzw. qualifizierte Vertragsärzte für die Betreuung von Kindern u. Jugendlichen (lt. Anlage 2) **sind folgende Leistungen** im entspr. Quartal **abrechenbar:**

Leistungsbeschreibung	Abr.-Nr.	Vergütung (€)
Pauschale für die kontinuierliche Behandlung u. Betreuung - je Versicherten und einmal je Quartal **... für Jugendliche u. Erwachsene** **... für Kinder**	 **99340C** **99340D**	 30,00 60,00
Frischmanifestierter Diabetes mellitus Typ 1 **(amb. Behandlung, Problemberatung und Betreuung)** - einmalig je Versicherten	**99340E**	300,00
Pauschale für die Behandlung und Betreuung **von Schwangeren mit Diabetes mellitus Typ 1** - je Versicherte und einmal je Quartal; max. 3-mal im Krankheitsfall	**99340F**	100,00
Behandlungspauschale für Versicherte mit diabetischem Fußsyndrom - je Versicherten und einmal je Quartal **Wagner-Armstrong-Klassifikation: … Wagner-Grad 1 o. 2** **… Wagner-Grad ab 3**	 **99340G** **99340H**	 35,00 50,00
Ersteinstellung von Pumpenpatienten - einmalig je Versicherten	**99340I**	128,00
Strukturierte Einzelberatung zur Ersteinstellung bei Insulinpumpe - umfasst 5 Unterrichtseinheiten (1 UE = 90 Minuten) - je Patient und UE berechnungsfähig	**99345H**	26,00

- Die Abrechnung der o. g. Nrn. setzt die Behandlung des eingeschriebenen Versicherten im entspr. Quartal voraus.
- Die Nrn. 99340C und 99340D sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Nrn. 99340E und 99340I berechnungsfähig.
- Die Nrn. 99340G und 99340H sind im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben der Nr. 99340E berechnungsfähig.
- Die Nr. 99340E ist nicht im Zusammenhang mit einer stationären Behandlung aufgrund des frischmanifestierten Diabetes mellitus Typ1 berechnungsfähig.

Für die kontinuierliche Betreuung der eingeschriebenen Versicherten **erhalten die koordinierenden Vertragsärzte** (§ 3) **eine Betreuungspauschale in Höhe von 35,00 € pro eingeschriebenem Versicherten und Jahr**, wenn d. Versicherte 4 Quartale lückenlos im DMP D. m. Typ 1 eingeschrieben ist und alle Dokumentationen durch diesen koord. Vertragsarzt (ohne Arztwechsel) entspr. des jeweils festgelegten Dokumentationsintervalls in diesem Zeitraum vollständig, plausibel und fristgerecht vorliegen.

Quartale mit einer DMP-Teilnahme von mind. einem Tag gelten dabei als vollständige Quartale, sofern es sich um den Beginn bzw. das Ende einer längeren Einschreibung handelt (keine sog. 1-Tages-Fälle).

Die Betreuungspauschale wird pro im DMP eingeschriebenen Versicherten und Betrachtungszeitraum nur max. einmal gezahlt. Eine gemeinsame, ggf. wechselseitige Betreuung des DMP-Versicherten in einer ärztlichen Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), ggf. an mehrere Betriebsstätten der BAG, stellt dabei keinen Arztwechsel dar.

Wurden innerhalb eines Zeitraumes von 8 Quartalen mindestens 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen, werden dem koord. Vertragsarzt, der die vorangegangenen beiden Betreuungspauschalen für den jeweiligen Versicherten erhalten hat, zusätzliche 10,00 € pro dokumentiertem Versicherten nachvergütet, sofern dieser im Betrachtungszeitraum mind. einmal zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen und dies auch dokumentiert wurde (entspricht Angabe im Dokumentationsbogen: Ophthalmologische Netzhautuntersuchung = veranlasst).

Der koordinierende Vertragsarzt hat die Teilnahme des Versicherten am DMP D. m. Typ 1 auf der Überweisung an den Augenarzt zu vermerken. In den Ausnahmefällen, in denen aus berufsrechtlichen Gründen keine Überweisung erforderlich ist, ist er berechtigt, diese Fälle als „zur augenärztlichen Untersuchung überwiesen“ zu dokumentieren.

Die augenärztliche Untersuchung ist gemäß Anlage 7 **für ins DMP Diabetes mellitus Typ 1 - eingeschriebene Patienten** vorgeschrieben.

99349 Augenärztliche Untersuchung
(Binokulare Untersuchung des gesamten Augenhintergrundes in Mydriasis - Untersuchung beider Augen, einschl. eines ärztlichen Briefs vom Augenarzt an den DMP-Arzt)
innerhalb von 8 Quartalen einmal auf Überweisung
BMÄ / E-GO ..... **10,00 €**

- Auf der Überweisung ist kenntlich zu machen, dass es sich um eine Überweisung zur augenärztlichen Untersuchung im Rahmen des D. m. Typ 1 handelt, z. B. durch den Vermerk „DMP“ auf dem Überweisungsformular.
- Für die Betreuung von Versicherten durch einen koordinierenden Vertragsarzt (nach § 3) innerhalb MVZ, fachübergreifenden Gemeinschaftspraxen oder Praxen mit fachfremder Anstellung mit einem Augenarzt ist keine Überweisung erforderlich.
- Die Abrechnung der Nr. 99349 schließt im selben Arzt-Patienten-Kontakt die Berechnung der GOPen 06333, 01600 und 01601 EBM aus.
- Haben mind. 90,1 % aller in Sachsen eingeschriebenen Versicherten die augenärztliche Untersuchung innerhalb von 24 Monaten in Anspruch genommen, wird je untersuchtem DMP-Patienten ein Bonus in Höhe von 2,00 € nachvergütet.

Patientenschulungen können ausschließlich durch (koord.) Vertragsärzte (nach § 3) erbracht werden, die die erforderlichen Strukturvoraussetzungen im Hinblick auf Schulungen von Patienten erfüllen.

Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 13 (Patientenschulung) geregelt.

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

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer für		Vergütung (€)
	Schulung	genehmigte Nachschulung	
Hypertonieschulung • 4 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe • max. 4 UE, je UE	**99345A**	**99346A**	26,00
Schulungsmaterial für Nr. 99345A, je Versicherten	**99345S**	---	9,00
Diabetesschulung mit intensivierter Insulintherapie (DTTP) • 4 bis 10 Patienten je Schulungsgruppe • max. 12 UE, je UE	**99345D**	**99346D**	25,00
Schulungsmaterial für Nr. 99345D, je Versicherten	**99345T**	---	9,00
Diabetes bei Jugendlichen • bei Manifestation immer als Einzelschulung (Jugendlicher + Familie) Folgeschulung: bis 5 Jugendliche • max. 8 UE, je UE	**99345J**	99346J	26,00
Schulungsmaterial für Nr. 99345J, je Versicherten	**99345U**	---	100,00
Diabetes bei Kindern • Individuell in Einzelschulungen bzw. Übungsanteile in Kleingruppen • max. 8 UE, je UE	**99345K**	99346K	26,00
Schulungsmaterial für Nr. 99345K, je Versicherten	**99345V**	---	20,00
PRIMAS „Schulungs- und Behandlungsprogramm f. ein selbstbestimmtes Leben mit Typ 1 Diabetes“ • 3 bis 8 Patienten je Schulungsgruppe • max. 12 UE, je UE	**99345P**	**99346P**	25,00
Schulungsmaterial für Nr. 99345P, je Versicherten	**99345W**	---	14,00
Hypoglykämie - Positives Selbstmanagement (HyPOS) als Ergänzungsschulung zu einem Basis-Schulungsprogramm für DM 1 • 4 bis 6 Patienten je Schulungsgruppe • max. 5 UE, je UE • für Versicherte ab 18 Jahre, wenn mind. eine der folgenden Nrn. je Versicherten abgerechnet wurde: 99345D / 99345P / 99345J	**99345Q**	---	26,00
Schulungsmaterial für Nr. 99345Q, je Versicherten	**99345Z**	---	9,00

Die **Schulungen** nach den Nrn. **99345D** bzw. 99346D **und 99345P** bzw. 99346P sind für denselben Patienten innerhalb der letzten 16 Quartale (inkl. aktuelles Quartal) gegenseitig ausgeschlossen.
Die Vergütung der Schulungsleistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Erläuterungen zu den Schulungen nach Anlage 13:

- Die Vergütungen beinhalten bei der Schulung von Kindern und Jugendlichen auch die teilnehmenden Erziehungsberechtigten.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- Eine **Unterrichtseinheit (UE)** stellt in der Regel einen **Zeitraum von 90 Minuten** dar. Ausnahmen sind bei der jeweiligen Schulung benannt. Die vollen UE gelten für ungeschulte Patienten. Die Vertragsärzte bestätigen anhand eines vorgegebenen Feldes auf dem Schulungsnachweis (Anlage 14) den Schulungsstand des Patienten.
- **Der Abschluss für ein Schulungs- u. Behandlungsprogramm oder eine genehmigte Nachschulung** muss **innerhalb eines Krankheitsfalls** erfolgen, gerechnet ab dem Datum der ersten Schulungseinheit.
  Bei Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die einen Zeitrahmen vorgeben, soll die Schulung innerhalb dieses Zeitraums erfolgen.
- **Nachschulungen** für ein bereits durchgeführtes Schulungs- u. Behandlungsprogramm **bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung (außer bei Sonderkostenträgern versicherte Personen),
  können frühestens nach Ablauf von 2 Jahren nach Beendigung des vorangegangenen identischen Schulungsprogramms beantragt werden und
  sind mit den gesonderten Abr.-Nrn. abzurechnen.
  Die **Beantragung** einer Nachschulung soll **frühestens 3 Monate vor Beginn** der beabsichtigten Nachschulung erfolgen.
  Der **Schulungsbeginn** einer genehmigten Nachschulung hat **unverzüglich nach der Genehmigung** zu erfolgen.
- Der Schulungsabschluss für eine genehmigte Nachschulung hat innerhalb von 4 Quartalen, gerechnet ab dem Datum der Genehmigung, zu erfolgen.
- 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.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Während der Durchführung der Schulungen muss die individuelle Insulindosisanpassung besprochen werden (außer Hypertonieschulung – Nrn. 99345A/99346A). Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals muss in diesem Zeitraum sichergestellt sein.
- **Identische Schulungs- und Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.**
- Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in d. Anlage 13 (Patientenschulung) genannten Schulungsprogramme genutzt (§ 20).
- **Identische Schulungen**, die im Rahmen mehrerer DMP angeboten werden, **sind je Versicherten nur im Rahmen eines DMP abrechnungsfähig** (§ 35).
- Voraussetzung für die Vergütung der Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises (Anlage 14) nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS.
  Dieser wird nach der Abrechnung von der KVS an die Krankenkasse weitergeleitet.

Die am DMP Diabetes mellitus Typ 1 teilnehmenden Vertragsärzte können für eingeschriebene Diabetiker mit den Nrn.

99343K	**ICT-Insulinierung für Kinder und Jugendliche**	**bis zu 700**
99343Z	**ICT-Insulinierung für Erwachsene**	**bis zu 550**

Blutzuckerteststreifen pro Quartal als Praxisbesonderheit geltend machen.

Diese zusätzlichen Verordnungen werden bis zur Höhe der vereinbarten Preisobergrenze im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung nach § 106 SGB V von der Summe der Arzneimittelausgaben der Praxis abgesetzt.

Die entspr. Nr. ist dafür einmal je Quartal auf dem Behandlungsausweis anzusetzen.

Gemäß Anlage 1a Teil B zur „Prüfungsvereinbarung über das Verfahren zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit …“ erfolgt die Berücksichtigung im Vorweg-Abzug nur für Kinderärzte.

2.16.4 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms nach § 137f SGB V Koronare Herzkrankheit (DMP KHK) mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.04.2021

1. Nachtrag zum DMP KHK, mit Wirkung zum 01.01.2022

Mit der Anpassung bzw. Erweiterung des Schulungsangebotes innerhalb der DMP sollen die Rahmenbedingungen für die Schulungen untereinander harmonisiert werden.

Beim DMP KHK entfielen zum 01.01.2022 sämtliche Diabetesschulungen, da diese Schulungen bereits in den DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. Typ 2 angeboten werden. Auch hier können die Schulungen mit einem Schulungsbeginn vor dem 01.01. 2022 bis zum Abschluss der letzten Schulungseinheit, spätestens jedoch bis zum 31.12.2022, abgerechnet werden.

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit KHK, insbesondere die Reduktion der Sterblichkeit, der kardiovaskulären Morbidität, die Steigerung der Lebensqualität und Erhaltung der Belastungsfähigkeit.

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen (unter Beachtung des § 2) können lt. § 13 freiwillig teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Ziffer 3.1 der Anlage 5 der DMP-A-RL erfüllt sind:

- die **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** durch den koordinierenden Vertragsarzt entspr. 1.2 (Diagnostik) der Anlage 5 der DMP-A-RL auf der (indikationsübergreifenden) Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (TE/EWE, Anlage 7, Formularschlüssel 070E),
- die **schriftliche Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der TE/EWE,
- die **umfassende, auch schriftliche, Information des Versicherten** über Programminhalte, Versorgungsziele, Freiwilligkeit der Teilnahme, Mitwirkungspflichten …

Mit der Einschreibung wählt der Versicherte seinen koord. Vertragsarzt. Bei Teilnahme an mehreren DMP zu internistischen Erkrankungen soll er sich für nur einen koord. Arzt entscheiden. Dies gilt auch beim Wechsel des koordinierenden Vertragsarztes (§ 14).

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

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des hausärztlichen Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den hausärztlichen Versorgungssektor sind Vertragsärzte, die gem. § 73 SGB V an d. hausärztlichen Versorgung teilnehmen u. die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 persönlich oder durch angestellte Ärzte erfüllen sowie zugelassene MVZ. Dies ist mit Beginn der Teilnahme nachzuweisen.

In Ausnahmefällen kann ein Versicherter mit KHK
- einen zugelassenen oder ermächtigten kardiologisch qualifizierten Facharzt,
- eine kardiologisch qualifizierte Einrichtung, die für diese Leistungen zugelassen oder ermächtigt ist oder die nach § 137f (7) SGB V an der amb. ärztl. Versorgung teilnimmt,

auch zur Langzeitbetreuung, Dokumentation u. Koordination der weiteren Maßnahmen im DMP wählen, wenn dieser/diese am DMP gemäß § 3 u. § 4 dieses Vertrages teilnimmt.

Dies gilt insbesondere dann, wenn der Patient bereits vor der Einschreibung von diesem Arzt/ dieser Einrichtung dauerhaft (d. h. mind. 12 Monate) betreut wurde oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist.

Die Überweisungsregeln (gemäß 1.7.2 der Anlage 5 der DMP-A-RL) sind zu beachten.

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten
- unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitions-/ Zielauftrag) zur Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. DMP-Schulung) an andere Leistungserbringer, haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind,
- zur Mit- / Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entspr. Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

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

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des fachärztlichen Versorgungssektors (§ 4)

An der fachärztlichen Versorgung kann der kardiologisch qualifizierte fachärztlich tätige Internist oder FA für Innere Medizin mit Schwerpunkt Kardiologie („Facharzt“) teilnehmen, wenn er die Voraussetzungen nach Anlage 2 erfüllt - persönlich o. durch angestellte Ärzte.

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

Für den hausärztlichen und den fachärztlichen Versorgungssektor gilt, dass die Teilnahmevoraussetzungen arzt- und betriebsstättenbezogen, Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, betriebsstättenbezogen zu erfüllen sind.

Die Teilnahme ist stets freiwillig und **erfordert eine besondere Genehmigung der KVS.**

Sollen Leistungen dieses Vertrages durch einen angestellten Arzt erbracht werden, so weist der anstellende Arzt/ der Leiter des anstellenden MVZ die Erfüllung der Strukturqualität durch den angestellten Arzt gegenüber der KVS nach und teilt Beginn u. Ende des Angestelltenverhältnisses/d. Tätigkeit des angestellten Arztes unverzüglich mit (Anlage 5).

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

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

Die **medizinischen Anforderungen an das DMP KHK** sind in der Anlage 4 definiert und somit Vertragsbestandteil (entspr. der Anlage 5 der DMP-A-RL). Der Arzt verpflichtet sich lt. § 5 durch seine Teilnahmeerklärung, insb. diese Versorgungsinhalte zu beachten.

Eine Erst- oder Folgedokumentation muss spätestens **52 Tage nach Quartalsende** vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen (einheitliche Übermittlungsfrist). Eine regelmäßige und zeitnahe Übermittlung (z. B. monatlich) ermöglicht weiterhin, ggf. notwendige Korrekturen fristgerecht vorzunehmen.

Ab 01.01.2018 ist die **Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten ausschließlich elektronisch** möglich - via KV-Connect über das Sichere Netz der KVen (SNK) oder per E-Mail an dmp-sachsen@dmpservices.de.

Die vollständig, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation (gem. der Anlage „Dokumentationsdaten der Anlage 2 i. V. m. Anlage 6 der DMP-A-RL“) **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 werden wie folgt vergütet.

Leistungen des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	**... wenn DMP KHK**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, **Erstellung der Erstdokumentation** sowie Versand der entspr. Unterlagen	**… das erste DMP**	**99320A**	25,00 €
	… als weiteres DMP*	**99321A**	15,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentation	**… das erste DMP**	**99320B**	15,00 €
	… als weiteres DMP*	**99321B**	9,00 €

- im DMP KHK eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP zur Anwendung.

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

Der koord. Vertragsarzt entscheidet, welches DMP als Ersteinschreibung i. R. des DMP-Vertrages u. welches als weitere Einschreibung i. R. dieses Vertrages abgerechnet wird. Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

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

- Die Vergütung dieser Leistungen schließt gem. § 35 weitere Abrechnungen nach dem EBM im Zus. mit d. Einschreibung, Erstellung und Versand der Dokumentation aus.
- Diese Nrn. sind nur für den koord. Vertragsarzt mit der entspr. Genehmigung gemäß o. g. Vertrag berechnungsfähig (§ 3, § 35).

- Die Nrn. für die Einschreibung/Erstdokumentation sind einmalig, nur zu Beginn der Behandlung des Patienten im DMP durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) berechnungsfähig. Dies gilt nicht bei Wiedereinschreibung des Versicherten.
- Die Abrechnung der Nr. 99320A schließt die der Nr. 99320B im gleichen Quartal aus.
- Jede Abr.-Nr. für die Folgedokumentation ist durch den koord. Vertragsarzt nach § 3 wie folgt berechnungsfähig (§ 35), das gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17:
  a) *einmal im Quartal* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes Quartal*“ angegeben hat,
  b) *einmal in zwei Quartalen* je Patient, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes zweite Quartal*“ angegeben hat.

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

Dem eingeschriebenen, kardiologisch qualifizierten Facharzt (gemäß § 4) **werden** für ins DMP KHK eingeschriebene Patienten **vergütet:**

Leistungen des eingeschriebenen, kardiologisch qualifizierten Facharzt nach § 4	**Abrechnungs-Nr.**	**Vergütung**
Im Rahmen der erstmaligen Diagnostik • für eine **umfassende Beratung** des Versicherten zu den fachärztlichen Leistungen i. R. des DMP KHK, • die **individuelle Abschätzung des Myokardrisikos** des Patienten, • die **umfassende Beratung zu möglichen interventionellen kardiologischen Maßnahmen** und zu damit verbundenen Nutzen und Risiken für den Patienten.	**99320C**	45,00 €
Die Nr. 99320C ist gemäß § 35 - an die Einschreibung des Patienten ins DMP KHK gebunden (spätestens im Folgequartal), - nur einmalig pro Patient durch den kardiologisch qualifizierten FA mit Genehmigung (§ 4) berechnungsfähig.		

Patientenschulungen können gemäß § 35 (4) ausschließlich durch Vertragsärzte nach §§ 3 und 4 erbracht werden, welche die erforderlichen Strukturvoraussetzungen erfüllen. Einzelheiten zu Strukturvoraussetzungen und Schulungsdurchführung sind in der Anlage 10 (Patientenschulung) geregelt.

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

Leistungsbeschreibung	**Abrechnungsnummer** für		**Vergütung** (€)
	Schulung	**genehmigte Nachschulung**	
Hypertonie-Schulung • 4-8 Patienten je Schulungsgruppe; max. 4 UE, je UE	**99325A**	**99326A**	26,00
Schulungsmaterial zu Nr. 99325A, je Versicherten	**99325S**	---	9,00
Schulung für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) • 4 bis 6 Patienten je Schulungsgruppe • nur bei Patienten, die ein Blutgerinnungsmessgerät von ihrer Krankenkasse genehmigt bekommen haben • max. 4 UE in wöchentlichen Abständen, je UE	**99325G**	**99326G**	26,00

Erläuterungen zu den Schulungen nach Anlage 10:

- Eine **Unterrichtseinheit (UE)** stellt in der Regel einen **Zeitraum von 90 Minuten** bzw. 90 bis 120 Minuten beim Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG) dar.
  Die vollen Unterrichtseinheiten (UE) gelten für ungeschulte Patienten.
  Die Vertragsärzte bestätigen anhand eines vorgegebenen Feldes auf dem Schulungsnachweis (Anlage 11) den Schulungsstand des Patienten.
- Der **Abschluss für ein Schulungs- und Behandlungsprogramm oder eine genehmigte Nachschulung** muss **innerhalb eines Krankheitsfalls** erfolgen, gerechnet ab dem Datum der ersten Schulungseinheit.
  Bei Schulungs-und Behandlungsprogrammen, die einen Zeitrahmen vorgeben, soll die Schulung innerhalb dieses Zeitraums erfolgen.
- **Nachschulungen** für ein bereits durchgeführtes Schulungs-/Behandlungsprogramm **bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung (außer bei Sonderkostenträgern versicherte Personen) und können **frühestens nach Ablauf von 2 Jahren** nach Beendigung des vorangegangenen identischen Schulungsprogramms beantragt werden.
- Die **Beantragung einer Nachschulung** soll **frühestens 3 Monate vor Beginn** der beabsichtigten Nachschulung erfolgen. Der **Schulungsbeginn** einer genehmigten Nachschulung **hat unverzüglich nach der Genehmigung zu erfolgen**.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- 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.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Die Abrechnungsmodalitäten ergeben sich aus § 35 dieses DMP.
- Die am DMP KHK teilnehmenden Vertragsärzte können die Durchführung der Diabetes- u. Hypertonie-Schulungen als Auftragsleistung an die am DMP Diabetes mellitus Typ 2 teilnehmenden und zur Schulung berechtigten Vertragsärzte übertragen. Die Abrechnung dieser als Auftragsleistung durchgeführten Schulungen erfolgt gemäß § 3 (7).
- Die o. g. Abrechnungs-Nrn. für Patientenschulungen sind nur bei in das DMP KHK eingeschriebenen Versicherten der Primär- oder Ersatzkassen berechnungsfähig, sie sind jedoch auch bei besonderen Kostenträgern nach BMÄ oder E-GO zulässig.
- **Voraussetzung für die Vergütung der o. g. Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises** (Anlage 11) nach Abschluss der Schulungsmaßnahme **an die KVS**; dieser wird nach Prüfung/Abrechnung an die jeweilige Krankenkasse weiterleitet.
- Im Rahmen dieses DMP werden ausschließlich die in d. Anlage 10 (Patientenschulung) genannten Schulungsprogramme genutzt (§ 20).
- **Identische Schulungen**, die i. R. mehrerer strukturierter Behandlungsprogramme angeboten werden, **sind nur i. R. eines DMP abrechnungsfähig** (§ 35).
  Wird der am DMP KHK teilnehmende Versicherte ebenfalls im Rahmen der Diabetes-Vereinbarung Sachsen betreut, sind identische Schulungen beider Verträge ausschließlich im Rahmen des DMP KHK zu erbringen.
- Die Erteilung der erforderlichen Genehmigungen erfolgt entspr. § 6 durch die KVS.

2.16.5 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V - Asthma bronchiale - mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.04.2019

Nachtrag zum DMP Asthma bronchiale, mit Wirkung zum 01.04.2023

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit Asthma, um z. B. akute und chronische Krankheitsbeeinträchtigungen zu vermeiden/reduzieren, die Asthma-bedingte Letalität zu reduzieren und Komorbiditäten adäquat zu behandeln.

Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten
Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die das **5. Lebensjahr vollendet** haben und **nicht gleichzeitig im DMP COPD eingeschrieben** sind oder werden, können gemäß § 13 freiwillig an dieser Versorgung teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen lt. Anlage 9, Nr. 1.2 der DMP-Anforderungs-Richtlinie (DMP-A-RL) erfüllt sind:

- die **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** durch den koordinierenden Vertragsarzt entspr. Anlage 9, Nr. 1.2 der DMP-A-RL auf der (indikationsübergreifenden) Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (TE/EWE, Anlage 7, Formularschlüssel 070E),
- die **schriftliche Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der TE/EWE (für Versicherte bis zur Vollendung des 15. Lebensjahres durch ihre gesetzl. Vertreter),
- die **umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten** über Programminhalte, Versorgungsziele, die Dauer der Aufbewahrung ihrer Daten…

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

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

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

Sie erklären sich gemäß § 5 unter Angabe ihrer Funktion als koordinierender Vertragsarzt (lt. § 3) und/oder als Facharzt ((lt. § 4) gegenüber der KVS schriftlich auf der **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Vertragsarzt** (Anlage 3) zur Teilnahme am DMP bereit.

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

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

Die KVS prüft die Teilnahmevoraussetzungen entspr. der jeweiligen Strukturqualität gem. §§ 3 u. 4 und die Schulungsberechtigungen entspr. den Anforderungen der Schulungsprogramme i.V.m. § 20 (4) Satz 1 und entscheidet über die Teilnahme des Vertragsarztes. Einrichtungen nach § 137f (7) SGB V erklären ihre Teilnahme direkt gegenüber den Krankenkassen. Die Erklärung ist bei der AOK PLUS einzureichen.

Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Krankenkassen.

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

Die **medizinischen Anforderungen an das DMP Asthma bronchiale** sind lt. § 9 (1) in der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages.
Die Inhalte entspr. den Anforderungen an die Behandlung nach Anlage 9 der DMP-A-RL.

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 o. 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 gem. 1.6.1 d. Anlage 9 d. DMP-A-RL 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 insb. möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Leistungserbringern dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus med. Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1, die lt. § 6 überprüft werden, können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.

Die Koord. von Kindern-/Jugendlichen obliegt lt. Anlage 1 FÄ für Kinder- u. Jugendmedizin.

Zu den **Pflichten der koord. Vertragsärzte/Einrichtungen** gehören lt. § 3 (4) u. a. die:

- **Koordination der Behandlung von Versicherten**, insbes. jener, die an mehreren DMP teilnehmen … sowie im Hinblick auf die Beteiligung anderer eingebundener Leistungserbringer, Vermeidung v. Doppeluntersuchungen, Berücksichtigung v. Wechselwirkungen sowie die Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentations-Prozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezifischen -Zeiträume,
- **Information, Beratung u. Einschreibung d. Versicherten** (lt. § 14), die vollständige Erhebung/ Weiterleitung d. **Dokumentation** (lt. Abschnitten VII u. VIII) sowie ggf. die nachträgliche Ergänzung/Korrektur d. betreffenden Parameter auf Anforderung,
- **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschl. einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie …,
- **Durchführung von Patientenschulungen** lt. § 20, wenn die entspr. Berechtigung der KVS nachgewiesen ist, sowie die Veranlassung der Teilnahme d. Versicherten daran,
- **Überweisung** an andere vertragl. eingeb. Ärzte **bzw. Einweisung** z. stat. Behandlung ... bei Vorliegen der entspr. Indikationen (lt. 1.6.2 bzw. 1.6.3 d. Anlage 9 d. DMP-A-RL) sowie Übermittlung, Einforderung u. Dokumentation therapierelevanter Informationen entspr. § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie.

Überweist der koord. Vertragsarzt den Versicherten an andere Leistungserbringer zur

- Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. DMP-Schulung) unter Berücksichtigung der Regelungen d. BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitions-/ Zielauftrag), haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. DMP-Teilnahme des Versicherten) gegeben sind,
- Mit-/ Weiterbehandlung oder wenn entspr. Leistungen auf Originalschein abgerechnet (Direktinanspruchnahme) werden, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

Nachfolgende Leistungen wurden vereinbart, neben denen eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z. B. Arztbriefe und Porto) ausgeschlossen ist.

Eine Erst- oder Folgedokumentation muss spätestens **52 Tage nach Quartalsende** vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen (einheitliche Übermittlungsfrist). Eine regelmäßige und zeitnahe Übermittlung (z. B. monatlich) ermöglicht weiterhin, ggf. notwendige Korrekturen fristgerecht vorzunehmen.

Die **Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten erfolgt ausschließlich elektronisch**, via KV-Connect über das Sichere Netz der KVen (SNK) oder per E-Mail an dmp-sachsen@dmpservices.de.

Die vollständige, fristgemäß u. plausibel übermittelte elektronische Dokumentation (gemäß Anlage 10 der DMP-A-RL) **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** gemäß § 14 werden wie folgt vergütet.

Leistungen des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	**... wenn DMP Asthma**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, **Erstellung der Erstdokumentation** sowie Versand der entspr. Unterlagen	**… das erste DMP**	**99350A**	25,00 €
	… als weiteres DMP*	**99351A**	15,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentation	**… das erste DMP**	**99350B**	15,00 €
	… als weiteres DMP*	**99351B**	9,00 €

- im DMP Asthma eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte „Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP …“ zur Anwendung.

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

Der koord. Vertragsarzt entscheidet, welches DMP als Ersteinschreibung i. R. des DMP-Vertrages u. welches als weitere Einschreibung i. R. dieses Vertrages abgerechnet wird. Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

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

- Die Nrn. der Einschreibung/Erstdokumentation sind einmalig, nur zu Beginn d. Behandlung d. Patienten im DMP durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) berechnungsfähig.
- Die Abrechnung der Nr. 99350A schließt die der Nr. 99350B im gleichen Quartal aus.
- Jede Abr.-Nr. für die Folgedokumentation ist durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) wie folgt berechnungsfähig (gemäß § 35):
  a) *einmal im Quartal*, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall *„jedes Quartal“* angegeben hat,
  b) *einmal in zwei Quartalen*, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall *„jedes zweite Quartal“* angegeben hat.

  Das gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17.

Teilnahmevorrausetzungen und Aufgaben des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4

Teilnahmeberechtigt für die pneumologisch qualifizierte Versorgung sind Vertragsärzte, soweit sie die Voraussetzungen nach Anlage 2 „Strukturqualität pneumologisch qualifizierter Facharzt“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme gegenüber der KVS nachweisen. Die Überprüfung erfolgt gemäß § 6.

Zu den **Pflichten der teilnahmeberecht. Vertragsärzte** („Fachärzte“) gehören lt. § 4 (4):

- die **Mit- und Weiterbehandlung** der teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der in § 9 geregelten Versorgungsinhalte,
- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschließlich 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. Einweisung zur stationären Behandlung** bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gemäß 1.6 bzw. 1.6.3 der Anlage 9 der DMP-A-RL), den koordinierenden Vertragsarzt hiervon zu unterrichten sowie die Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapierelevanter Informationen entspr. § 9, wie z. B. die medikamentöse Therapie,
- die **Übermittlung therapierelevanter Informationen** je Quartal an den koordinierenden Vertragsarzt, sofern die begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten länger als ein Quartal erfolgt sowie bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt zur Erstellung der Dokumentation.

99350C Mitbehandlungspauschale
- einmal pro Quartal und Patient
BMÄ / E-GO …..... **15,00 €**

- für eingeschriebene Ärzte des pneumolog. qualifizierten Versorgungssektors (§ 4),
- von demselben Arzt pro Quartal und Patient nicht berechnungsfähig neben der Erst- oder Folge-Dokumentation (Nr. 99350A und 99350B),
- im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben den Chronikerpauschalen u. zugehörigen Zuschlägen (GOPen 03220, 03221, 03222 o. 04220, 04221, 04222).

Werden innerhalb eines Kalenderjahres (Prüfzeitraum) nicht mehr als 30,0 % aller eingeschriebenen erwachsenen Asthma-Patienten ab vollendetem 18. Lebensjahr in Sachsen durch einen Vertragsarzt des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors gemäß § 4 betreut (**fachärztliche Betreuungsquote**), werden für diese erwachsenen Patienten je abgerechneter Mitbehandlungspauschale (**Nr. 99350C**) **zusätzlich 5,00 € nachvergütet**.

99350D Prädiagnostikpauschale
- einmal pro Patient
BMÄ / E-GO …..... **45,00 €**

- für eingeschriebene Ärzte des pneumolog. qualifizierten Versorgungssektors (§ 4),
- ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP Asthma (spätestens im Folgequartal) gebunden,
- die Nr. 99350D ist am Behandlungstag nicht berechnungsfähig neben der Nr. 99350E (Pauschale für das Motivations- und Abschlussgespräch).

Für die Beratung zur korrekten Inhalationstechnik sind **durch eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors** (§ 4) abrechenbar:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik		
- für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr	**99350I**	5,00 €
- für Kinder und Jugendliche bis zum vollendeten 18. Lebensjahr	**99350J**	10,00 €
Hinweise zur Abrechnung: • je Versicherten einmal im Quartal, maximal zweimal im Krankheitsfall • im Behandlungsfall nicht nebeneinander und nicht neben den Nrn. 99350C und 99350D		

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- und 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 Nrn. 99355K/99356K (damit im Zusammenhang auch die Nr. 99355T) bzw. die Nrn. 99355I/99356I (damit im Zusammenhang auch die Nr. 99355U) abrechnen kann.

Die Abrechnung anderer Nrn. dieses Vertrages ist bei dieser Überweisung nicht zulässig.

Der überweisende Arzt kann keine Schulungen für denselben Versicherten abrechnen, für Nachschulungen gelten die zeitlichen Vorgaben des Vertrages.

Die vollen Unterrichtseinheiten gelten für ungeschulte Patienten.

Kinder ab 5 Jahre können geschult werden, selbst wenn deren Eltern bereits an einer ASEV-Schulung teilgenommen haben.

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

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

Nachschulungen von (Klein-)Kindern werden mit 1 UE (bei Einzel-) und max. 4 UE (bei Gruppen-Schulungen) 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	Abrechnungsnummer für		Vergütung (€)
	Schulung	genehmigte Nachschulung	
Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen je UE u. Vers. (1 UE = 45 Min.) • max. 7 Patienten je Schulungsgruppe • Aufteilung nach Altersgruppen: 5-7, 8-12, 13-18 Jahre • max. 18 UE à 45 Min. Kinder/Jugendliche • max. 12 UE à 45 Min. Eltern	**99355K**	**99356K**	22,50
Schulungsmaterial zur Nr. 99355K, je Versicherten	**99355T**	---	9,00
ASEV-Schulung (Asthmaschulung für Eltern von Vorschulkindern, Asthma-Kleinkindschulung) **(1 UE = 45 Min.)** • max. 6 Patienten (bzw. Eltern/Bezugspersonen von Kindern 1-5 Jahre) je Schulungsgruppe • max. 13 UE, inkl. 1 UE zus. mit dem erkrankten Kind	**99355I**	**99356I**	22,50
Schulungsmaterial zur Nr. 99355I, je Versicherten	**99355U**	---	9,00
Nationales Ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker (NASA) **je UE u. Vers. (1 UE = 60 Min.)** • 4 bis 10 Patienten je Schulungsgruppe; max. 6 UE	**99355A**	**99356A**	25,00
Schulungsmaterial zur Nr. 99355A, je Versicherten	**99355S**	---	9,00

Erläuterungen zu den Schulungen (nach Anlage 11):

- **Identische Schulungs- u. Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.**
- **Der Abschluss für ein Schulungs- und Behandlungsprogramm oder eine genehmigte Nachschulung** muss **innerhalb eines Krankheitsfalls** erfolgen, gerechnet ab dem Datum der ersten Schulungseinheit.
  Bei Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die einen Zeitrahmen vorgeben, soll die Schulung innerhalb dieses Zeitraums erfolgen.
- Eine 24-Stunden-Erreichbarkeit des ärztlichen Personals muss in diesem Zeitraum sichergestellt sein.
- **Nachschulungen** für ein bereits durchgeführtes Schulungs- u. Behandlungsprogramm **bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung (außer bei Sonderkostenträgern versicherte Personen) und können für
  - Kinder bzw. Kleinkinder frühestens nach 6 Monaten und
  - Erwachsene frühestens nach Ablauf von 2 Jahren
  nach Beendigung des vorangegangenen identischen Schulungsprogramms beantragt werden.

Die **Beantragung einer Nachschulung soll frühestens 3 Monate vor Beginn** der beabsichtigten Nachschulung erfolgen. Der **Schulungsbeginn einer genehmigten Nachschulung** hat unverzüglich nach der Genehmigung zu erfolgen.

- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- 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.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Die Abrechnungsmodalitäten ergeben sich aus § 35 der Vereinbarung.
- **Voraussetzung für die Vergütung der o. g. Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises, inkl. des Schulungsstandes (Anlage 12)** nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS, der nach Prüfung/Abrechnung an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet wird.

99350E Motivations- und Abschlussgespräch
- im Anschluss an die letzte UE
BMÄ / E-GO ..... **25,00 €**

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

2.16.6 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms (DMP) nach § 137f SGB V - Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) - mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2020

Nachtrag zum DMP COPD, mit Wirkung zum 01.04.2023

Ziel dieses Vertrages ist eine indikationsgesteuerte und systematische Koordination der Behandlung von chronisch kranken Versicherten mit COPD mit dem Ziel der Vermeidung/Reduktion von akuten und chronischen Krankheitsbeeinträchtigungen, einer raschen Progredienz der Erkrankung sowie der COPD-bedingten Letalität.

Teilnahmevoraussetzungen der Versicherten
Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen, die das **18. Lebensjahr vollendet** haben und **nicht gleichzeitig im DMP Asthma eingeschrieben** sind oder werden, können gemäß § 13 freiwillig an dieser Versorgung teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen (gemäß Ziffer 3 bis 3.2 der Anlage 11 der DMP-A-RL erfüllt sind:

- die **schriftliche Bestätigung der gesicherten Diagnose** durch den koord. Vertragsarzt (lt. 1.2 d. Anlage 11 der DMP-A-RL auf der (indikationsübergreifenden) Teilnahme- und Einwilligungserklärung des Versicherten (TE/EWE, Anlage 7, Formularschlüssel 070E),
- die **schriftliche Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der TE/EWE,
- die **umfassende, auch schriftliche Information des Versicherten** über Programminhalte, Versorgungsziele, …

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

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

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

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt (§ 3) und/oder als Facharzt (§ 4) gegenüber der KVS schriftlich auf der **Teilnahmeerklärung** (TE) gemäß der Anlage 3 zur Teilnahme am DMP bereit.

Die TE 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 gem. §§ 3 u. 4 und die Schulungsberechtigungen entspr. den Anforderungen der Schulungsprogramme i.V.m. § 20 (4) Satz 1 und entscheidet über die Teilnahme des Vertragsarztes.

Einrichtungen nach § 137f (7) SGB V erklären ihre Teilnahme direkt gegenüber den Krankenkassen. Die Erklärung ist bei der AOK PLUS einzureichen.
Die Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Krankenkassen.

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

Die **medizinischen Anforderungen an das DMP COPD** sind gemäß § 9 (1) in der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte entspr. den Anforderungen an die Behandlung nach der Anlage 11 der DMP-A-RL.

Teilnahmevoraussetzungen u. Aufgaben des koordinierenden Versorgungssektors (koordinierender Vertragsarzt) gemäß § 3

Teilnahmeberechtigt für den koordinierenden 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 11 der DMP-A-RL zugelassene oder ermächtigte, für die Behandlung von COPD qualifizierte Fachärzte oder Einrichtungen, die für die Erbringung dieser Leistungen zugelassen oder ermächtigt sind.

Die Ausnahmefälle sind insbesondere möglich, wenn der Versicherte bereits vor der Einschreibung von diesen Leistungserbringern dauerhaft betreut worden ist oder diese Betreuung aus medizinischen Gründen erforderlich ist. Die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 können auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden.
Die Überprüfung der Strukturqualität erfolgt gemäß § 6.

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

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

- die **Koordination der Behandlung von Versicherten**, insbes. jener, die an mehreren DMP teilnehmen … sowie im Hinblick auf die Beteiligung anderer, insbes. vertraglich eingebundener Leistungserbringer, Vermeidung v. Doppeluntersuchungen, Berücksichtigung v. Wechselwirkungen sowie d. Synchronisation der diagnosespezifischen Dokumentations-Prozesse unter Berücksichtigung der jeweiligen diagnosespezif. -Zeiträume,
- die **Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten** gemäß § 14 sowie die vollständige Erhebung und Weiterleitung der **Dokumentation** nach den Abschnitten VII und VIII, sowie ggf. 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,
- **Überweisung** an andere vertraglich eingebundene Ärzte **bzw. Einweisung** zur station. Behandlung ... bei Vorliegen der entspr. Indikationen (gemäß Anlage 11 der DMP-A-RL) Ziffern 1.6.2 bzw. 1.6.3) sowie Übermittlung, Einforderung und Dokumentation therapierelevanter Informationen entspr. § 9, wie z. B. medikamentöse Therapie.

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä per Auftragsleistung (Definitions- / Zielauftrag) zur Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. einer DMP-Schulung) an andere Leistungserbringer, haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind.

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten zur Mit- / Weiterbehandlung an andere Leistungserbringer oder werden die entspr. Leistungen aufgrund der Direktinanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

Folgende Leistungen wurden vereinbart, neben denen eine Abrechnung von Leistungen und Kosten nach dem EBM (z. B. Arztbriefe und Porto) ausgeschlossen ist:

Eine Erst- oder Folgedokumentation muss spätestens **52 Tage nach Quartalsende** vollständig und plausibel der Datenstelle vorliegen (einheitliche Übermittlungsfrist). Eine regelmäßige und zeitnahe Übermittlung (z. B. monatlich) ermöglicht weiterhin, ggf. notwendige Korrekturen fristgerecht vorzunehmen.

Die Übermittlung der DMP-Dokumentationsdaten erfolgt ausschließlich elektronisch - via KV-Connect über das Sichere Netz der KVen (SNK) oder per E-Mail an dmp-sachsen@dmpservices.de.

Die vollständige, fristgemäß und plausibel übermittelte elektronische Dokumentation (gemäß Anlage 2 i. V. m. Anlage 12 der DMP-A-RL) **sowie die vollständigen Unterlagen zur Einschreibung des Versicherten** lt. § 14 werden wie folgt vergütet.

Leistungen des koordinierenden Vertragsarztes nach § 3 sowie ggf. Eintragungen in den Patientenpass	**... wenn DMP COPD**	**Abr.-Nr.**	**Vergütung**
Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, **Erstellung der Erstdokumentation** sowie Versand der entspr. Unterlagen	**… das erste DMP**	**99360A**	25,00 €
	… als weiteres DMP*	**99361A**	15,00 €
Erstellung und Versand der Folgedokumentation	**… das erste DMP**	**99360B**	15,00 €
	… als weiteres DMP*	**99361B**	9,00 €

- im DMP COPD eingeschriebene Versicherte der Primär- oder Ersatzkassen

* Nimmt der Versicherte an mehreren DMP teil, kommt der gesonderte Vertrag zur Koordination und Vergütung strukturierter Behandlungsprogramme (DMP) bei der Behandlung multimorbider Versicherter im Rahmen mehrerer DMP zur Anwendung.

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

Der koord. Vertragsarzt entscheidet, welches DMP als Ersteinschreibung i. R. des DMP-Vertrages u. welches als weitere Einschreibung i. R. dieses Vertrages abgerechnet wird. Diese Festlegung sollte im Zeitverlauf nur in Ausnahmefällen geändert werden.

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

- Die Nrn. der Einschreibung/Erstdokumentation sind einmalig, nur zu Beginn d. Behandlung d. Patienten im DMP durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) berechnungsfähig.
- Die Abrechnung der Nr. 99360A schließt die der Nr. 99360B im gleichen Quartal aus.
- Jede Abr.-Nr. für die Folgedokumentation ist durch den koord. Vertragsarzt (nach § 3) wie folgt berechnungsfähig (gemäß § 35):
  a) *einmal im Quartal*, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes Quartal*“ angegeben hat,
  b) *einmal in zwei Quartalen*, wenn er auf der letzten Erst- oder Folgedokumentation als Dokumentationsintervall „*jedes zweite Quartal*“ angegeben hat.

  Das gilt auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17.

Teilnahmevorrausetzungen 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 Versorgungssektor“ - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen und dies zu Beginn der Teilnahme der KVS nachweisen. Die Überprüfung erfolgt gemäß § 6.

Die Teilnahmevoraussetzungen sind arzt- und betriebsstättenbezogen, die übrigen Anforderungen, die sich auf bestimmte apparative Ausstattungen und organisatorische Voraussetzungen der Strukturqualität beziehen, 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 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie …,
- die **Durchführung von Patientenschulungen** gemäß § 20, soweit die Schulungsberechtigung gegenüber der KVS entsprechend nachgewiesen ist,
- die **Überweisung an andere Leistungserbringer bzw. Einweisung zur stationären Behandlung** bei Vorliegen der entspr. Indikationen (lt. 1.6.3 d. Anl. 11 d. DMP-A-RL), den koord. Vertragsarzt hiervon zu unterrichten sowie die Übermittlung, Einforderung u. Dokumentation therapierelevanter Informationen (lt. § 9, wie z. B. medikam. Therapie,
- die **Übermittlung therapierelevanter Informationen** je Quartal an den koordinierenden Vertragsarzt, sofern die begründete Mit- und/oder Weiterbehandlung des Versicherten länger als ein Quartal erfolgt sowie bei Rücküberweisungen des Versicherten an den koordinierenden Vertragsarzt zur Erstellung der Dokumentation.

99360C Mitbehandlungspauschale
- einmal pro Quartal und Patient
BMÄ / E-GO …. **15,00 €**

- für eingeschriebene Ärzte des pneumolog. qualifizierten Versorgungssektors (§ 4),
- von demselben Arzt pro Quartal und Patient nicht berechnungsfähig neben der Erst- oder Folge-Dokumentation (Nr. 99360A und 99360B),
- im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben den Chronikerpauschalen und zugehörigen Zuschlägen (GOPen 03220, 03221, 03222 o. 04220, 04221, 04222).

Werden innerhalb eines Kalenderjahres (Prüfzeitraum) nicht mehr als 30,0 % aller eingeschriebenen COPD-Patienten in Sachsen durch einen Vertragsarzt des pneumologisch qualifizierten Vers.-Sektors (gem. § 4) betreut (**fachärztliche Betreuungsquote**) werden für diese Patienten je abgerechneter **Nr. 99360C zusätzlich 5,00 € nachvergütet**.

99360D Prädiagnostikpauschale
- einmalig pro Patient
BMÄ / E-GO …. **45,00 €**

- für eingeschriebene Ärzte des pneumolog. qualifizierten Versorgungssektors (§ 4),
- ist an die Einschreibung des Patienten in das DMP COPD (spätestens im Folgequartal) gebunden,
- die Nr. 99360D ist am Behandlungstag nicht berechnungsfähig neben der Nr. 99360E (Pauschale für das Motivations- und Abschlussgespräch).

Für die Beratung zur korrekten Inhalationstechnik sind **durch eingeschriebene Vertragsärzte des pneumologisch qualifizierten Versorgungssektors** (§ 4) abrechenbar:

Leistungsbeschreibung	Abrechnungs-nummer	Vergütung
Einzelberatungspauschale Inhalationstechnik für Erwachsene ab vollendetem 18. Lebensjahr • je Versicherten einmal im Quartal, maximal zweimal im Krankheitsfall • im Behandlungsfall nicht neben den Nrn. 99360C und 99360D	**99360I**	5,00 €

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

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

Leistungsbeschreibung	Abrechnungsnummer für		Vergütung (€)
	Schulung	genehmigte Nachschulung	
COBRA (Ambulantes Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem) **je UE u. Vers.** (1 UE = 60 Min.) • 4 bis 10 Teilnehmer je Schulungsgruppe • max. 6 UE à 60 Min.	**99365A**	**99366A**	25,00
Schulungsmaterial zur Nr. 99365A, je Versicherten	**99365S**	---	9,00

Erläuterungen zu den Schulungen nach Anlage 11:

- **Eine Unterrichtseinheit (UE)** stellt einen **Zeitraum von 60 Minuten** dar.
  Die vollen Unterrichtseinheiten gelten für ungeschulte Patienten.
  Die Vertragsärzte bestätigen den Schulungsstand des Patienten anhand eines vorgegebenen Feldes auf dem Schulungsnachweis (Anlage 12).
- **Der Abschluss für ein Schulungs- und Behandlungsprogramm oder eine genehmigte Nachschulung** muss **innerhalb eines Krankheitsfalls** erfolgen, gerechnet ab dem Datum der ersten Schulungseinheit.
  Bei Schulungs- und Behandlungsprogrammen, die einen Zeitrahmen vorgeben, soll die Schulung innerhalb dieses Zeitraums erfolgen.

- **Nachschulungen** für ein bereits durchgeführtes Schulungs- u. Behandlungsprogramm **bedürfen der Begründung sowie einer Genehmigung** durch die Gemeinsame Einrichtung (außer bei Sonderkostenträgern versicherte Personen) und können frühestens nach Ablauf von 2 Jahren nach Beendigung des vorangegangenen identischen Schulungsprogramms beantragt werden.
  Die **Beantragung einer Nachschulung soll frühestens 3 Monate vor Beginn** der beabsichtigten Nachschulung erfolgen. Der **Schulungsbeginn einer genehmigten Nachschulung** hat unverzüglich nach der Genehmigung zu erfolgen. Durch die Gem. Einrichtung genehmigte Nachschulungen (lt. Anlage 11) werden für max. 2 UE vergütet.
- Angehörige der Patienten können ohne zusätzliches Honorar mitgeschult werden.
- 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.
- Nach dieser Vereinbarung können nur Patienten geschult werden, die körperlich und geistig schulungsfähig sowie für ihre Ernährung selbst verantwortlich sind.
- Die Abrechnungsmodalitäten ergeben sich aus § 35 der Vereinbarung.
- **Identische Schulungs- u. Behandlungsprogramme sowie das Schulungsmaterial sind je Patient nur einmalig berechnungsfähig.**
- **Voraussetzung für die Vergütung der o. g. Schulungen ist die Übermittlung des Schulungsnachweises, inkl. des Schulungsstandes (Anlage 12)** nach Abschluss der Schulungsmaßnahme an die KVS, der nach Prüfung/Abrechnung an die jeweilige Krankenkasse weitergeleitet wird.

99360E Motivations- und Abschlussgespräch
- im Anschluss an die letzte UE
BMÄ / E-GO …..... **25,00 €**

- wenn alle UE wahrgenommen wurden, kann die Nr. 99360E am gleichen Tag wie die letzte UE abgerechnet werden,
- nicht bei Nachschulungen abrechenbar,
- Voraussetzung für die Vergütung: Vorliegen des vollständig ausgefüllten Schulungsnachweises (Anlage 12) bei der KVS

Die Vertragsärzte gemäß §§ 3 und 4 informieren die Versicherten über mögliche Tabakentwöhnungsprogramme nach Anlage 13).
Links zu möglichen Tabakentwöhnungsprogrammen sind auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) zu finden, unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „D“ > „DMP COPD (ab 01.10.2020)“ > „Anlage 13 - Tabakentwöhnungsprogramme“.

2.16.7 Vertrag zur Durchführung des strukturierten Behandlungsprogramms zur Verbesserung der Versorgungssituation von Brustkrebspatientinnen („DMP Brustkrebs“) mit den sächsischen Primär- und Ersatzkassen, ab 01.10.2018

Ziele dieses Vertrages sind u. a. die indikationsgesteuerte u. systematische Koordination der Behandlung der Versicherten mit Brustkrebs, um deren Versorgung zu optimieren. Therapieziele sind die Steigerung der Lebensqualität, Hilfestellung durch ein strukturiertes Begleitungs-/Beratungsangebot im psychosozialen Bereich zu geben, eine umfassende Nachsorge, ein frühzeitiges Erkennen eines lokoregionären Rezidivs bzw. kontralateralen Tumors sowie die Unterstützung der Patientin in der Umsetzung der empfohlenen und vereinbarten Therapie, die Einleitung geeigneter vorbeugender Maßnahmen und das frühzeitige Erkennen von Nebenwirkungen/Folgeerscheinungen der Therapie.

Teilnahme und Einschreibung der Versicherten

Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen können lt. § 13 am DMP Brustkrebs teilnehmen, sofern die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 der DMP-Anforderungen-Richtlinie (DMP-A-RL) erfüllt sind:

- die **schriftliche Bestätigung der histologisch gesicherten Diagnose** durch den koordinierenden Vertragsarzt entspr. der Anlage 3 DMP-A-RL auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten (TE/EWE, Anlage 7, Anpassung zum 01.04.2021, Formularschlüssel 070E),
- die **schriftliche Einwilligung in die Teilnahme** und die damit verbundene Erhebung, Verarbeitung und Nutzung ihrer Daten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung,
- die **umfassende**, auch schriftliche **Information der Versicherten** über die Programminhalte, Versorgungsziele, …

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

Weitere Details zu den Teilnahmevoraussetzungen, zur Information und Einschreibung sowie zum Beginn und Ende der Teilnahme sind in den §§ 13 bis 16 beschrieben.

Teilnahmevoraussetzungen und Aufgaben des ambulanten Versorgungssektors gemäß § 3

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

Teilnahmeberechtigt sind Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe („koord. Arzt“), die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen und die Anforderungen an die Strukturqualität nach Anlage 1 - persönlich oder durch angestellte Ärzte - erfüllen.

Die **Anforderungen an die Strukturqualität** nach Anlage 1 können lt. § 3 (2) auch durch angestellte Ärzte sichergestellt werden - Details dazu sind im § 3 (4) ausführlich beschrieben.

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

Zu den **Pflichten der** nach § 3 (2) **teilnahmeberechtigten Vertragsärzte („koordinierende Vertragsärzte“)** gehören gemäß § 3 (5):

- die Beachtung der Versorgungsinhalte (gemäß § 9),
- die **Koordination der Behandlung** der Versicherten, insbesondere bezüglich der Beteiligung anderer Leistungserbringer,
- die **Durchführung von intensivierten Patientinnengesprächen** nach Abschnitt III,
- die **Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten** gemäß § 14 sowie die Erhebung und Weiterleitung der **Dokumentation** nach den Abschnitten VII u. VIII,
- die **vollständige Dokumentation** entsprechend der Anlage 5 „Versorgungsinhalte“ (DMP-A-RL Anlage (Erst- und Folgedokumentation)) ...
  sowie die nachträgliche Ergänzung fehlender Parameter auf Anforderung,
- die **Beachtung der Qualitätsziele** nach § 10 einschließlich einer qualitätsgesicherten und wirtschaftlichen Arzneimitteltherapie …,
- die **Überweisung** per Auftragsleistung an andere … Vertragsärzte/ (psychologische) Psychotherapeuten (entspr. Anlage 2) **zur weiterführenden Diagnostik und Therapie** … sowie Übermittlung und Einforderung therapierelevanter Informationen entspr. § 9, (z. B. medikamentöse Therapie).

Überweist der koordinierende Vertragsarzt den Versicherten unter Berücksichtigung der Regelungen des BMV-Ä an andere Leistungserbringer

- per Auftragsleistung (Definitions-/ Zielauftrag) zur Erbringung bestimmter Leistungen (z. B. DMP-Schulung), haftet der überweisende Arzt dafür, dass die Voraussetzungen für die Leistungserbringung (u. a. Teilnahme des Versicherten am DMP) gegeben sind,
- zur Mit-/ Weiterbehandlung o. werden entspr. Leistungen aufgrund einer direkten Inanspruchnahme auf Originalschein abgerechnet, haftet der die Leistung erbringende Arzt.

Der Vertragsarzt erklärt sich unter Angabe seiner Funktion als koordinierender Vertragsarzt nach § 3 auf der **Teilnahme- und Einwilligungserklärung Vertragsarzt** (TE/ EWE, Anlage 3) schriftlich gegenüber der KVS zur Teilnahme am DMP bereit.

Wird die Teilnahme des Arztes bzw. zugelassenen MVZ am DMP durch die Qualifikation eines angestellten Arztes ermöglicht, so muss die TE/EWE auch die administrativen Daten des angestellten Arztes (Name, Vorname, LANR) aufführen. Die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes ist mit der Anlage 3a unverzüglich nachzuweisen. Durch die Anstellung eines neuen qualifizierten Arztes und nach erneuter Genehmigung durch die KVS kann die Teilnahme am DMP ohne erneute TE/EWE weitergeführt werden.

Die TE/EWE ist um die Angabe der Betriebsstätten (Anschrift, Betriebsstätten-Nr. - BSNR) zu ergänzen, in denen Leistungen i. R. dieses Vertrages erbracht werden sollen.

Die KVS überprüft die Teilnahmevoraussetzungen und erteilt die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung nach diesem Vertrag gemäß § 6.

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

Die **medizinischen Anforderungen an das DMP Brustkrebs** sind gemäß § 9 (1) in der Anlage 5 (Versorgungsinhalte) definiert und Bestandteil dieses Vertrages. Die Inhalte entsprechen. den Anforderungen an die Behandlung nach der DMP-A-RL Anlage 3.

Dem teilnehmenden Vertragsarzt nach § 3 (2) werden folgende Leistungen vergütet:

Leistungen des teilnehmenden Vertragsarztes nach § 3 (2)	Abrechnungs-Nr.	Vergütung
Ersteinschreibung der Versicherten in das DMP, Erstellung und Versand der TE/EWE (Anlage 7) **sowie Erstellung und Versand der Erstdokumentation** (nur einmalig, zu Beginn d. Behandlung im DMP ber.-fähig)	**99330A**	25,00 €
Aufgrund der besonderen Anforderungen an die teilnehmenden FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, insbes. im Hinblick auf die individuelle Patientinnenberatung, die fachliche Qualifikation und die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit den am Behandlungsprozess Beteiligten, werden die **Beratungsgespräche wie folgt vergütet:**		
Begleitgespräch, einschließlich Erstellung und Versand der Folgedokumentation; (einmal je Quartal, Dauer ca. 15 Min.)	**99330B**	20,00 €
Gespräch vor der stationären Aufnahme und/oder nach histologischer Sicherung der Diagnose (einmalig pro Patientin, Dauer ca. 30 Min.)	**99330C**	20,00 €
Gespräch nach der stationären Behandlung (einmalig pro Patientin, Dauer ca. 30 Min.)	**99330D**	20,00 €
Begleitgespräch ohne Folgedokumentation (einmal pro Quartal, Dauer ca. 15 Min.)	**99330E**	10,00 €

Hinweise zur Abrechnung:

- Weiterführende Abrechnungen nach EBM im Zusammenhang mit der Einschreibung, vollständigen Dokumentation und Versand der Dokumentation sind ausgeschlossen.
- Die Abrechnung/Vergütung der o. g. Nrn. setzt die vollständige Leistungserbringung voraus, werden nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht, ist dies ausgeschlossen.
- Im selben Quartal (Behandlungsfall) sind abrechenbar …
  neben der Nr. 99330A nicht die Nrn. 99330B und 99330E,
  neben der Nr. 99330B nicht die Nr. 99330E,
  neben der Nr. 99330C nicht die Nrn. 99330B und 99330E,
  neben der Nr. 99330D nicht die Nrn. 99330B und 99330E.
- Die **Nr. 99330B ist berechnungsfähig** (auch bei Vertragsarztwechsel nach § 17) **jeweils je Patientin (Folgedokumentation)**: bei Patientinnen …

  mit Einschreibung aufgrund eines Primärtumors, eines lokoregionären Rezidivs oder eines kontralateralen Brustkrebses sowie bei Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) innerhalb der ersten bzw. nachfolgenden 5 Jahre nach histologischer Sicherung:
  entspr. dem grundsätzlichen Dokumentationszeitraum: einmal in zwei Quartalen,
  im individuellen Einzelfall: einmal im Quartal,

  ohne Auftreten eines neuen Ereignisses (lokoregionäres Rezidiv, kontralateraler Tumor) innerhalb von 5 Jahren nach histologische Sicherung ab dem 6. Jahr
  entspr. dem grundsätzlichen Dokumentationszeitraum: einmal in vier Quartalen,
  im individuellen Einzelfall: einmal in zwei Quartalen

Das **DMP Brustkrebs wurde zum 01.10.2018 grundlegend überarbeitet**.

Lag das Hauptaugenmerkt bisher auf der durch die nachsorgenden Gynäkologen wenig beeinflussbaren Primärtherapie, wurde nun der Schwerpunkt auf die Nachsorge gelegt.

Ärzte und Patienten, die bereits am DMP Brustkrebs teilnehmen, müssen sich nicht neu einschreiben.

Seit dem 01.10.2017 beträgt die maximale Teilnahmedauer am DMP Brustkrebs 10 Jahre und startet ab dem Datum der histologisch gesicherten Erstdiagnose. Bei Auftreten eines Rezidivs ist nun ein Verbleib für weitere 10 Jahre möglich.

Ein Schwerpunkt des überarbeiteten DMP Brustkrebs ist die Unterstützung beim Einhalten empfohlener, lang andauernder Therapien mit dem Ziel der konsequenten Fortführung der endokrinen Therapie über mind. 5 Jahre. Dabei werden künftig auch die Nebenwirkungen regelmäßig erfasst, um Betroffene besser unterstützen und behandeln zu können.

Das **Nachsorgekapitel** wurde neu gefasst, die Anforderungen an die Nachsorgeinhalte sind alle gleichermaßen relevant.

Die **Qualitätsziele** wurden ebenfalls verändert und konzentrieren sich nun vermehrt auf die vom nachsorgenden Arzt beeinflussbaren Inhalte.
Neben der Fortführung der endokrinen Therapie über mind. 5 Jahre und der regelmäßigen Erfassung von Nebenwirkungen wurde auch die Einschätzung von Langzeitfolgen der Tumortherapie sowie die Motivationsförderung zu körperlichem Training und Beobachtung des Body-Maß-Index neu aufgenommen. Weiteres neu eingeführtes Qualitätsziel ist eine Biopsie zur Rezeptorbestimmung bei erstmaligem Auftreten viszeraler Fernmetastasen.

Aus den neuen Qualitätszielen folgte die **komplette Neugestaltung der Dokumentation**. Zahlreiche bisherige Dokumentationsfelder, die z. B. die Primärtherapie betrafen und schon durch Krebsregister oder Brustkrebszentren erhoben wurden, wurden gestrichen

Ab dem 4. Quartal 2018 sind somit nur noch die neuen Dokumentationen für die Patientinnen zu verwenden, die Praxissoftware muss entspr. aktualisiert werden.

2.17 Vertrag gemäß § 140a SGB V zur qualitätsgesicherten besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung von Versicherten mit Osteoporose im Freistaat Sachsen (OsteoporosePLUS Sachsen) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2023

Dieser Vertrag ersetzt den bisherigen Vertrag sowie die die Verwaltungsvereinbarung, mit der die KV Sachsen (KVS) seit 01.01.2016 die Abrechnung und Vergütung der Leistungen des Vertrages „OsteoporosePLUS Sachsen“ (zwischen AOK PLUS und dem Bund der Osteologen Sachsen e. V. (BOS)) übernahm.

Versorgungstechnisch hat sich nichts geändert. Lediglich die Abrechnungsziffer 98607 „Pauschale Funktionstraining“, die bisher durch die KVS zu-gesetzt wurde, ist nun durch den teilnehmenden Arzt selbst anzusetzen bzw. abzurechnen.

Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer flächendeckenden fachärztlichen Versorgung für an Osteoporose erkrankte Versicherte der AOK PLUS mit dem **Ziel** einer frühzeitigen Diagnosestellung und schnellstmöglichen Intervention bereits nach Auftreten erster Symptome zur bestmöglichen Prognose für Lebenserwartung und Lebensqualität.

Versicherte der AOK PLUS können an dieser Versorgung teilnehmen, sofern:

1. sie das 18. Lebensjahr vollendet haben,
2. sie an einer der nachfolgend aufgeführten Erkrankungen leiden (gesicherte Diagnose gemäß ICD-10-GM):
   a) Osteoporose mit pathologischer Fraktur (M80) innerhalb der letzten 12 Monate oder multiple Osteoporose assoziierten Frakturen oder Diabetes mellitus Typ I und Alter über 70 Jahre oder Glukokortikoidtherapie,
   b) Osteoporose ohne pathologische Fraktur (M81) mit einem Frakturrisiko entspr. Leitlinie von mindestens 20 % innerhalb der nächsten 10 Jahre,
3. sie (oder der entspr. gesetzlich Bevollmächtigte) durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE, Anlage 2 zum Vertrag) die Bedingungen dieses Vertrages akzeptieren,
4. sie einen an diesem Vertrag teilnehmenden OSTEOLOGEN gewählt haben,
5. der gewählte OSTEOLOGE nach Prüfung der in Nrn. 1 und 2 normierten Voraussetzungen das Vorliegen dieser durch Unterzeichnung der TE/EWE bestätigt hat und
6. die TE/EWE vollständig und fehlerfrei ist (Teilnahmevoraussetzungen).

Mit Unterzeichnung der TE/EWE verpflichtet sich der Versicherte, den vom gewählten OSTEOLOGEN vorgeschlagenen Therapieplan zu befolgen und grundsätzlich nur diesen für die Behandlung der o. g. Erkrankung aufzusuchen. Dies gilt nicht im Vertretungsfall, während räumlicher Abwesenheit des Versicherten sowie im Notfall.

Einzelheiten zur Vertragsteilnahme der Versicherten sind im Abschnitt III (§§ 5, 6 und 7) des Vertrages detailliert beschrieben.

Die Einschreibung der Versicherten erfolgt nach persönlicher und umfassender Beratung über die Inhalte und Ziele des Vertrages (§ 8 (4)) beim OSTEOLOGEN durch Unterzeichnung der von der AOK PLUS zur Verfügung gestellten TE/EWE (Anlage 2).

Als **OSTEOLOGE** an diesem Vertrag teilnehmen können gemäß § 95 SGB V zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V, die die folgenden Anforderungen (Teilnahmevoraussetzungen) erfüllen:

1. die Zulassung oder Anstellung und Betriebsstätte oder Nebenbetriebsstätte gemäß § 24 Ärzte-ZV muss sich auf den Bezirk der KV Sachsen beziehen,
2. Bezeichnung „Osteologe DVO“ oder Nachweis über den Tätigkeitsschwerpunkt Osteologie und über 5 Jahre aktive Teilnahme am Qualitätszirkel Osteologie (Bestätigung des BOS),
3. Mitgliedschaft im BOS (Bestätigung des BOS),
4. Arbeit nach den aktuellen Leitlinien des DVO,
5. die Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Bezeichnung der Fachgruppe, Praxisanschrift, Telefonnummer des Osteologen auf den Homepages der AOK PLUS und der KV Sachsen,
6. die Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag

und ihre Teilnahme gegenüber der KV Sachsen erklärt haben.

Bei einer Teilnahme ausschließlich über angestellte OSTEOLOGEN nimmt der anstellende Vertragsarzt oder die Einrichtung am Vertrag teil. Die Einrichtung kann nur einmal am Vertrag teilnehmen, auch wenn mehrere OSTEOLOGEN die Voraussetzungen erfüllen. Die Teilnahme wird durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung gemeinsam mit dem/den angestellten OSTEOLOGEN erklärt.
Die sachlichen Voraussetzungen sind bei angestellten OSTEOLOGEN durch die Einrichtung oder Vertragsarztpraxis zu erfüllen und/oder bereitzustellen.

Einzelheiten zur Vertragsteilnahme der OSTEOLOGEN sind im Abschnitt II (§§ 2, 3 und 4) dieses Vertrages detailliert beschrieben.

Der **Versorgungsauftrag der OSTEOLOGEN** umfasst folgende Leistungen, die detailliert im § 8 des Vertrages aufgeführt sind. Der OSTEOLOGE …

- ermittelt bei den Versicherten das Frakturrisiko entspr. der aktuell gültigen evidenzbasierten S3-Leitlinie „Osteoporose“ des DVO einschl. Diagnosestellung;
- erhebt Befunde und Dokumentationen, stellt strukturierte Anfragen bzgl. des Therapieerfolgs und evtl. Nebenwirkungen und informiert den Hausarzt über Ergebnisse und Änderungen der Therapie (Anlage 3);
- sofern die Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten erfüllt sind (insb. eine gesicherte (o. g.) Diagnose nach § 5 (2) Nr. 2 vorliegt) führt er eine persönliche und umfassende Beratung des Versicherten oder dessen gesetzlichen Vertreters über Inhalte, Ziele und Versorgung i. R. dieses Vertrages sowie die Freiwilligkeit der Teilnahme und die dem Versicherten gemäß § 5 (3) obliegenden Pflichten durch;
- bestätigt das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten nach § 5 (2) durch Unterzeichnung der TE/EWE;
- sendet, in der Regel innerhalb von 10 Arbeitstagen nach Einschreibung des Versicherten, das Original der TE/EWE an die darauf angegebene Adresse der AOK PLUS;
- überweist Versicherte mit stabilem Krankheitsverlauf (siehe § 5 (2) Nr. 2a) zum Hausarzt und übermittelt zeitnah, in der Regel innerhalb von 2 Wochen, schriftlich die gestellte Diagnose sowie den Therapieplan an den Hausarzt (Arztbrief, Anlage 3);

- kann für Versicherte mit gesicherter Diagnose (gem. ICD-10-GM) gemäß § 5 (2) Nr. 2 a) und b)) Patientenschulungen (nach Anlage 4) durchführen und die Versicherten zur Teilnahme an diesen Schulungsprogrammen motivieren;
- orientiert sich bei der Arzneimitteltherapie an der S3-Leitlinie zur Diagnostik u. Therapie der Osteoporose des DVO (unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes lt. SGB V) und prüft in diesem Zusammenhang den Einsatz von Arzneimitteln, die von Rabattverträgen der AOK PLUS erfasst sind.

Für **die Vergütung der OSTEOLOGEN** gemäß § 9 bzw. Anlage 5 des Vertrages gelten folgende Grundsätze und Voraussetzungen:

- bestehendes Versicherungsverhältnis des teilnehmenden Versicherten bei der AOK PLUS am Tag der Leistungserbringung und
- die Abrechnungsnummern 98601, 98605 und 98607 sind nur abrechnungsfähig, wenn mind. eine der in § 5 (2) Nr. 2 des Vertrages genannten gesicherten Diagnosen angegeben wird und bei der Abrechnung vorliegt.

Der OSTEOLOGE erhält dann für die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen folgende Vergütung:

Abr.-nummer	**Leistungsbeschreibung**	**Vergütung** (€)
98600	**Koordination** **einmalig für eingeschriebene Versicherte** mit einer gesicherten (o. g.) Diagnose lt. § 5 (2) 2. a) oder b) für die - Anamnese mittels Oswestry-Fragebogen (mit dem Versicherten), - Durchf. einer Handkraftmessung i. R. der klinischen Untersuchung, - Information des behandelnden Hausarztes (gem. Anlage 3) über die Diagnose, Therapieempfehlungen einschl. Hinweis auf Osteoporose verursachende Medikamente	30,00
98601	**Betreuung** **maximal zweimal je Krankheitsfall für eingeschriebene Versicherte** mit Osteoporose assoziierter Fraktur (M80) in den letzten 12 Monaten oder multiplen Osteoporose assoziierten Frakturen oder Diabetes mellitus Typ I und Alter > 70 Jahre oder Glukokortikoidtherapie (entspricht den in der Vorversion der Neufassung genannten Risiken von > 6 % im Folgejahr) - Überprüfung des Therapieerfolges mittels Oswestry-Fragebogen (gemeinsam mit dem Versicherten), - Durchf. einer Handkraftmessung i. R. der klinischen Untersuchung, - Durchführung eines Medikamentenchecks, - Information des behandelnden Hausarztes (gem. Anlage 3) über die Diagnose, Therapieempfehlungen einschl. Hinweis auf Osteoporose verursachende Medikamente	20,00

Abr.-nummer	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
98605	**Schulung** **einmal je Krankheitsfall für eingeschriebene Versicherte** für Schulungen (als Einzel- oder Gruppenschulungen) - durch den OSTEOLOGEN und die osteologische Fachassistenz, - in den Praxisräumen des OSTEOLOGEN, - mit mind. den Inhalten gemäß Anlage 7 (Aufklärung zur Krankheit, Hilfe zur Selbsthilfe, Ernährung, Sport, medikamentöse Therapie, Angebote der AOK PLUS (Filiale)), - Dauer je Unterrichtseinheit 90 Minuten Im selben Behandlungsfall ist die Abrechnungsnummer 98605 neben der Abrechnungsnummer 98606 nicht berechnungsfähig.	26,00
98606	**Verhaltenstraining** **maximal zweimal je Krankheitsfall für eingeschriebene Versicherte,** die nicht klassisch zu schulen sind für Einzeltrainings - durch den OSTEOLOGEN und die osteologische Fachassistenz, - mit mind. den Inhalten gemäß Anlage 7 (Aufklärung zur Krankheit, Hilfe zur Selbsthilfe, Ernährung, Sport, medikamentöse Therapie, Angebote der AOK PLUS (Filiale)), - Dauer je Unterrichtseinheit mindestens 20 Minuten Im selben Behandlungsfall ist die Abrechnungsnummer 98606 neben der Abrechnungsnummer 98605 nicht berechnungsfähig.	13,00
98607	**Pauschale Funktionstraining** **einmalig für jeden Versicherten**, dem der Osteologe ein Funktionstraining bei Osteoporose verordnet	5,00

Die Vergütung erfolgt zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM), mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten.

Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung sämtlicher formaler und inhaltlicher Voraussetzungen nach dieser Vereinbarung.

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

Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen durch die OSTEOLOGEN erfolgt lt. § 10 des Vertrages quartalsweise gegenüber der KVS nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen, ergänzt um die o. g. vertragsspezifischen Abrechnungsbestimmungen

2.18 Verträge über die Durchführung zusätzlicher (Früherkennungs-) Untersuchungen für Kinder und Jugendliche

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

Übernahmevertrag mit der BVKJ-Service GmbH ab 01.01.2014

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

Anspruchsberechtigte für die vereinbarten zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen **sind Kinder, die bei der TK versichert sind** und dies durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) nachweisen.
Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist freiwillig. Die Eltern bzw. der gesetzliche Vertreter des Kindes wählen ihren an dieser Vereinbarung teilnehmenden Vertragsarzt aus.

An dieser Vereinbarung können aus dem Bereich der KV Sachsen teilnehmen:

- zugelassene und bei niedergelassenen Ärzten angestellte **Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin**, auch solche in Einrichtungen nach § 402 (2) SGB V und in zugelassenen MVZ nach § 95 SGB V,
- zugelassene **Fachärzte anderer Fachrichtungen und Praktische Ärzte**, die eine abgeschlossene **Weiterbildung in Pädiatrie** nachweisen können,
- seit 01.07.2010 **Hausärzte** im Sinne des § 73 (1a) Satz 1 Nrn. 1, 3 - 5 SGB V, 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.

Für ermächtigte Ärzte gilt diese Vereinbarung nicht.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Ein Anspruch auf Teilnahme besteht nicht. Der Beitritt erfolgt mit der Beitrittserklärung (Anlage 3, Neufassung ab 01.01.2014) gegenüber der KV Sachsen. Die KV Sachsen überprüft die Teilnahmevoraussetzungen.
Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die KV Sachsen dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Die Teilnahme endet, wenn unter Einhaltung einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende die Teilnahme gegenüber der KV Sachsen schriftlich gekündigt wurde. Bereits begonnene Behandlungen zuzüglich Dokumentationen sind zu Ende zu führen.

Voraussetzung für die Vergütung ist die Durchführung der Vorsorgeuntersuchung und das vollständige Ausfüllen des Dokumentationsbogens gemäß "Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ des BVKJ (grünes Checkheft), inkl. Unterschrift und Stempel.

Folgende Leistungen werden unter den nachfolgend aufgeführten Abrechnungsnummern und außerhalb der vorhersehbaren morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** „Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der ..."		**Vergütung**
92302	**U10** (7 bis 8 Jahre)	Ziele und Schwerpunkte: - Schulleistungsstörungen, - Sozialisations- und Verhaltensstörungen, - Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, - Medienverhalten (nur U10).	**52,10 €**
92303	**U11** (9 bis 10 Jahre)		**52,10 €**

Hinweise zur Abrechnung:

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

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

Die Dokumentationsbögen gemäß "Gesundheits-Checkheft" sind in 2-facher Ausfertigung vollständig und mit Vertragsarztstempel und Unterschrift auszufüllen. Ein Exemplar verbleibt beim Arzt, ein Exemplar wird dem gesetzlichen Vertreter ausgehändigt. Die Abgabe einer Kopie des Dokumentationsbogens i. R. der Abrechnung ist nicht mehr notwendig.

Eine privatärztliche Vergütung für die Leistungen dieser Vereinbarung ist ausgeschlossen.

Zur Dokumentation der Untersuchung ist das grüne „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche" des BVKJ zu verwenden. Dieses wird von den teilnehmenden Ärzten unter Verwendung des Bestellscheins der BVKJ-Service GmbH kostenpflichtig bezogen.

Für die Zurverfügungstellung der Checkhefte erhält die BVKJ-Service GmbH aus dem Honorar für die ärztlichen Leistungen eine Pauschale in Höhe von jeweils 0,90 €. Dazu behält die KV Sachsen 1,7 % der Vergütung je abgerechneter Nr. 92302 oder 92303 ein.

Folgende Verfahren für den Bezug der Gesundheits-Checkhefte wurden vereinbart:

a) kostenfreier pdf-download auf der Plattform „PädInform" des BVKJ (www.uminfo.de) für Kinder- und Jugendärzte;

b) kostenfreier Bezug als pdf unter bvkjservicegmbh@uminfo.de;

c) 100 Hefte über den Bestellschein gegen eine Versandkostenpauschale von 20 €;

d) 10 Hefte, wenn ein mit 2,40 € frankierter und adressierter DIN A4/C4-Rückumschlag beigefügt wird (für Hausärzte).

Hausärzte müssen einmalig ihre Genehmigung zur Teilnahme nachweisen.

In gedruckter Form können die Hefte per Bestellschein angefordert werden über: BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln bzw. per Fax: 0221-6890929.
Auch den Bestellschein selbst erhalten Sie über diese Adresse bzw. Fax-Nummer.

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

2. Nachtrag mit Wirkung ab 01.01.2016

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

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

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

Die Teilnahme ist schriftlich bei der KV Sachsen zu beantragen und das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen dabei nachzuweisen (§ 5).

Der „**Antrag auf Teilnahme** zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen…“ steht unter www.kvsachsen.de > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „F“ > „Früherkennungsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen - J2 (TK, KBV, KVS)“ zum Download bereit. Die Teilnahme beginnt in dem Quartal, in dem die KV Sachsen dem Arzt die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Die teilnehmenden Ärzte 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.

Versicherte der Techniker Krankenkasse, die das 18. Lebensjahr noch nicht vollendet haben, können an der Versorgung nach **diesem Vertrag teilnehmen.**

Die Teilnahme ist schriftlich mittels der „Teilnahmeerklärung Versicherter“ (TE, Anlage 2, neu gefasst zum 01.01.2019 - Version 09/2018) **zu erklären.** Diese wird den Arztpraxen durch die bvkj.Service GmbH und die KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „F“ > „Früherkennungsuntersuchung bei Kindern und Jugendlichen - J2 (TK, KBV, KVS)“ zum Download zur Verfügung gestellt.

Die **Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Vertragsarzt**, der die vom Versicherten unterzeichnete Teilnahmeerklärung (Anlage 2) unverzüglich an die darauf genannte Fax-Nr. bzw. Annahmestelle der TK übermittelt.

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

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

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

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

E-GO (nur TK) ..... **52,10 €**

Im Rahmen dieser zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung. Die Untersuchung ist zu Abrechnungszwecken zu dokumentieren.

Zur Dokumentation der Untersuchung ist das grüne „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ des BVKJ zu verwenden. Dieses wird von den teilnehmenden Ärzten unter Verwendung des Bestellscheins der BVKJ-Service GmbH kostenpflichtig bezogen.

Für die Zurverfügungstellung der Checkhefte erhält die BVKJ-Service GmbH aus dem Honorar für die ärztlichen Leistungen eine Pauschale in Höhe von jeweils 0,90 €. Dazu behält die KV Sachsen 1,7 % der Vergütung je abgerechneter Nr. 81121 ein.

Folgende Verfahren für den Bezug der Gesundheits-Checkhefte wurden vereinbart:

a) kostenfreier pdf-download auf der Plattform „PädInform“ des BVKJ (www.uminfo.de) für Kinder- und Jugendärzte;

b) kostenfreier Bezug als pdf unter bvkjservicegmbh@uminfo.de;

c) 100 Hefte über den Bestellschein gegen eine Versandkostenpauschale von 20 €;

d) 10 Hefte, wenn ein mit 2,40 € frankierter und adressierter DIN A4/C4-Rückumschlag beigefügt wird (für Hausärzte).

Hausärzte müssen einmalig ihre Genehmigung zur Teilnahme nachweisen.

In gedruckter Form können die Hefte per Bestellschein angefordert werden über: BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln bzw. per Fax: 0221-6890929.
Auch den Bestellschein selbst erhalten Sie über diese Adresse bzw. Fax-Nummer.

Die Nr. 81121 ist gemäß § 7 (1) von den teiln. 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.

2.18.3 Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (U10 / U11) i. R. d. Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 140a SGB V mit der Knappschaft, ab 01.07.2010

4. Nachtrag mit Wirkung zum 01.04.2023

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 diesem Vertrag 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/Jugendlichen engagieren, d.h. **wenn sie den Nachweis über die Durchführung von mindestens 30 Untersuchungen zur Früherkennung von Krankheiten bei Kindern** nach d. Richtlinie **pro Quartal innerhalb der letzten vier Abrechnungsquartale erbringen**.

Die **Teilnahme der Ärzte erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der KV Sachsen** (Antrag auf Teilnahme zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen) und beginnt in dem Quartal, in dem die KV die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Hausärzte, die die o. g. Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, beantragen 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 (gemäß § 5).

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 (gemäß § 2 Abs. 1). Die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist für die Versicherten freiwillig.

Die Teilnahme erfolgt schriftlich mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Versicherten (TE/EWE, Anlage 2, Stand 01.04.2023), die den teilnehmenden Ärzten durch die bvkj.Service GmbH und die KV zum Download zur Verfügung gestellt wird.

Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, ärztliche Leistungen i. R. des Vertrages nur von teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen und i. R. des Versorgungsauftrages andere Ärzte nur auf Überweisung durch an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte in Anspruch zu nehmen.

Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Arzt. Die vom Versicherten unterzeichnete TE/EWE (Anlage 2) **ist unverzüglich der Knappschaft zu übermitteln – per Fax oder Post** an die darauf genannte Fax-Nummer bzw. Annahmestelle.

Die teilnehmenden Versicherten sollen die Untersuchungen gemäß der Kinder-Richtlinie, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen dieses Vertrages (U10, U11) wahrnehmen und die durch die Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlenen Impfungen durchführen lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

Teilnehmende Versicherte der Knappschaft 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** (n. § 5) **eine pauschale Vergütung pro Vorsorgeuntersuchung.**

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** „Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der ...“		**Vergütung**
81102	**U10** (7 bis 8 Jahre)	<u>Ziele und Schwerpunkte:</u> - Schulleistungsstörungen, - Sozialisations- und Verhaltensstörungen, - Zahn-, Mund- und Kieferanomalien, - Medienverhalten, - Pubertätsentwicklung (nur U11)	**56,03 €**
81120	**U11** (9 bis 10 Jahre)		**56,03 €**

Im Rahmen dieser zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung. Die Untersuchung ist zu dokumentieren.

Zur Dokumentation der Untersuchung ist das grüne „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ des BVKJ zu verwenden. Dieses wird von den teilnehmenden Ärzten unter Verwendung des Bestellscheins der BVKJ-Service GmbH kostenpflichtig bezogen.

Für die Zurverfügungstellung der Checkhefte erhält die BVKJ-Service GmbH aus dem Honorar für die ärztlichen Leistungen eine Pauschale in Höhe von jeweils 0,97 €. Dazu behält die KV Sachsen 1,7 % der Vergütung je abgerechneter Nr. 81102 oder 81120 ein.

Folgende Verfahren für den Bezug der Gesundheits-Checkhefte wurden vereinbart:

a) kostenfreier pdf-download auf der Plattform „PädInform“ des BVKJ (www.uminfo.de) für Kinder- und Jugendärzte;

b) kostenfreier Bezug als pdf unter bvkjservicegmbh@uminfo.de;

c) 100 Hefte über den Bestellschein gegen eine Versandkostenpauschale von 20 €;

d) 10 Hefte, wenn ein mit 2,40 € frankierter und adressierter DIN A4/C4-Rückumschlag beigefügt wird (für Hausärzte).

Hausärzte müssen einmalig ihre Genehmigung zur Teilnahme nachweisen.

In gedruckter Form können die Hefte per Bestellschein angefordert werden über: BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln bzw. per Fax: 0221-6890929. Auch den Bestellschein selbst erhalten Sie über diese Adresse bzw. Fax-Nummer.

Die o. g. Nrn. sind gem. § 6 (1) von den teiln. 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.

2.18.4 Vertrag über die Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen (J2) i. R. d. Kinder- und Jugendmedizin gemäß § 140a SGB V mit der Knappschaft, ab 01.10.2010

4. Nachtrag mit Wirkung zum 01.04.2023

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 diesem Vertrag 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 mind. 6 Punkten auf dem Gebiet der Jugendmedizin fortgebildet** haben.

Die **Teilnahme der Ärzte erfolgt durch schriftliche Erklärung gegenüber der KV Sachsen** (Antrag auf Teilnahme zur Durchführung zusätzlicher Früherkennungsuntersuchungen) und beginnt im Quartal, in dem die KV die Teilnahme schriftlich bestätigt.

Hausärzte, die die o. g. Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, beantragen 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. (gemäß § 5)

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 allg. Entwicklungsstandes des Jugendlichen 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 (gemäß § 2 (1)). Die Teilnahme an der Versorgung nach diesem Vertrag ist für die Versicherten freiwillig.

Die Teilnahme erfolgt schriftlich **mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für die Versicherten** (TE/EWE, Anlage 2, Stand 01.04.2023), die den teilnehmenden Ärzten durch die bvkj.Service GmbH und die KV zum Download zur Verfügung gestellt wird.

Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte gegenüber der Krankenkasse, ärztliche Leistungen i. R. des Vertrages nur von teilnehmenden Ärzten in Anspruch zu nehmen und i. R. des Versorgungsauftrages andere Ärzte nur auf Überweisung durch an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte in Anspruch zu nehmen.

Die Einschreibung erfolgt durch den teilnehmenden Arzt. Die vom Versicherten unterzeichnete TE/EWE (Anlage 2) **ist unverzüglich der Knappschaft zu übermitteln – per Fax oder Post** an die darauf genannte Fax-Nummer bzw. Annahmestelle.

Die teilnehmenden Versicherten sollen die Untersuchungen gemäß der Kinder-Richtlinie, die Jugendgesundheitsuntersuchung sowie die zusätzliche Vorsorgeuntersuchung dieses Vertrages (J2) wahrnehmen und die durch die Schutzimpfungs-Richtlinie empfohlenen Impfungen durchführen lassen, soweit keine Kontraindikationen bestehen.

Teilnehmende Versicherte (nach § 2 Abs. 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) ..... **56,03 €**

Im Rahmen dieser zusätzlichen Vorsorgeuntersuchung besteht Anspruch auf eine ausführliche Beratung. Die Untersuchung ist zu Abrechnungszwecken zu dokumentieren.

Zur Dokumentation der Untersuchung ist das grüne „Gesundheits-Checkheft für Kinder und Jugendliche“ des BVKJ zu verwenden. Dieses wird von den teilnehmenden Ärzten unter Verwendung des Bestellscheins der BVKJ-Service GmbH kostenpflichtig bezogen.

Für die Zurverfügungstellung der Checkhefte erhält die BVKJ-Service GmbH aus dem Honorar für die ärztlichen Leistungen eine Pauschale in Höhe von jeweils 0,97 €. Dazu behält die KV Sachsen 1,7 % der Vergütung je abgerechneter Nr. 81121 ein.

Folgende Verfahren für den Bezug der Gesundheits-Checkhefte wurden vereinbart:

a) kostenfreier pdf-download auf der Plattform „PädInform“ des BVKJ (www.uminfo.de) für Kinder- und Jugendärzte;

b) kostenfreier Bezug als pdf unter bvkjservicegmbh@uminfo.de;

c) 100 Hefte über den Bestellschein gegen eine Versandkostenpauschale von 20 €;

d) 10 Hefte, wenn ein mit 2,40 € frankierter und adressierter DIN A4/C4-Rückumschlag beigefügt wird (für Hausärzte).

Hausärzte müssen einmalig ihre Genehmigung zur Teilnahme nachweisen.

In gedruckter Form können die Hefte per Bestellschein angefordert werden über: BVKJ-Service GmbH, Mielenforster Str. 2, 51069 Köln bzw. per Fax: 0221-6890929.
Auch den Bestellschein selbst erhalten Sie über diese Adresse bzw. Fax-Nummer.

Die Nr. 81121 ist gemäß § 6 (1) von den teiln. 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.

2.18.5 Vertrag über ein erweitertes Präventionsangebot für Kinder und Jugendliche (Vorsorgeuntersuchung U10, U11, J2) mit der AOK PLUS, ab 01.01.2013

1. Nachtrag mit Wirkung ab 01.01.2018

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 und Jugendlichen früh und nachhaltig zu fördern, um mögliche Entwicklungsstörungen zu vermeiden oder rechtzeitig zu erkennen und ihnen entgegenwirken zu können.

Der **Anspruch** auf die zusätzlichen Vorsorgeuntersuchungen **besteht für AOK PLUS-versicherte Kinder und Jugendliche einmalig** in folgenden Altersgruppen:

- von 7 bis 8 Jahren für die **U10,**
- von 9 bis 10 Jahren für die **U11** und
- von 16 bis 17 Jahren für die **J2**.

Zur Teilnahme an dieser Vereinbarung **sind berechtigt:**

- Fachärzte für Kinderheilkunde,
- Fachärzte für Allgemeinmedizin,
- praktische Ärzte,
- Fachärzte für Innere Medizin, die sich nach § 73 Abs. 1 a SGB V für die Teilnahme an der hausärztlichen Versorgung entschieden haben.

Folgende **Leistungen** sind Bestandteil des Vertrages, die jeweils die Erhebung der Vorgeschichte einschließlich der Verdachts diagnosen der letzten Vorsorgeuntersuchung und die Prüfung des Impfstatus umfassen:

92302 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10 (7 bis 8 Jahre)

Ziele und Maßnahmen:

- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Entwicklungsstörungen,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Störungen der motorischen Entwicklung und Verhaltensstörungen,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Zahn- Mund- und Kieferanomalien,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zu Bewegung und Sport, Suchtmitteln, Allergien, UV-Strahlung und Ernährung,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung und
- Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte

BMÄ (nur AOK PLUS) ..... **53,00 €**

92303 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11 (9 bis 10 Jahre)

Ziele und Maßnahmen:
- Erkennen und Behandlungseinleitung von Schulleistungsstörungen,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Sozialisations- und Verhaltensstörungen,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie von Zahn-, Mund- und Kieferanomalien,
- Erkennen und ggf. Einleitung der Therapie bei gesundheitsschädigendem Medienverhalten sowie sonstigem gesundheitsschädigenden Verhalten,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zur Gewaltprävention,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten bzw. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung und
- Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte

BMÄ (nur AOK PLUS) ..... **53,00 €**

92304 Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2 (16 bis 17 Jahre)

Ziele und Maßnahmen:
- Erkennen und Behandlungseinleitung von Pubertäts- und Sexualitätsstörungen sowie Sozialisations- und Verhaltensstörungen,
- Erkennen und Behandlungseinleitung bei Haltungsstörungen, Kropfbildung,
- Diabetes-Vorsorge,
- Beratung zur Berufswahl bei vorliegenden Allergien und gesundheitlichen Störungen,
- Beratung und Aufklärung der Anspruchsberechtigten ggf. der Eltern zu den Ergebnissen der Untersuchung und
- Dokumentation der Ergebnisse in der Patientenakte

BMÄ (nur AOK PLUS) ..... **53,00 €**

Die jeweilige Pauschale der Vorsorgeuntersuchung kann nur **einmal pro Anspruchsberechtigten** erbracht und abgerechnet werden.

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

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

2.18.6 Vertrag über die Abrechnung und Vergütung von Untersuchungen nach dem Jugendarbeitsschutzgesetz (JArbSchG) mit dem Freistaat Sachsen, ab 01.01.2015

Zum 01.04.2022 trat die Neufassung des o. g. Vertrages in Kraft. Die Abrechnung von Erst- u. Nachuntersuchungen nach d. JArbSchG werden elektronisch an die KV Sachsen (KVS) übermittelt. Bei Ergänzungsuntersuchungen gibt es keine Änderungen.

Seit 01.01.2015 übernimmt die KVS im Auftrag des Freistaates Sachsen, Landesdirektion Sachsen, die Abrechnung und Vergütung von Untersuchungen nach dem JArbSchG.

Ein Jugendlicher im Sinne des JArbSchG darf lt. § 32 (1) nur dann beschäftigt werden, wenn er innerhalb der letzten 14 Monate von einem untersuchungsberechtigten Arzt untersucht wurde und dem Arbeitgeber eine entspr. ausgestellte Bescheinigung vorliegt.

Der Arzt, der einen Jugendlichen gemäß §§ 32 bis 35 oder 42 JArbSchG untersucht, hat unter Berücksichtigung der Krankheitsvorgeschichte zu beurteilen, ob dessen Gesundheit und Entwicklung durch die Ausführung bestimmter Arbeiten oder durch die Beschäftigung während bestimmter Zeiten gefährdet wird.

Darüber hinaus entscheidet der Arzt, ob eine außerordentliche Nach- o. eine Ergänzungsuntersuchung erforderlich ist oder ob besondere, der Gesundheit dienende, Maßnahmen nötig sind. Die ärztlichen Untersuchungen erstrecken sich dabei auf den Gesundheits- und Entwicklungsstand und die körperliche Beschaffenheit des Jugendlichen und umfassen die Erstuntersuchung (§ 32 JArbSchG), die erste (§ 33), weitere (§ 34) sowie die außerordentliche Nachuntersuchung (§ 35), die Ergänzungsuntersuchung (§ 38) und die Untersuchungen durch Eingreifen der Aufsichtsbehörde (§ 42).

Zur Inanspruchnahme dieser Untersuchungen **sind** nur **Jugendliche** i. S. des § 2 (2) JArbSchG **mit Wohnsitz in Sachsen berechtigt**, d. h. **ab Vollendung des 15. Lebensjahres** (ab dem Tag des 15. Geburtstags) **bis zur Vollendung des 18. Lebensjahres** (bis 1 Tag vor dem 18. Geburtstag).

Untersuchungsberechtigt und damit abrechnungsberechtigt i. S. dieses Vertrages **sind Vertragsärzte**, die im Bereich der KVS zugelassen, in einer zugelassenen Praxis angestellt, in einem zugelassenen MVZ/einer Einrichtung nach § 402 (2) SGB V tätig sind.

Ärzte/Praxen/Einrichtungen, die Leistungen nach dem JArbSchG erbringen, jedoch nicht zur vertragsärztlichen Tätigkeit nach § 95 (1) SGB V oder nicht in Sachsen zugelassen sind, beantragen für die Abrechnung nach diesem Vertrag eine Betriebsstättennummer (BSNR) unter Verwendung der dafür vorgesehenen Formulare (Anlagen 1 bzw. 2) bei der KVS und erklären damit gleichzeitig ihre Anerkennung dieses Vertrages.

Die Formulare (Anlagen 1 und 2) als Anhang zum Vertrag ist auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) zu finden unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „J“ > „Jugendarbeitsschutzuntersuchungen …“.

Eine BSNR kann nur nach Vorlage einer amtlich beglaubigten Kopie der Approbationsurkunde des antragstellenden Arztes bzw. der in der Einrichtung tätigen Ärzte erteilt werden.

Die Ausgabe der Untersuchungs-Berechtigungsscheine an die Ärzte, der gesetzlich vorgeschriebenen Vordrucke zur Dokumentation der Untersuchung (Erhebungsbogen für Erst- und Nachuntersuchung) sowie für die Mitteilung/Bescheinigung an Dritte erfolgt über die Bezirksgeschäftsstellen der KVS und die Landesdirektion Sachsen.

Der anspruchsberechtigte Jugendliche hat vor Beginn der Untersuchung dem Arzt den ausgefüllten und unterschriebenen Untersuchungs-Berechtigungsschein vorzulegen.

Die Kosten der o .g. Untersuchungen trägt gemäß § 44 JArbSchG der Freistaat Sachsen.

Basis für die Berechnung der Vergütung der ärztlichen Leistungen i. R. der Untersuchungen nach dem JArbSchG **ist die Gebührenordnung Ärzte (GOÄ)** in der aktuellen Fassung. **Es ist der einfache Gebührensatz zugrunde zu legen.**

Die **Untersuchungen nach dem JArbSchG unterliegen der Umsatzsteuerbefreiung** nach § 4 Nr. 14 UStG (Urteil des BFH vom 13. Juli 2006, AZ: V R 7/05).

Die Abrechnung mittels folgender Abrechnungs-Nrn. erfolgt quartalsweise über die KVS:

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
99150	**Untersuchungen gemäß §§ 32 bis 35 oder § 42 JArbSchG** Diese Abrechnungsnummer ist jeweils anzusetzen **für die** - **Erstuntersuchung**, - **erste und weitere Nachuntersuchung**, - **außerordentliche Nachuntersuchung** sowie für - **Untersuchung durch Eingreifen der Aufsichtsbehörde**. Vertragsärzte und nichtsächsische Ärzte / Einrichtungen: **Untersuchungs-Berechtigungsschein verbleibt für die Dauer der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist in der Praxis** Nicht zugelassene Ärzte u. Einrichtungen nach § 95 (1) SGB V: **Unters.-Berechtigungsschein ist für die Abrechnung einzureichen**	23,31 €
99151	**Ergänzungsuntersuchung gemäß § 38 JArbSchG** Die gleichzeitige Abrechnung der gleichen Leistungen zu Lasten der Gesetzlichen Krankenversicherung ist ausgeschlossen. **Bei der Abrechnung sind einzureichen:** **Untersuchungs-Berechtigungsschein u. d. Rechnung gemäß GOÄ** und ergänzend dazu anzugeben - in **Feldkennung 5012 (Kosten): Summe der GOÄ-Rechnung**, - in **Feldkennung 5011 (Bezeichnung)** der Untersuchungszweck **(„Ergänzungsuntersuchung").**	gemäß GOÄ (einfacher Gebührensatz)

Diese Abrechnungsnummern sind **auf einem gesonderten Datensatz zu Lasten der VKNR 98854** (Abrechnungs-IK 961470023), Kostenträgergruppe 86, gegenüber dem Kostenträger „Landesdirektion Sachsen“ unter Angabe des ICD Z00.0G abzurechnen.

Vertragsärzte sowie nicht in Sachsen zugelassene Vertragsärzte, **rechnen die Nr. 99150 ausschließlich elektronisch ab**, der Unters.-Berechtigungsschein verbleibt in der Praxis.

Bei **Ergänzungsuntersuchungen (Nr. 99151)** sind der Unters.-Berechtigungsschein und zusätzlich d. Rechnung lt. GOÄ als rechnungsbegründende der Abrechnung Beizufügen.

Ärzte/Einrichtungen, die nicht z. vertragsärztlichen Tätigkeit n. § 95 (1) SGB V zugelassen sind, fügen den Unters.-Berechtigungsschein sowie bei Ergänzungsuntersuchungen zusätzlich d. Rechnung lt. GOÄ als rechnungsbegründende Unterlagen der Abrechnung bei.

Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung sämtlicher formaler und inhaltlicher Voraussetzungen dieses Vertrages.

Werden im Quartal auch vertragsärztliche Leistungen erbracht, sind diese unabhängig von der JArbSchG-Abrechnung abzurechnen (Abrechnung enthält dann 2 Datensätze).

2.19 Vertrag über zusätzliche Leistungen der künstlichen Befruchtung (Satzungsleistungen nach § 11 (6) SGB V) mit der AOK PLUS, Neufassung ab 01.01.2016

Dieser Vertrag regelt

- in Umsetzung der Satzungsleistungen **die Erbringung und Vergütung** nachfolgend genannter **ergänzender Satzungsleistungen der AOK PLUS**, die **im Zusammenhang mit der genehmigten künstlichen Befruchtung** erbracht werden, aber über die gesetzlichen Leistungen hinausgehen
  (testikuläre Spermienextration - „TESE“ u. Embryonenschlüpfhilfe - „Assisted Hatching“) als Sachleistungen zu Lasten der AOK PLUS,
- die Umsetzung und Einbeziehung der Satzungsleistungen i. R. der vertragsärztlichen Versorgung als erweiternder Bestandteil und ergänzend zum Gesamtvertrag.
  (Soweit in diesem Vertrag nicht ausdrücklich etwas anderes vereinbart ist, gelten die Regelungen der vertragsärztlichen Versorgung.)

Anspruch auf die Leistungen dieses Vertrages haben (gemäß § 2 dieses Vertrages) **alle AOK PLUS-Versicherten**, **wenn**

- sie **die Altersgrenze** der Richtlinien zur künstlichen Befruchtung erfüllen,
- **beide Ehepartner bei der AOK PLUS versichert** sind,
- die **sonstigen Voraussetzungen nach § 27a SGB V** erfüllt sind,
- die Leistungen durch einen dazu berechtigten Vertragsarzt/Einrichtung in Sachsen erbracht werden,
- sie i. R. der Regelversorgung über die morbiditätsbedingte Gesamtvergütungs-Vereinbarung (MGV) Leistungen zur künstlichen Befruchtung erhalten.

Die Anspruchsberechtigung wird mit der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) und dem genehmigten Behandlungsplan nachgewiesen.

Die „Richtlinien über künstliche Befruchtung“ nach § 92 SGB V des Gemeinsamen Bundesausschuss (G-BA) gelten entsprechend.

Zur Durchführung der ergänzenden Leistungen „TESE“ und „Assisted Hatching“ gem. § 4 dieses Vertrages muss der Arzt als **Facharzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe mit Genehmigung nach § 121a SGB V** zugelassen sein, in einer Praxis angestellt, in einem zugelassenen Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) bzw. in einer Einrichtung nach § 402 (2) SGB V tätig sein.

Die ergänzenden Leistungen der künstlichen Befruchtung für die o. g. Versicherten (gemäß § 2) umfassen im Rahmen dieses Vertrages:

Abrechnungs-ziffer	Erläuterung	Vergütung
92400	**testikuläre Spermienextraktion (TESE)** für männliche Versicherte - bei Vorliegen einer medizinischen Indikation, - sofern im Zusammenhang mit einer Maßnahme der künstlichen Befruchtung erforderlich. Die **Abrechnung der Entnahme von Hodengewebe** im Rahmen der TESE **durch den Urologen erfolgt als ambulante Operation über den EBM.**	**300,00 €**
92401	**Assisted Hatching (Embryonenschlüpfhilfe)** für weibliche Versicherte, sofern bei Antragstellung das 35. Lebensjahr bereits überschritten ist, - bei bisher erfolglosem IVF bzw. ICSI- Versuch trotz erfolgversprechender Embryonen oder - bei messbar verdickter Zona pellucida oder - bei Embryonen nach Kryokonservierung von Eizellen oder Vorkernzellen bei Krebserkrankung der Frau.	**200,00 €**

Die o. g. ergänzenden Leistungen der künstlichen Befruchtung „TESE“ und „Assisted Hatching“ (Abrechnungsziffern 92400 und 92401)

- führen zum Ausschluss der Pauschale für die fachärztliche Grundversorgung,
- werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen.

2.20 Vereinbarungen zur Verringerung der Anzahl bzw. zur Vermeidung von Frühgeburten

2.20.1 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. Änderungsvereinbarung (rückwirkend) ab 25.05.2018

Aufgrund der EU-Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) wurde der Vertrag wie nachfolgend beschrieben angepasst (2. Änderungsvereinbarung):

Es wurde ein **Teilnahmeverfahren für die Versicherten** aufgenommen. Interessierte Versicherte der BIG direkt gesund erhalten von ihrer Krankenkasse eine Versicherteninformation (Anlage 6), ein Informationsblatt zur Datenerhebung und zum Datenschutz (Anlage 7) sowie die Teilnahmeerklärung für Versicherte (Anlage 5).

Damit erklären die Versicherten ihre Teilnahme direkt gegenüber der BIG direkt gesund und erhalten von der Krankenkasse ein Begrüßungsschreiben (Anlage 1) sowie zur Weitergabe an den behandelnden Arzt die Versandunterlagen für die Übermittlung des Abstrichs an das Labor sowie eine Arztinformation (Anlage 2).

Die Anlagen 1 (Begrüßungsschreiben), 2 (Arztinformation), und 3 (Labor-Anforderungsschein) wurden überarbeitet, die Anlagen 5, 6, und 7 neu in den Vertrag aufgenommen.

Für die Anlagen 1 bis 3 in der bisherigen Fassung gilt eine Übergangsfrist bis 01.07.2019.

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

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

Versicherte, die das Infektionsscreening (K.I.S.S.) in Anspruch nehmen wollen, müssen vor Inanspruchnahme ihre Teilnahme gegenüber der BIG direkt gesund erklären, von der die Versicherte eine Versicherteninformation (Anlage 6), ein Informationsblatt zur Datenerhebung und zum Datenschutz (Anlage 7) sowie die Teilnahmeerklärung für Versicherte (Anlage 5, in doppelter Ausführung) erhält.

Das für die BIG direkt gesund bestimmte Exemplar der TNE für Versicherte ist von der Versicherten an die BIG direkt gesund zu übermitteln - postalisch, per Fax oder E-Mail.

Von der BIG direkt gesund erhalten die teilnehmenden Versicherten ein Begrüßungsschreiben (Anlage 1), eine Arztinformation (Anlage 2) sowie die Versandunterlagen für die Übermittlung des Abstrichs an das gemäß § 4 (1) benannte Labor, die sie ihrem betreuenden Gynäkologen aushändigen.

Das Infektionsscreening können **alle** an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden niedergelassenen **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe (Gynäkologen)** durchführen (§ 5), es gibt kein spezifisches Einschreibeverfahren.

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

Die teilnehmenden Gynäkologen wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen gemäß den Mutterschaftsrichtlinien möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden.

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

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

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

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

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

81103 Beratung, Durchführung Infektionsscreening
(Abstrichentnahme, Versand,
ggf. Einleitung Therapie inkl. Nachkontrolle)
BMÄ (nur BIG direkt gesund) ..... **26,00 €**

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

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

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

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

2.20.2 Vereinbarung nach § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten „Gesund schwanger“ mit verschiedenen Krankenkassen, ab 01.04.2016

3. Nachtrag mit Wirkung zum 01.01.2023

Der **3. Nachtrag beinhaltet** u. a. die **Namensänderung der Mercedes-Benz-BKK** (ehemals „Daimler-BKK“). **Darüber hinaus wurden neu gefasst:** „Informationsblatt für Arzt und Versicherter“ (**Anlage 1 und 7**), „Screeningfragebogen“ (**Anlage 9**), „Teilnehmende Krankenkassen“ (**Anlage 13**) und „Evaluationskonzept“ (**Anlage 16**).

Weiterhin gibt es eine überarbeitete Anlage 2 „Teilnahmeerklärung Arzt“

Ziel dieser Vereinbarung der AG Vertragskoordinierung der KVen und der KBV ist es, die Versorgungsqualität bei schwangeren Versicherten zu erhöhen und durch besondere ambulante Maßnahmen die Frühgeburtenrate zu senken.

Mittels eines systematischen Risikoscreenings und einer individuell auf die Versicherte abgestimmten ausführlichen Beratung soll eine strukturierte Information und Aufklärung der Schwangeren hinsichtlich der allgemeinen und individuellen Risikofaktoren für eine Frühgeburt erfolgen und gesundheitsbewusstes Verhalten gefördert werden.

Gleichzeitig sollen vaginale Infektionen frühzeitig diagnostiziert und gemäß den aktuell geltenden Leitlinien therapiert werden.

Diese Vereinbarung regelt Inhalt, Umfang und Ablauf der besonderen amb. Versorgung nach § 140a SGB V für schwangere Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen.

Die Leistungen sind in den Anlagen 4 und 5 geregelt, es handelt sich dabei u. a. um:

- eine Schwangerschaftsvorsorgeuntersuchung in Kombination mit einem individuellen Risikoscreening und einer umfangreichen Beratung zur Vermeidung von Risikofaktoren einer Frühgeburt,
- einen frühen vaginalen Ultraschall - entsprechend medizinischer Indikation - in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW
- sowie ein Infektionsscreening auf Bakterien und Mykoseerreger zwischen der 16. und der vollendeten 24. SSW.

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

Versicherte der folgenden teilnehmenden Krankenkassen (gemäß Anlage 13) **können an der Versorgung nach dieser Vereinbarung teilnehmen**, **wenn eine ärztlich diagnostizierte Schwangerschaft vorliegt.**

Teilnehmende Krankenkasse	VKNR	Teilnehmende Krankenkasse	VKNR
BAHN-BKK	40401	BKK Melitta HMR (Plus)	19540
Bertelsmann BKK	19557	BKK Voralb HELLER*INDEX*LEUZE	61493
BKK B. Braun Aesculap	42401	Mercedes-Benz BKK (war: Daimler BKK)	61491
BKK Deutsche Bank AG	24413	DIE BERGISCHE KRANKENKASSE	37436
BKK Diakonie	19402	Salus BKK	40410
BKK firmus	03412	Südzucker BKK	52405
		VIACTIV Krankenkasse	18405
Der Beitritt weiterer Krankenkassen ist möglich. Eine Übersicht über die teilnehmenden Krankenkassen ist auf der Internetpräsenz der KV Sachsen zur Vereinbarung „Gesund schwanger“ zu finden.			

Diese Versicherten können durch den teilnehmenden Vertragsarzt in die Vereinbarung eingeschrieben werden, wenn dieser die Versicherte in keinen weiteren Vertrag lt. § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten eingeschrieben hat.

Die Teilnahme der Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 8), die in der Regel innerhalb von 2 Wochen vom teilnehmenden Frauenarzt per Post an die auf der Teilnahmeerklärung angegebene Adresse zu versenden ist.

An der Vereinbarung können folgende Fachärzte (FÄ) teilnehmen:

- **FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** (gemäß § 5), die über eine Genehmigung zur Durchführung ultraschalldiagnostischer Leistungen für den Anwendungsbereich 9.1 (Geburtshilfliche Basisdiagnostik) nach der Ultraschallvereinbarung verfügen,

sowie

- **FÄ für Laboratoriumsmedizin und FÄ für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** (gemäß § 6), die über ein gültiges Zertifikat über die erfolgreiche Teilnahme an einem Ringversuch Gram-Färbung oder einem dieses Verfahren inkludierenden Ringversuch verfügen.

Für FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe gilt dies mit einer Übergangsfrist von 12 Monaten nach Teilnahme, in welcher keine Pflicht zur Teilnahme an Ringversuchen besteht. Nach Ablauf dieser Übergangsfrist ist für die Erbringung der Laborleistungen ein Ringversuchszertifikat verpflichtend. Die Laborauswertung kann ausschließlich in einem an der Vereinbarung teilnehmendem Labor erfolgen.

Die Teilnahme an der Vereinbarung erklärt der Arzt mittels Teilnahmeformular (Anlage 2) gegenüber der KV Sachsen.

Die Leistungen dieser Vereinbarung werden gemäß Anlage 6 abgerechnet und vergütet.

Für die Erfüllung der Leistungen gemäß Anlage 4 erhalten teilnehmende Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe die folgende Vergütung:

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung/ -inhalt	Vergütung (€)
81300	**Risikoscreening mit ausführlicher Beratung (ca. 45 Min.)** - einmalig je Schwangerschaft (spätestens bis zum Ende der 35. SSW), - nur im selben Behandlungsfall (Quartal) wie die GOP 01770 EBM berechnungsfähig, - inkl. Einschreibung der Versicherten sowie postalischem Versand der Teilnahmeerklärung und des Screeningfragebogens	60,00
81301	**Frühultraschall - entsprechend medizinischer Indikation - in der 4. bis zur vollendeten 8. SSW** - einmalig je Schwangerschaft, inkl. Patientengespräch	50,00
81302	**Infektionsscreening in der 16. bis zur vollendeten 24. SSW** - inkl. der zur Durchführung des Screenings erforderlichen Sachkosten und der Übermittlung des Anforderungsscheins samt Abstrichpräparat an das entsprechende Labor	26,00

Für die Erfüllung der Leistungen gemäß Anlage 5 erhalten teilnehmende Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Fachärzte für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie sowie Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, die die Leistungen bei nachgewiesener Qualifikation nach § 5 im praxiseigenen Labor erbringen, die folgende Vergütung:

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung/ -inhalt	Vergütung (€)
81303	**Laborkostenpauschale für die Ermittlung des Nugent-Score und des Mykoseerregerbefalls** - einmalig je Schwangerschaft, - inkl. der Kosten für Versandmaterial/ -gefäße etc. für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial sowie einschl. der Kosten für die Befundübermittlung von Untersuchungsergebnissen der Laboratoriumsdiagnostik an den behandelnden Arzt	15,00

Die durchgeführte Untersuchung und ggf. die Therapie ist im Mutterpass zu dokumentieren.

Die Abrechnung der o. g. Leistungen

- ist ab 01.07.2016 unter Angabe der entspr. Abrechnungsnummer quartalsweise gegenüber der KV Sachsen möglich,
- setzt die Einschreibung der Versicherten durch schriftliche Teilnahmeerklärung gemäß § 4 voraus.

Die Finanzierung für Leistungen nach dieser Vereinbarung durch die Krankenkassen erfolgt außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieser Vereinbarung ist ausgeschlossen.

Die Vereinbarung und alle dafür erforderlichen Unterlagen und Formulare, einschließlich der Teilnahmeerklärungen für Ärzte und Versicherte, sind auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „G“ > „Gesund schwanger …“ zu finden.

2.20.3 Vertrag auf der Grundlage des § 140a Abs. 1 SGB V über die besondere ambulante ärztliche Versorgung von Schwangeren „Willkommen Baby!“ mit der DAK-Gesundheit, ab 01.01.2017

Änderungsvereinbarung zum Vertrag und Ergänzende Vereinbarung jeweils mit Wirkung ab 01.07.2021

Im Rahmen einer aufsichtsrechtlichen Prüfung hat das Bundesamt für soziale Sicherung die Erbringung der Akupunkturleistung i. R. d. Vertrages „Willkommen Baby!“ beanstandet - der Vertrag, einschließlich der relevanten Anlagen, wird ab 01.07.2021 daher angepasst. **Bereits begonnene und** gegenüber Patientinnen **verbindlich zugesagte Akupunkturleistungen** (Nr. 91140) **werden auch über den 01.07.2021 hinaus vertragsgemäß vergütet**. Darüber hinaus wurden infolge der Datenschutzgrundverordnung Anpassungen im Teilnahmeantrag der Versicherten umgesetzt.

Ziele dieses Vertrages sind, durch besondere Maßnahmen die Frühgeburtenrate zu senken und durch gezielte Beratungsangebote eine natürliche Geburt zu fördern.

In Ergänzung zu den Leistungen der gesetzlichen Mutterschaftsvorsorge sollen zusätzliche Untersuchungsmethoden und das BabyCare-Programm helfen, Risikofaktoren für eine Frühgeburt zeitig zu erkennen und zu behandeln.

Eine ausführliche, ärztliche Geburtsberatung und intensivere Verlaufskontrolle der Schwangerschaft soll die Komplikationsrate während der Schwangerschaft senken, die Bereitschaft zur natürlichen Geburt fördern und damit den Anteil der Kaiserschnitte mit relativen Indikationen verringern.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-Gesundheit bei denen eine Schwangerschaft (gesicherte Diagnose nach ICD-10-GM) **ärztlich festgestellt wurde**.

Personen, auf deren eGK bei „Besondere Personengruppe" die Ziffer 9 gespeichert ist, haben keinen Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der DAK-Gesundheit, nachdem sie vom teilnehmenden Frauenarzt umfassend über die Inhalte dieses Vertrages sowie den Zweck und Umfang der Speicherung, Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten (gemäß Anlagen 5 und 6) aufgeklärt wurden und ihnen die Versicherteninformation (gemäß Anlage 4) ausgehändigt wurde.

Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung (Anlage 5). Sie endet mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses mit der DAK, mit Beendigung dieses Vertrages, mit der Kündigung der Versicherten oder dem Ende der Schwangerschaft.

Am Vertrag teilnehmen können alle in Sachsen zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 (1) SGB V berechtigten **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** („Frauenärzte“) und bei Vertragsärzten angestellte Frauenärzte sowie Frauenärzte in zugelassenen MVZ lt. § 95 SGB V und in zugelassenen Einrichtungen lt. § 402 (2) SGB V, sofern sie die in diesem Vertrag genannten Voraussetzungen erfüllen.

Für die Abrechnung der von diesem Vertrag umfassten

- *Ultraschalluntersuchungen* (nach § 4 (1) d) und h)) ist eine Genehmigung der KVS nach der Ultraschallvereinbarung gemäß § 135 (2) SGB V erforderlich.

Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig. Die **Frauenärzte erklären ihre Teilnahme am Vertrag mittels Teilnahmeerklärung (Anlage 1)** gegenüber der KVS, die Teilnahme beginnt mit dem Tag des Posteingangs bei der KVS.

Die Teilnahmeerklärung für Versicherte sowie weitere für die Vertragsumsetzung erforderl. Unterlagen (z. B. Risikofragebogen, Gutschein „Willkommen Baby!“, Merkblatt „Geburtsvorbereitung“) erhält der teilnehmende Arzt nach erfolgter Einschreibung von der DAK.

Für die Erfüllung der im § 4 bzw. in der Anlage 3 des Vertrages **beschriebenen Leistungen erhalten die teilnehmenden Frauenärzte die folgende Vergütung, sofern** die Leistungen vollständig erbracht und **mit der Abrechnung alle abrechnungsrelevanten Diagnosen** der Versicherten **gemäß ICD-10-GM** aus dem Bereich O00 bis O99 und/oder Z33 bis Z35 **unter Verwendung des Zusatzkennzeichen „G" übermittelt werden:**

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung/ -inhalt	Vergütung (€)
91130	**Beratung und Bedeutung Risikoscreening** **einmalig je Schwangerschaft**, beinhaltet: - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Ausführliche Information über die Vertragsinhalte, Einschreibung in den Vertrag und Versand der Teilnahmeerklärung (Anlage 5) an die DAK-Gesundheit (z. B. per Fax an die Fax-Nr. 07433/ 967 29 - 7004), - Ausgabe des Gutscheins „Willkommen Baby!“ und Motivation zur Teilnahme am BabyCare-Programm, - Analyse zur Identifikation von vier möglichen Risikofaktoren für eine Frühgeburt (Eisenmangel, Schilddrüsenerkrankung, Rauchen und Alkohol) mittels Kurzfragebogen, - Besondere Motivation zur Einstellung/Reduzierung des Zigaretten- und/oder Alkoholkonsums	30,00
91131	**Förderung der natürlichen Geburt** **einmalig je Schwangerschaft,** beinhaltet: - die ausführliche Beratung über Geburtsmethoden und Motivation zur vaginalen Entbindung, - Aushändigung des Merkblatts „Geburtsberatung“ - nicht für Versicherte mit gesicherter Indikation für einen Kaiserschnitt	25,00
91135	**Ultraschalluntersuchung in der Frühschwangerschaft** **einmalig pro Schwangerschaft in der 5. bis 8. SSW** **entsprechend medizinischer Indikation** - genehmigungspflichtige Leistung	30,00
91137	**Infektionsscreening** **(Screening nach vaginalen asymptomatischen Infektionen)** **einmalig je Schwangerschaft in der 15. bis 20. SSW**, beinhaltet: - Durchführung eines einmaligen Screenings des Vaginalsekretes auf asymptomatische Infektionen zwischen der 15. bis 20. SSW und Diagnostik entweder mittels phasen-kontrastmikroskopischer Untersuchung in der gynäkologischen Praxis oder Veranlassung der Diagnostik in einem qualifizierten Labor mittels Gram-Färbung und Auswertung nach Nugent-Score, - die Vergütung beinhaltet auch die Labordiagnostik und die Sachkosten	20,00

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung/ -inhalt	Vergütung (€)
91139	**Ultraschalluntersuchung nach dem 3. Basis-Ultraschall einmalig pro Schwangerschaft in der 33. bis 37. SSW entsprechend medizinischer Indikation** - genehmigungspflichtige Leistung	30,00

Die durchgeführten Leistungen sind gemäß § 57 Bundesmantelvertrages Ärzte (BMV-Ä) in geeigneter Weise zu dokumentieren. Sofern es die Versicherte wünscht, kann auch eine Dokumentation im Mutterpass erfolgen.

Die teilnehmenden Frauenärzte wirken darauf hin, dass die Vorsorgeuntersuchungen gemäß „Mutterschafts-Richtlinien“ möglichst umfassend und fristgerecht wahrgenommen werden.

Eine Rechnungsstellung gegenüber der Versicherten über Leistungen aus diesem Vertrag ist ausgeschlossen.

Die Vergütung der o. g. Leistungen wird durch die DAK-Gesundheit zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) gezahlt.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die DAK-Gesundheit außerhalb der vereinbarten morbiditätsbedingten Gesamtvergütung zur Verfügung.

Die folgenden Unterlagen werden ausschließlich auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter
> Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „W“ > „Willkommen Baby…“
zum Download bzw. zur Vervielfältigung bereitgestellt:

- Teilnahmeerklärung Arzt (Beitrittserklärung für Frauenärzte, Anlage 1),
- Versicherteninformation (Anlage 4),
- Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 5),
- Datenschutzmerkblatt (Anlage 6).

Darüber hinaus ist hier die sog. „Arztinformation“ in einer aktualisierten Fassung zu finden.

Die Anlagen zum Vertrag „Willkommen Baby!“
- Teilnahmeerklärung Arzt (Beitrittserklärung für Frauenärzte, Anlage 1),
- Vergütung der ärztlichen Leistungen (Anlage 3),
- Versicherteninformation (Anlage 4),
- Teilnahmeerklärung Versicherte (Anlage 5),
- Datenschutzmerkblatt (Anlage 6).

wurden aufgrund der o. g. Änderungsvereinbarung angepasst.

2.20.4 Vertrag „Hallo Baby“ zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur Vermeidung von Frühgeburten und infektionsbedingten Geburtskomplikationen mit Betriebskrankenkassen

7. Nachtrag mit Wirkung ab 01.07.2023

Mit dem **7. Nachtrag** wurden vereinbart, dass die Leistung „Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel der Schwangerschaft zum Geburtsmodus (Förderung der natürlichen Geburt)" über den 30.06.2023 bis zum 31.12.2024 erbracht/abgerechnet werden kann und dem entspr. **die Anlagen 3** „Patienteninformation“ **und 6** „Leistungsbeschreibung und Vergütung“ **angepasst.**

Ziele dieses Vertrages bestehen in der
- Sicherung und Verbesserung der Qualität in der Versorgung schwangerer Frauen durch patientenorientierte Kommunikation,
- **Förderung der Früherkennung von Infektionen** in allen drei Schwangerschaftsphasen,
- **Senkung der Frühgeburtenrate**,
- **Senkung der Komplikationsrate** bei Müttern und Neugeborenen,
- **Förderung der natürlichen Geburt** und
- **Förderung der fachübergreifenden Zusammenarbeit**
  in der Erwachsenen- und Kinder- und Jugendmedizin,
  bspw. zur Inanspruchnahme von Früherkennungsuntersuchungen.

Dieser Vertrag gilt für
- **beigetretene Betriebskrankenkassen (BKKen)** gemäß Anlage 1 dieses Vertrages,
- **teilnehmende Versicherten der beigetretenen BKKen** (nach § 5),
  bei denen eine Schwangerschaft festgestellt wurde,
- teilnehmende **Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** (nach § 6) sowie
- teilnehmende **Fachärzte für Laboratoriumsmedizin und Fachärzte, für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** (nach § 7).

Die **Teilnahme von Versicherten** an der Versorgung (diesem Vertrag) ist freiwillig und schränkt das Recht auf freie Arztwahl innerhalb der teilnehmenden Frauenärzte nicht ein.

Versicherte der teilnehmenden BKKen (gemäß Anlage 1) können teilnehmen, wenn eine ärztlich festgestellte Schwangerschaft vorliegt.

Die Einschreibung in diesen Vertrag erfolgt durch den teilnehmenden Frauenarzt.

Details zur Teilnahme der Versicherten, zum Widerruf und Ende der Teilnahme sind in Anlage 4 „Teilnahme- und Einverständniserklärung Versicherte“ sowie im § 5 geregelt.

Mit ihrer Teilnahme verpflichtet sich die Versicherte, ausschließlich den gewählten Frauenarzt für die Leistungen aus diesem Vertrag in Anspruch zu nehmen. Ein Arztwechsel ist nur aus wichtigem Grund möglich (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung oder ein gestörtes Arzt-Patientenverhältnis).

Die **Teilnahme von Fachärzten für Frauenheilkunde und Geburtshilfe** („Frauenärzte“) bzw. **von Fachärzten für Laboratoriumsmedizin und Fachärzten für Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie** („Laborärzte“) an diesem Vertrag ist freiwillig und gegenüber der KV Sachsen durch die „Teilnahmeerklärung Arzt“ (Anlage 5) zu erklären, womit die Inhalte des Vertrages anerkannt werden.

Bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Sachsen eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung. Die Teilnahme beginnt mit dem Datum der Genehmigung.

Die o. g. Ärzte sind damit zur Durchführung der entspr. Leistungen (Anlage 6) berechtigt, sofern sie sich eingeschrieben haben/die Voraussetzungen erfüllen und aufgrund einer genehmigten Zweigpraxis o. einer genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen BAG o. eines MVZ berechtigt sind, im Bereich d. KVS Leistungen zu erbringen und abzurechnen.

Weitere Details zur Teilnahme: siehe § 6 (Frauenärzte) bzw. § 7 (Laborärzte.

Der Frauenarzt händigt der Versicherten die Patienteninformation (Anlage 3) und die Teilnahmeerklärung (Anlage 4) aus, schreibt die Versicherte gemäß § 5 in den Vertrag ein und erbringt die Leistungen nach Anlage 6. Die erforderlichen Formulare stehen auf der Internetpräsenz der KV Sachsen zum Download bereit.

Der Laborarzt erbringt die Leistungen nach Anlage 6. Für die Erbringung der Laborleistungen sind die Anforderungen der Richtlinien der BÄK zu beachten.

Die zusätzlichen Leistungen nach diesem Vertrag, ergänzend zur Regelversorgung für schwangere Frauen i. R. der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, werden gemäß Anlage 6 bzw. wie nachfolgend beschrieben vergütet und abgerechnet.

Leistungen der FÄ für Frauenheilkunde und Geburtshilfe („Frauenärzte“):

Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütung
81310	**Einschreibung mittels der Teilnahmeerklärung für Versicherte (Anlage 4**) durch den Frauenarzt • Zeitpunkt: ab Feststellung der Schwangerschaft Inhalte: - Aufklärung der Versicherten über das Versorgungsmodell mit der Patienteninformation (Anlage 3), - Weiterleitung der Teilnahmeerklärung an die VAG Bayern.	**10,00 €**
81311	**Technische und administrative Leistungen im Rahmen des Toxoplasmosesuchtests** Inhalte: - Blutentnahme inkl. dazugehöriger Sachmittel (Spritzen, Kanülen), - Zentrifugieren, - Abseren, - Vorbereitung u. Durchführung d. Transportes zum teiln. Labor.	**10,00 €**
81312	**Risikoaufklärung und ärztliches Gespräch im Rahmen des 1. Toxoplasmosesuchtests** Inhalte: - Ärztliches Gespräch, auch telefonisch o. i. R. einer Videosprechstunde gem. Anlage 31b BMV-Ä, zu den frühgeburtlichen Risiken und der Vermeidung von Toxoplasmose sowie zu den Spätfolgen bei Erwerb d. Toxoplasmose während d. Schwangerschaft für das Kind bzw. Gespräch zum weiteren Vorgehen, - Dokumentation d. Ergebnisses im Mutterpass u. den medizin. Daten (kann auch bei einem darauffolgenden Präsenztermin erfolgen), - Umfang: 10 Minuten.	**20,00 €**

Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütung
81313	**Infektionsscreening** • Zeitpunkt: 13. bis 20. Schwangerschaftswoche Inhalte: - Herstellung und Beurteilung eines Nativpräparates per Phasenkontrastmikroskop, - Erklärung (Selbstauskunft d. Arztes) über d. Vorhaltung eines Phasenkontrastmikroskopes u. Durchführung einer entspr. Qualifizierung.	**20,00 €**
81314	**Risikoaufklärung und anogenitaler Abstrich zum Nachweis auf Streptokokken B** • Zeitpunkt: 35. bis 37. Schwangerschaftswoche Inhalte: - Ärztl. Gespräch zu den Risiken u. d. Vermeidung v. Streptokokken B während d. Geburt für Mutter und Kind bzw. Gespräch zum weiteren Vorgehen, - Durchführung des Abstrichs, - Vorbereitung u. Durchführung des Transportes zum teiln. Labor, - Dokumentation d. Ergebnisses (im Mutterpass u. in med. Daten), - Umfang: 10 Minuten.	**17,00 €**
81317	**Ärztliches Gespräch i. R. d. 2. Toxoplasmosesuchtests sowie Dokumentation und technische / administrative Leistungen** • bei negativer Ersttestung (Empf.: 8 - 10 Wo. nach der 1. Testung) Inhalte: - Blutentnahme inkl. dazugehöriger Sachmittel (Spritzen, Kanülen), - Zentrifugieren, - Abseren, - Vorbereitung u. Durchführung d. Transportes zum teiln. Labor, - Übermittlung des Testergebnisses und ärztliches Befundgespräch, persönlich oder als Videosprechstunde gem. Anlage 31b BMV-Ä.	**15,00 €**
	Ärztliches Beratungsgespräch im letzten Drittel d. Schwangerschaft zum Geburtsmodus (Förderung der natürlichen Geburt) • Zeitpunkt: im 3. Trimenon	
81318	**… im Rahmen einer Videosprechstunde** (lt. Anlage 31b BMV-Ä (prioritär), sofern berufsrechtlich zulässig)	**25,00 €**
81319	**… bei einem persönlichen Arzt-Patientenkontakt** Inhalte: - Neben d. Verlaufskontrollen soll die Komplikationsrate gesenkt und insb. die Bereitschaft zur natürlichen Geburt gefördert werden. (Ziel: Senkung der Anteil von Kaiserschnitten) - Stehen keine berufsrechtliche Regelungen entgegen, soll die Leistung prioritär i. R. einer Videosprechstunde durchgeführt werden. (alternativ: bei einem persönlichen Arzt-Patientenkontakt) - Nrn. 81318 u. 81319 sind über den gesamten Zeitraum der Vertragsteilnahme der schwangeren Versicherten nebeneinander nicht abrechenbar. - Umfang: 15 - 20 Minuten - Leistung ist befristet bis 31.12.2024 abrechenbar.	**25,00 €**

Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütung
81320	**Beratungsgespräch zur Möglichkeit der Inanspruchnahme einer Früherkennungsuntersuchung U0 beim FA für Kinder- und Jugendmedizin** • Zeitpunkt: im 3. Trimenon Inhalte: - Ärztliches Gespräch (einschl. ggf. notwendiges Wiederholungsgespräch auf Veranlassung des teiln. Arztes) zur Möglichkeit einer Inanspruchnahme der Früherkennungsuntersuchung U0 beim FA für Kinder- und Jugendmedizin bei Teilnahme am Vertrag „BKK STARKE KIDS“ und Aushändigung der Information über das Versorgungsangebot zur U0 (Anlage 8) Anmerkung: Die Abrechnung der Nr. 81320 erfolgt mit Erbringung der o. g. Inhalte und ist unabhängig von der tatsächlichen Teilnahme der Versicherten an „BKK STARKE KIDS“ bzw. der tatsächlichen Inanspruchnahme dessen U0.	**10,00 €**

Leistungen der FÄ f. Laboratoriumsmedizin, FÄ f. Mikrobiologie, Virologie und Infektionsepidemiologie („**Laborärzte**“) **und** FÄ f. Frauenheilkunde u. Geburtshilfe („**Frauenärzte**“) **mit definierten Voraussetzungen gem. Speziallabor-Genehmigung** (§ 135 (2) SGB V):

Abr.-Nr.	Leistungsinhalte	Vergütung
81315	**Durchführung des Toxoplasmosesuchtests** • Zeitpunkt: ab Feststellung d. Schwangerschaft nach Übersendung aus der Frauenarzt-Praxis i. R. der 1. bzw. 2. Testung Inhalte: - Durchführung des Toxoplasmosesuchtests - Ergebnismitteilung an den Frauenarzt	**12,00 €**
81316	**Durchführung Streptokokken B Test** • Zeitpunkt: 35. Bis 37. Schwangerschaftswoche Inhalte: - Durchführung des Tests - Ergebnismitteilung an den Frauenarzt	**10,00 €**

Die **einzelnen Leistungsinhalte können je Schwangere nur einmal** von dem abrechnenden Arzt angesetzt werden.
(Ausnahme: Wechsel der Versicherten zu einer anderen teilnehmenden BKK)

Die Nr. 81315 kann für den 1. und den 2. Toxoplasmosesuchtest angesetzt werden, die entspr. Regelungsinhalte sind zu beachten.

Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen.

Medizinisch notwendige Maßnahmen der Therapie und Nachsorge, die aufgrund von Untersuchungsergebnissen dieses Vertrages durchgeführt werden, sind nicht Gegenstand des Vertrages.

2.21 - unbesetzt -

2.22 Vertrag zur besonderen Versorgung gemäß § 140a SGB V zur interdisziplinären Versorgung von Versicherten mit psychischen Erkrankungen im Freistaat Sachsen (PsycheAktiv Sachsen) mit der AOK PLUS

Anpassungsvereinbarung gemäß § 140a (1) S. 4 SGB V, ab 01.01.2023

Verträge, die nach den §§ 73a, 73c und 140a SGB V … geschlossen wurden sind gemäß § 140a (1) Satz 4 SGB V bis spätestens 31.12.2024 durch Verträge nach dieser Vorschrift … zu ersetzen oder zu beenden. Daher wurde der bestehende Vertrag „PsycheAktiv Sachsen“ in der Fassung vom 01.10.2015 an diese neue Gesetzeslage angepasst.

Weiterhin wurden folgende Anlagen neu gefasst: 1 (TE/EWE des Versicherten, Belegnr. V40C, ersetzt durch V40D) sowie 2 (TE Hausarzt), 3 (TE Facharzt), 4, 5, 7b und 11.

Gegenstand dieses Vertrages ist der Aufbau eines interdisziplinären und sektorenübergreifenden Versorgungsverbundes (lt. § 11a) sowie die Etablierung neuer Behandlungsabläufe und -strukturen im Rahmen der Diagnostik, Therapie u. sozialen Betreuung. Details dazu sind im § 2 des Vertrages beschrieben.

Die **Ziele des Vertrages** (detailliert im § 1 aufgeführt) bestehen insbesondere in

- der Weiterentwicklung und Verbesserung der ambulanten Versorgung durch den Aufbau von Versorgungsnetzen sowie neuen Versorgungsstrukturen und -abläufen (Zweitmeinungsverfahren, Entlassungsmanagement, Interdisziplinäre psychiatrische Versorgung) und damit
- der frühzeitigen Erkennung einer psychischen Erkrankung oder Verhaltensstörung und einem frühzeitigen Therapiebeginn mit dem Ziel der Vermeidung bzw. Verminderung der Symptome und Folgen einer psychischen Erkrankung und
- einer intensiven sozialpsychiatrischen Betreuung von Patienten mit spez. psychischen Erkrankungen (Schizophrenie, affektive Störungen, Depressionen) im amb. Bereich.

Kernelement zu deren Verwirklichung ist die enge Kooperation zwischen den an der Behandlung beteiligten Leistungserbringern. Der Versicherte wählt bereits mit Vertragseinschreibung einen HAUSARZT und einen FACHARZT, welche gemeinsam und in Abstimmung die Behandlung i. R. des Vertrages durchführen.

Darüber hinaus arbeitet der FACHARZT mit einem Therapiebegleiter und einem/mehreren Krankenhäusern (KH) innerhalb eines Versorgungsnetzes zusammen, um insbesondere bei komplexen psychischen Erkrankungen die ambulante Betreuung und Behandlung als Alternative zur stationären Versorgung zu ermöglichen.

Versicherte der AOK PLUS ab dem vollendeten 18. Lebensjahr können am Vertrag teilnehmen, sofern mind. eine der nachfolgenden Erkrankungen diagnostiziert wurde:

a) für das ZWEITMEINUNGSVERFAHREN (ZMV)
alle psychischen Erkrankungen und Verhaltensstörungen: F00 - F99 (ICD-10-GM), aufgrund derer eine stationäre Behandlung bzw. ein dringender Vorstellungstermin beim Facharzt durch den Hausarzt für notwendig erachtet wird.

b) für das ENTLASSUNGSMANAGEMENT (EM)
folgende vordergründig/ursächlich weiter zu behandelnde psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM als Entlassungsdiagnosen/gesicherte Diagnosen: F00 - F99 (außer Suchterkrankungen: F10 - F19 gemäß ICD-10-GM).

c) für die INTERDISZIPLINÄRE PSYCHIATRISCHE VERSORGUNG (IPV)
folgende vordergründig/ursächlich zu behandelnde psychische Erkrankungen und Verhaltensstörungen gemäß ICD-10-GM als gesicherte Diagnosen:
F20.- (Schizophrenie), F25.- (Schizoaffektive Störungen),
F31.0 - F31.5 (Bipolare affektive Störungen bzw. Psychosen),
F32.1 - F32.3 (Affektive Störungen, depressive Episode),
F33.1 - F33.3 (Rezidivierende depressive Störungen),
F40.0 - F40.2 (Phobische Störungen)
und mangelhafte soziale Einbindung des Versicherten in die Gesellschaft mit bestehendem intensiven sozialpsychiatrischen Betreuungs-/Unterstützungsbedarf.

Die Teilnahme des Versicherten ist ausgeschlossen
- für ZMV, EM, IPV: bei Gefahr einer schweren Fremd- und/oder Selbstgefährdung,
- für EM, IPV: bei einer vordergründig/ursächlich bestehenden u. zu behandelnden Suchterkrankung gem. ICD-10-GM als gesicherte Diagnose/Entlassungsdiagnose: F10 - F19,
- wenn der Versicherte in einem Pflegeheim betreut wird (Teilnahme ist ggf. zu beenden).

Die **Einschreibung des Versicherten** erfolgt lt. § 9 in der Regel beim FACHARZT und mittels der Teilnahme- u. Einwilligungserklärung des Versicherten (TE/EWE) im Original (Anlage 1, Belegnummer V40D (neugefasst ab 01.01.2023), die bisherige V40C bleibt bis 31.03.2023 gültig).

Je nach medizinischer Notwendigkeit kann ein Versicherter einzelne oder alle drei der vorstehenden Versorgungssäulen (ZMV, EM, IPV) in Anspruch nehmen.

Die Teilnahme des Versicherten ist auf max. 2 Jahre nach Teilnahmebeginn begrenzt und endet auf den Tag genau automatisch mit Ablauf dieser 2 Jahre, sofern keine vorzeitige Beendigung aus den unter § 10 (4) detailliert aufgeführten Gründen erfolgt.

Eine befristete Verlängerung d. Teilnahmedauer ist in durch den FACHARZT begründeten und mittels Verlängerungsantrag (Anlage 9) beantragten Fällen möglich.

Sofern der HAUS- o. FACHARZT das Vorliegen von Ausschlussgründen feststellt, erfolgt eine Mitteilung an die AOK PLUS gemäß Anlage 10 (Mitteilung über das Vorliegen von Beendigungs- oder Ausschlussgründen beim Versicherten).

Einzelheiten zur Teilnahme (-berechtigung/ -voraussetzungen und Verpflichtungen, zur Einschreibung und Beginn, zur Beendigung) sind in den §§ 8, 9 und 10 beschrieben.

Als HAUSARZT können an diesem Vertrag teilnehmen:
- niedergelassene Ärzte,
- ermächtigte Ärzte mit dem vollen Ermächtigungsumfang eines Hausarztes,
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV

mit Zulassung bzw. Genehmigung ... für den Bezirk der KVS, die als Allgemeinärzte, Internisten, Praktische Ärzte o. Ärzte an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 (1a) SGB V teilnehmen bzw. die Leistungen als angestellte Ärzte erbringen.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:
- Bereitschaft zur Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insb. die Mitwirkung und Kooperation innerhalb der etablierten Versorgungsverbunde gem. § 11a (1) u. (2),
- Bereitschaft zur Anregung von und zur Teilnahme an Fallberatungen gemäß § 12 (3) sowie Bereitschaft zur Teilnahme an den Versorgungsverbundtreffen gemäß § 12 (4).

Der Hausarzt erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen und vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 2, neu gefasst ab 01.01.2023) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme … sind in den §§ 4, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den im § 11b detailliert beschriebenen **Leistungen des HAUSARZTES** gehören:
- **im Rahmen des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS (ZMV)** gemäß § 11b (1):
  - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten gemäß § 8 (2),
  - Telefonische Kontaktaufnahme zum gewählten Facharzt zur Anmeldung des ZMV, Terminvereinbarung mit diesem in Abhängigkeit der Dringlichkeit und Übermittlung einer Kurzepikrise bzw. vorhandener, relevanter Befunde.
    (Der Überweisungsschein ist mit dem Vermerk „PsycheAktiv“ zu kennzeichnen.)
- **i. R. der INTERDISZIPLINÄREN PSYCH. VERSORGUNG (IPV)** gemäß § 11b (2):
  - Umsetzung des vom Facharzt empfohlenen Therapieplanes und Weiterverordnung der empfohlenen Medikamente unter Berücksichtigung der Anlage 8,
  - Abstimmung mit dem Facharzt bei Verordnungen bzgl. der psych. Erkrankung,
  - möglichst sofortige Kontaktaufnahme zu dem den Versicherten betreuenden Facharzt oder dem Therapiebegleiter bei dringendem Verdacht auf eine Krisensituation.

Der HAUSARZT (HA) erhält für die im Rahmen des Vertrages erbrachten Leistungen **folgende Vergütung** (gemäß Anlage 6a):

98100 Zweitmeinungspauschale Hausarzt [ZMV HA]
einmal für jeden i. R. d. ZMV neu eingeschriebenen Versicherten
- für die im § 11b (1) aufgeführten Leistungen,
- mit Vorstellung des Versicherten zum ZMV beim Facharzt und Einschreibung des Versicherten beim Facharzt.
  (Information über die erfolgte Einschreibung durch den vom Facharzt übermittelten 2. Durchschlag der TE/EWE)

BMÄ (nur AOK PLUS) ..... **25,00 €**

Als FACHARZT können an diesem Vertrag teilnehmen:

- niedergelassene Fachärzte im Sinne des § 5 (3), d. h.
  Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie, Fachärzte für Nervenheilkunde,
  Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie, Fachärzte für Psychiatrie,
  Fachärzte für Neurologie mit Qualifikation zur Behandlung psychisch Kranker
  (entspr. Abrechungsgenehmigung für Leistungen aus dem Kapitel 21 EBM)
- Medizinische Versorgungszentren, Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V oder Vertragsärzte mit angestellten (o. g.) Fachärzten gemäß § 32b (1) Ärzte-ZV

mit Zulassung/Genehmigung bzw. Ermächtigung ... für den Bezirk der KVS.

Weitere Teilnahmevoraussetzungen, die bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung vorliegen müssen und während der Dauer der Teilnahme zu erfüllen sind:

- Vorhaltung eines Therapiebegleiters (Nachweis der Qualifikationen gemäß § 11a (3a) I),
- Erfüllung der Verpflichtungen aus diesem Vertrag, insbes. die Etablierung eines Versorgungsnetzes unter Einbindung eines Therapiebegleiters u. eines KH (gem. § 11a (3a),
- Sicherstellung, dass die Leistungserbringer innerhalb eines Versorgungsverbundes (insbes. HAUSARZT und Therapiebegleiter) bzw. die Versicherten (u./o. Angehörigen), die i. R. der IPV betreut werden über eine Tel.-Nr. des FACHARZTES bzw. ihres Therapiebegleiters verfügen, unter der sie den Facharzt bzw. den Therapiebegleiter bei dringendem Abstimmungsbedarf bzw. im Krisenfall erreichen können,
- Bereitschaft zur Organisation von Fallberatungen (§ 12 (3)) und Teilnahme an diesen, zur Organisation, Durchführung u. Teilnahme an Versorgungsverbundtreffen (§ 12 (4)).

Der FACHARZT erklärt seine Teilnahme mittels einer rechtsverbindlichen u. vollständigen Teilnahme-Erklärung (Anlage 3, neu gefasst ab 01.01.2023) gegenüber der KV Sachsen.

Einzelheiten zu Teilnahmeberechtigung/ -voraussetzungen, zur Einschreibung sowie zur Beendigung der Teilnahme … sind in den §§ 5, 6 und 7 des Vertrages beschrieben.

Zu den **Leistungen des FACHARZTES** gehören gemäß § 11c:

- **im Rahmen des ZWEITMEINUNGSVERFAHRENS (ZMV)** gemäß § 11c (1):
  - Realisierung eines Vorstellungstermins zur Durchführung des ZMV in Abhängigkeit der durch den Hausarzt festgestellten Dringlichkeit,
  - Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen, Information des Versicherten (und ggf. des Angehörigen/gesetzl. Vertreters) über PsycheAktiv, vor allem die besondere sozialpsych. Betreuung durch einen Therapiebegleiter im Falle der weiterführenden Versorgung im Rahmen des EM und der IPV, Unterstützung beim Ausfüllen der TE/EWE (Anlage 1) des Versicherten,
  - Durchführung des ZMV zur Feststellung der Notwendigkeit einer KH-Behandlung und zur Diagnosesicherung, Koordination der weiteren Behandlung im Ergebnis des ZMV, (inkl. Angabe des ZMV-Ergebnisses auf der jeweils unterzeichneten TE/EWE):
    - Einweisung zur Krankenhausbehandlung
      (Anmeldung des Versicherten in der Regel in einem KH des Versorgungsnetzes, inkl. aller diesbezüglich erforderlichen Unterlagen, Hinzuziehung eines Therapiebegleiters, Information des Hausarztes)
    - oder Überweisung in die ambulante Regelversorgung
      (inkl. Begleitbrief/Therapieempfehlung für den Hausarzt (sowie Übermittlung des 2. Durchschlages der TE/EWE des Vers.) oder ggf. andere Ärzte/Einrichtungen)
    - oder Einbindung in die IPV (inkl. Information des betreuenden Hausarztes und Übermittlung d. 2. Durchschlages der TE/EWE des Versicherten mit Kurzbefund, ...).

- **im Rahmen des ENTLASSUNGSMANAGEMENTS (EM**) gemäß § 11c (2):
  - Einbindung eines Therapiebegleiters während des KH-Aufenthaltes zur Vorbereitung und/oder als Begleitung bei Entlassung zur Absicherung einer nahtlosen amb. Weiterbehandlung (u. a. Information noch nicht teiln. Versicherter über PsycheAktiv, vor allem über die besondere sozialpsychiatrische Betreuung, sowie Unterstützung beim Ausfüllen der TE/EWE (Anlage 1) durch den Therapiebegleiter),
  - Realisierung eines Vorstellungstermins in der Regel am Entlassungstag oder am der Entlassung folgenden Arbeitstag in Abstimmung mit dem KH,
  - Erstellen eines interdisziplinären Therapieplanes und Überleitung des Versicherten
    - zur Weiterbehandlung i. R. der amb. Regelversorgung (inkl. Begleitbrief, Therapieempfehlung und ggf. Krisenplan)
    - oder Einbindung in die IPV (inkl. Kurzinformation d. Hausarztes).

- **i. R. der INTERDISZIPLINÄREN PSYCH. VERSORGUNG (IPV) gemäß § 11c (3):**
  - Information des Versicherten (und ggf. des Angehörigen/gesetzl. Vertreters) über die IPV, vor allem die bes. sozialpsychiatrische Betreuung durch einen Therapiebegleiter, Vorteile, Verpflichtungen sowie Inhalte und Möglichkeiten i. R. dieser Versorgung,
  - Prüfung d. Teilnahmevor. d. Versicherten, ggf. Unterstützung beim TE/EWE-ausfüllen,
  - Sicherstellung einer kurzfristigen hochfrequenten ärztlichen Behandlung,
  - Durchführung aller medizinisch erforderl. diagnostischen/therapeutischen Leistungen,
  - Koordination und Abstimmung aller i. R. des Versorgungsverbundes erforderlichen diagnostischen/therapeutischen/sozialpsychiatrischen Leistungen, insbesondere Zusammenarbeit mit dem Hausarzt, Erarbeitung eines Krisenplans und einer Therapieempfehlung, Kurzinformation des Hausarztes (i. d. Regel 1mal pro Quartal),
  - Koordinierung der Versorgung durch weitere tangierende Leistungsbereiche, wie z. B. Psycho-, Ergo- o. Physiotherapeuten, sofern dies aus med. Sicht angezeigt ist,
  - Einbindung eines Therapiebegleiters und Deckung des bes. sozialpsychiatrischen Betreuungs-/Unterstützungs- u. Koordinierungsbedarfs des Versicherten i. R. der IPV,
  - Dokumentation aller durchgeführten Maßnahmen und deren Ergebnisse sowie der durch den Therapiebegleiter i. R. der IPV erbrachten Leistungen (gem. Anlage 6c)

Der **FACHARZT ist verpflichtet,** in der Regel **innerhalb von 10 Arbeitstagen** nach der Einschreibung des Versicherten das Original der **Teilnahme-/Einwilligungserklärung** (TE/EWE, Anlage 1) **an die AOK PLUS zu senden** (gemäß § 9 Abs.5).

Der **FACHARZT (FA) erhält** für die i. R. des Vertrages für Versicherte der AOK PLUS erbrachten Leistungen **folgende Vergütungen** (gemäß Anlagen 6b bzw. 6c):

Abr.-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
98110	**Zweitmeinungspauschale FACHARZT [ZMV FA]** **einmal für jeden** i. R. des ZMV durch den FA mittels TE/EWE **neu eingeschriebenen Versicherten** - der auf ÜW vom HA beim FA zur ZVM-Durchführung vorstellig wurde, - für die Erbringung der Leistungen gemäß § 11c (1) durch den FA, - wenn der Versicherte im Quartal der Durchführung des ZMV nicht innerhalb der IPV (Nrn. 98105E, 98105F) behandelt wurde	55,00
98115	**Entlassungsmanagement-Pauschale FACHARZT [EM FA]** **einmal für jeden Versicherten** - der aus einer voll-/teilstationären KH-Behandlung entlassen wird und bereits am Vertrag teilnimmt (Einweisung nach ZMV / i. R. IPV), oder - der durch d. FA i. R. dieses EM mittels TE/EWE eingeschrieben wird, - für die Erbringung der Leistungen gemäß § 11c (2) durch den FA, - wenn der Versicherte im Quartal der Durchführung des EM nicht innerhalb der IPV (Nrn. 98105E, 98105F) behandelt wurde	45,00
98120	**Persönlicher Kontakt des Therapiebegleiters i. R. d. EM o. d. IPV** gemäß § 11c (2) d) i. V. m. mit § 11c (2) a) bzw. gemäß § 11c (3) k) **je vollendete 60 Minuten; je Versicherten maximal 3-mal pro Krankenhausaufenthalt bzw. Entlassungsfall** - Spezif. sozialpsych. Betreuung d. Versicherten während des Krankenhausaufenthaltes u./o. persönl. Begleitung bei Entlassung aus d. KH - Mindestzeitaufwand: 60 Minuten	42,00
Leistungen des FACHARZTES (FA) im Rahmen der IPV		
98105E	**Pauschale IPV - Erstkontakt [IPV - Erst FA]** **einmalig, im Quartal des Erstkontaktes**, durch d. FA mittels TE/EWE **für jeden in die IPV neu eingeschriebenen Versicherten** - für die Erbringung der Leistungen gemäß § 11c (3) durch den FA, - bei mind. einem persönlichen Facharzt-Patienten-Kontakt im Quartal, - nur in Verbindung mit mind. einer Therapiebegleiterleistung nach d. Nrn. 98120, 98125, 98125K, 98126 u./o. 98126V (lt. § 11c Abs. 3h)	70,00
98105F	**Pauschale IPV - Folgekontakt [IPV - Folge FA]** **einmal je Behandlungsfall** **ab den auf den Erstkontakt folgenden Quartalen** für jeden eingeschriebenen Versicherten - dessen Versorgung bereits im 2. (Folge-) Quartal i. R. der IPV erfolgt, - für den im Vorquartal das ZMV (Nr. 98110) und/oder das EM (Nr. 98115) durchgeführt und abgerechnet wurde, - für die Erbringung der Leistungen gemäß § 11c (3) durch den FA, - bei mind. einem persönlichen Facharzt-Patienten-Kontakt im Quartal, - nur in Verbindung mit mind. einer Therapiebegleiterleistung nach d. Nrn. 98120, 98125, 98125K, 98126 u./o. 98126V (lt. § 11c Abs. 3h)	40,00

Abr.-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
Leistungen des Therapiebegleiters im Rahmen der IPV (jeweils je Versicherten)		
98125	**Spezifische Betreuung des Versicherten außerhalb der Praxis maximal 5-mal pro Behandlungsfall (Quartal), je vollendete 60 Min.** - Spezif. sozialpsychiatr. Betreuung des Vers. außerhalb der Praxis, sofern temporär erforderlich z. B. im häuslichen Umfeld zur Erhebung d. Sozial-/Familienanamnese, spezif. Einzelbetreuung, Aktivierung zu gesellsch. Aktivitäten, Begleitung d. Vers. z. Komplementärdiensten (Sport-/Selbsthilfegruppen, Kontakt- /Informationsstellen, …), - Dokumentation (Notwendigkeit des aufsuchenden Dienstes muss aus der Patientenakte ersichtlich sein); inkl. Wegekosten - Mindestzeitaufwand: 60 Minuten; nicht neben Nr. 98125K abrechenbar	42,00
98125K	**Spezif. Betreuung des Versicherten außerhalb der Praxis - Krise maximal 3-mal pro Behandlungsfall (Quartal), je vollendete 60 Min.** - Realisierung eines ungeplanten, kurzfristigen Betreuungsbedarfs im Krisenfall bzw. bei akuter Verschlechterung des Gesundheitszustandes mit spezif. sozialpsychiatr. Betreuung des Vers. außerhalb der Praxis als Krisenintervention im häuslichen Umfeld u. Psychoedukation; - Dokumentation (Krise bzw. akute Verschlechterung des Gesundheitszustandes muss aus der Patientenakte ersichtlich sein); inkl. Wegekosten - Mindestzeitaufwand: 60 Minuten; - am Behandlungstag mehrfach, aber nicht neben Nr. 98125 abrechenbar	45,00
98126	**Spezifische Einzelbetreuung des Vers. in den Praxisräumen zusammen mit 98126V max. 6-mal pro Behandlungsfall (Quartal),** (zusammen mit 98126V am selben Behandlungstag 2-mal abrechenbar) - Spezif. sozialpsychiatrische Betreuung des Versicherten in der Praxis, z. B. Psychoedukation, Erarbeit. Entspannungstherapien/-methoden, Sozialanamnese, Koordination, Unterstützung, Aktivierung zu gesellsch. Aktivitäten, … - Mindestdauer persönlicher Kontakt: 45 Minuten	33,00
98126V	**Spezifische Einzelbetreuung des Versicherten** ohne persönlichen Kontakt **per Video oder telefonisch*** **zusammen mit 98126 maximal 6-mal pro Behandlungsfall (Quartal),** (zusammen mit 98126 am selben Behandlungstag 2-mal abrechenbar) - Voraussetzung: mindestens ein persönlicher Therapiebegleiter-Patienten-Kontakt im laufenden oder vorangegangenen Quartal, - Dokumentation mittels Anlage „Dokumentationsbogen Videokontakte“ durch den Therapiebegleiter u. Einreichung mit der Quartalsabr. d. FA	33,00

Abr.-Ziffer	Leistungsbeschreibung	Vergütung (€)
Leistungen des Therapiebegleiters im Rahmen der IPV (jeweils je Versicherten)		
98127	**Gruppenarbeit mit Versicherten** **maximal 3-mal pro Behandlungsfall (Quartal)** - Spezifische sozialpsychiatrische Betreuung mehrerer Versicherter, - Mindestdauer 60 Minuten, mind. 2 Teilnehmer	15,00
98128	**Telefonische Kontaktaufnahme durch den Versicherten oder durch Angehörige/ Krisentelefonate mit dem Therapiebegleiter** **je Versicherten maximal 10-mal/Behandlungsfall (Quartal)** - je 10 Minuten Telefonat, - Krisenintervention; spezif. sozialpsychiatrische Betreuung/Beratung, - Dokumentation mittels/gemäß Anlage 12 (Doku. Krisentelefonate) durch den Therapiebegleiter und Einreichung mit der Quartalsabrechnung des Facharztes bei der KV Sachsen	5,00
98129	**Psychoedukation für Angehörige <u>eines</u> Versicherten** **je Versicherten maximal 10-mal pro Krankheitsfall** - Angabe je Versicherten, unabhängig von der Anzahl der Angehörigen, - Beratung/Aufklärung der/des Angehörigen, Vermittlung von Unterstützungsmethoden/-strategien, - Zeitlicher Richtwert: 45 Minuten	33,00
98130	**Psychoedukation für Angehörige <u>mehrerer</u> Versicherter** (Gruppe) **je Versicherten maximal 6-mal pro Krankheitsfall** - Angabe je Versicherten, unabhängig von der Anzahl der Angehörigen, - Beratung/Aufklärung der Angehörigen, Vermittlung von Unterstützungsmethoden/-strategien, - Teilnehmerzahl: Angehörige von mind. 2 Versicherten, - Zeitlicher Richtwert: 45 Minuten	15,00

Durch den Therapiebegleiter (TB) sind im Rahmen der IPV regelmäßig folgende Mindestleistungen zu erbringen (gemäß § 11a (3) Ziffer II):
3 persönliche TB-Versicherten-Kontakte je Quartal (gemäß Anlage 6c),
davon mind. 2 Kontakte in Form einer Einzelbetreuung
(Abr.-Ziffern 98120, 98125, 98125K, 98126, 98126V).

Hinweise zur Abrechnung der o. g. Leistungen:

- Die o. g. Abr.-Ziffern sind nur abrechnungsfähig, wenn mind. eine der für die jeweilige Versorgungssäule genannten Diagnosen vorliegt, für die Versorgungssäulen EM und IPV müssen dabei gesicherte Diagnosen angegeben werden. (Vertrag § 8 (2) Punkt 2)
- Die Abr.-Ziffern 98110 (ZMV) und 98115 (EM) sind nebeneinander berechnungsfähig, sofern im selben Quartal keine IPV erfolgt.
- Die Abr.-Ziffern 98105E, 98105F, 98110 und 98115 sind je Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.
- Wurde während der Dauer der Teilnahme des Versicherten mindestens eine der Abr.-Ziffern 98110 (ZMV) oder 98115 (EM) berechnet, dann ist für die IPV ab dem Folgequartal die Abr.-Ziffer 98105F (IPV-Folgekontakt) anzusetzen, ein Ansatz der Abr.-Ziffer 98105E (IPV-Erstkontakt) ist ausgeschlossen.
- Die Leistungen des Therapiebegleiters werden in Abstimmung mit dem FACHARZT und in dessen Verantwortung erbracht.
- Jede erbrachte Leistung des Therapiebegleiters, die durch eine der definierten Leistungskomplexe abgerechnet werden kann, ist gemäß Anlage 6c (1) Punkt 7 bzw. Anlage 7a Punkt 3 durch den FACHARZT im Rahmen der Quartalsabrechnung mit Leistungsdatum anzugeben - unabhängig davon, ob aus dieser Abrechnung ein Erlös erzielt wird (z. B. relevant bei definierten maximalen Vergütungshäufigkeiten).
- Die IPV-Ziffern (98105E, 98105F) werden für das laufende Quartal auch dann gezahlt, wenn im laufenden Quartal die IPV und damit die Teilnahme des Versicherten an dieser Versorgung beendet oder durch den Versicherten abgebrochen wird.
- **Ein Vergütungsanspruch für die IPV-Leistungen** (Abr.-Ziffern 98105E, 98105F) **besteht nur, wenn die dafür definierten Mindestanforderungen/-leistungen** (gemäß § 11c Abs. 3h) des Vertrages) **erfüllt wurden.**
  Eine Vergütung kann abweichend hierzu auch bei einer Unterschreitung der definierten Mindestleistungsmengen erfolgen, wenn nachweislich
  - geplante Termine/Leistungen aus durch den Versicherten zu vertretenden Abwesenheitsgründen (z. B. Krankheit, unentschuldigtes Fehlen) nicht erbracht werden konnten oder
  - geplante Termine/Leistungen aufgrund unvorhergesehener Abwesenheit des Therapiebegleiters (z. B. Krankheit) nicht erbracht werden konnten und keine Vertretung für den Therapiebegleiter zur Verfügung stand oder
  - wenn aufgrund des zeitlichen Beginns der IPV, d. h. bei Abrechnung der Ziffer 98105E (IPV-Erstkontakt) kurz vor Quartalsende eine Erbringung der Mindestleistungsmenge unmöglich war.

  In diesem Fall sind die **Gründe für die Unterschreitung der Mindestleistungsmenge in das Freitextfeld FK 5009 zur Abr.-Ziffer 98105E bzw. 98105F** einzutragen.

- ***Voraussetzungen für die Therapiebegleiter-Patienten-Kontakt per Video (Nr. 98126V):**

  a) Erfüllung der technischen Anforderungen durch die FACHARZT-Praxis und für den Videodienst insb. zur techn. Sicherheit u. z. Datenschutz – lt. Anlage 31b z. BMV-Ä. Eine Abrechnung des Video- (in Ausnahmefällen Telefonkontaktes) ist erst dann möglich, wenn der FACHARZT bei der KV Sachsen zuvor angezeigt hat, einen zertifizierten Videodienstanbieter zu nutzen.

  b) Der Patient muss für den Videokontakt eine Einwilligung abgeben.

  c) Der Videokontakt muss in Räumen stattfinden, die Privatsphäre bieten. Dabei nutzt der Therapiebegleiter Räumlichkeiten in der FACHARZT-Praxis. Die eingesetzte Technik und die elektronische Datenübertragung müssen eine angemessene Kommunikation gewährleisten.

  d) Vor Durchführung des Videokontaktes muss mindestens ein persönlicher Therapiebegleiter-Patienten-Kontakt im laufenden oder vorangegangenen Quartal stattgefunden haben.

  e) Die Videokontakte (im Ausnahmefall auch Telefonkontakte – Nr. 98126V) sind gemäß der Anlage „Dokumentationsbogen Videokontakte“ zu dokumentieren und zusammen mit der Quartalsabrechnung bei der KVS einzureichen.

- Während der Dauer der Versorgung eines Versicherten im Rahmen der IPV sollte eine parallele Behandlung in einer Einrichtung gemäß § 118 (1) o. (2) SGB V (Psychiatrische Institutsambulanz) ausgeschlossen werden.
- Für Leistungen, die außerhalb der definierten Teilnahmedauer des Versicherten (lt. § 10) erbracht werden, besteht kein Vergütungsanspruch aus diesem Vertrag. Der FACHARZT erhält diesbezüglich von der AOK PLUS regelmäßig eine Übersicht über Teilnahmezeiten der bei ihm in Betreuung befindlichen Versicherten.

<u>Weitere Hinweise zur Abrechnung aller Leistungen des Vertrages „PsycheAktiv Sachsen“:</u>

Eine umfassende Erläuterung zu den einzelnen Vergütungspauschalen, die zusätzlich zu den regulären vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM) gezahlt werden, sind in den Anlagen 6a bis 6c dieses Vertrages zu finden.

Die für die Vergütung notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen, inkl. ggf. erforderlicher Dokumentationen, abgegolten.

Die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte verpflichten sich, den Versicherten der AOK PLUS für die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen keine zusätzliche Eigenbeteiligung in Rechnung zu stellen.

Die Vergütung der Leistungen der HAUSÄRZTE bzw. FACHÄRZTE, die im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) und ggf. anderen geltenden Vereinbarungen mit der KV Sachsen und/oder der AOK PLUS aufgeführt bzw. geregelt sind, erfolgt grundsätzlich gemäß dieser außerhalb dieses Vertrages.

2.23 Vertrag zur Durchführung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ nach § 43 SGB V mit der AOK PLUS, ab 01.07.2019

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD) ist eine der häufigsten Todesursachen, das Tabakrauchen die häufigste Ursache dafür und der Verzicht darauf deshalb die effektivste Einzelmaßnahme und zentraler Aspekt der Therapie zur Reduktion des COPD-Risikos und der Progression der bereits eingetretenen Erkrankung.

Der Vertrag regelt die Durchführung u. Finanzierung des Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ als ergänzende Leistung zur Rehabilitation nach § 43 SGB V mit dem **Ziel der Verbesserung der Krankenbehandlung bei COPD** - sowohl bei einer bereits diagnostizierten Erkrankung als auch in deren Vor- und Frühstadium.

Räumlicher Geltungsbereich (Versorgungsregion) d. Vertrages ist d. Freistaat Sachsen.

Versicherte der AOK PLUS können an „Rauchfrei durchatmen“ teilnehmen, sofern sie

a) das 18. Lebensjahr vollendet haben,

b) unter Chronischem Persistierenden Husten (CPH) über mehr als 8 Wochen (Asthmatiker nur mit Schweregrad unter 3) leiden
und mehr als 4 Zigaretten/Tag oder 30 Zigaretten/Woche rauchen

   Dokumentation entspr. gesicherte ICD-10: „J41.-“ und „F17.-“

   oder

c) eine gesicherte COPD-Diagnose (ohne Asthma-Komponente) aufweisen
und aktiver Raucher sind

   Dokumentation entspr. gesicherte ICD-10: „J44.-“ und „F17.-“ oder „J43.-“ und „F17.-“

Die Möglichkeit zur Teilnahme am Programm ist begrenzt – es endet mit dem ärztlichen Abschlussgespräch und erstreckt sich damit regelhaft über ca. 5 Quartale.

Versicherte können erst im 16. Quartal nach dem Quartal der letzten Einschreibung erneut teilnehmen. Es zählt das Datum des ärztlichen Erstgespräches.

Neben der Teilnahme am Programm sind weder die freie Arztwahl nach § 76 SGB V noch die für das Behandlungsverhältnis geltenden Regelungen eingeschränkt.

Teilnahmevoraussetzungen Fachärzte

Zur Teilnahme an „Rauchfrei durchatmen“ berechtigt sind gemäß § 95 SGB V im Zuständigkeitsbereich der KV Sachsen niedergelassene Vertragsärzte, ermächtigte Ärzte, Vertragsärzte in MVZ und Einrichtungen gemäß § 402 Absatz 2 SGB V sowie Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS

a) die eine Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung
   - Innere Medizin SP Pneumologie,
   - FA Lungen- und Bronchialheilkunde,
   - Innere Med.TG Lungen- und Bronchialheilkunde,
   - FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie,
   - FA Innere Medizin mit Abr.-Genehmigung Pneumologie nach ergänzender Vereinb.

besitzen und

b) an einer Fortbildung zur Durchführung von Tabakentwöhnungsangeboten zertifiziert auf Grundlage des BÄK-Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ teilgenommen haben.

Die **Kursleitung des Tabakentwöhnungsprogrammes** „Rauchfrei durchatmen“ ist durch die teilnehmenden FÄ selbst sicherzustellen. Bei der Durchführung kann med. Fachpersonal assistieren, sofern dieses ebenfalls an einer o. g. Fortbildung teilgenommen hat.

Detaillierte Regelungen und Hinweise zu den Tabakentwöhnungskursen sind in der Anlage 2 „Kurskonzept“ des o. g. Vertrages zu finden.

Bei einer **Teilnahme eines angestellten Facharztes** (FA) erklärt der/die anstellende Vertragsarzt/Einrichtung die Teilnahme am Vertrag. Die persönlichen Anforderungen sind durch den FA selbst bzw. durch den/die anstellende(n) Vertragsarzt/Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen FA nachzuweisen.

Die Teilnahme wird durch den/die anstellende(n) Vertragsarzt/Einrichtung gemeinsam mit dem angestellten FA gegenüber der KVS erklärt (Einschreibung, mittels Anlage 1 des Vertrages).

Zum Nachweis der Teilnahme an einer Fortbildung zur Durchführung von Tabakentwöhnungsangeboten ist das entspr. Zertifikat in Kopie vom teilnehmenden Facharzt und ggf. vom für assistierende Aufgaben eingesetzten med. Fachpersonal beizufügen.

Die KVS prüft die Teilnahmevoraussetzungen und teilt dem Facharzt grundsätzlich innerhalb von 14 Arbeitstagen nach Eingang der vollständigen Teilnahmeerklärung (Anlage 1) das Ergebnis der Prüfung schriftlich mit.

Weitere Details zur Teilnahme am Vertrag sind im § 3, zur Beendigung der Teilnahme im § 4 sowie zur Leistungserbringung im § 6 geregelt.

Die **Vergütung** der teilnehmenden Ärzte erfolgt nach Maßgabe der Bestimmungen dieses Vertrages und gemäß der Anlage 3 „Vergütung und Abrechnung“, zusätzlich zu den regulären bzw. weitergehenden vertragsärztlichen Leistungen (gemäß EBM).

Die dafür notwendigen finanziellen Mittel stellt die AOK PLUS außerhalb der vereinbarten morbiditätsorientierten Gesamtvergütung zur Verfügung.

Für die nach Anlage 1 „Leistungsbeschreibung Tabakentwöhnungsprogramm“ unter Nr. 3 aufgeführten „Aufgaben des Facharztes“ des o. g. Vertrages erbrachten Leistungen erhalten die teilnehmenden Fachärzte folgende Vergütung:

Leistung „Pauschale für …“	**Abrechnungs-Nummer**	**Vergütung**
Ärztliches Erstgespräch, **inkl. CO-Messung** - einmalig pro Teilnehmer innerhalb von 16 Quartalen	**99113A**	50,00 €
Ärztliches Gespräch **(ab der 12. Woche nach Rauchstopp),** **inkl. CO-Messung** - einmalig pro Teilnehmer innerhalb eines Tabakentwöhnungsprogrammes	**99113B**	35,00 €
Ärztliches Abschlussgespräch **(ab dem 12. Monat nach Rauchstopp),** **inkl. CO-Messung** - einmalig pro Teilnehmer innerhalb eines Tabakentwöhnungs-programmes	**99113E**	35,00 €
Durchführung des Tabakentwöhnungskurses **inkl. Schulungsmaterial** - pro Schulungseinheit, - max. 3 Schulungseinheiten pro Teilnehmer innerhalb von 16 Quartalen	**99113S**	75,00 €
Telefonische Begleitung während des Kurses und **Telefonische Nachbetreuung** - pro Telefonat - max. 6 Telefonate pro Teilnehmer innerhalb eines Tabakentwöhnungsprogrammes	**99113T**	12,00 €

Die Abr.-Nrn. 99113B, 99113E, 99113S und 99113T sind nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum von 16 Quartalen die Leistung nach der Abr.-Nr. 99113A für den betreffenden Teilnehmer abgerechnet wurde.

Die o. g. Leistungen besitzen keine Prüfzeiten und unterliegen somit nicht dem Tages- und Quartalszeitprofil.

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

Zum 31.03.2022 endete formal die Laufzeit von ARMIN. Für eine **Übergangszeit** von einem Quartal - **bis zum 30.06.2022** – **wurde das Projekt weitergeführt**, die Regelungen zur Teilnahme, zur Abrechnung und Vergütung für ARMIN-Leistungen galten somit bis zum 30.06.2022.

Ab dem 01.07.2022 sind die bisher an dieser Stelle beschriebenen Leistungen des Modellvorhabens „ARMIN“ (Nrn. 99866 bis 99869) nicht mehr berechnungsfähig.

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

2. Anpassung der Vereinbarung mit Wirkung ab 01.01.2020

Diese Vereinbarung (Anlage 14 zum Gesamtvertrag nach § 83 SGB V) ergänzt, unter Berücksichtigung des § 44 (6) BMV-Ä, die Katarakt-Vereinbarung zwischen AOK PLUS und KV Sachsen. Die Vergütung von Katarakt-OP's erfolgt weiterhin i. R. der vertragsärztlichen Versorgung gemäß EBM, die der Sachkosten gemäß Katarakt-Vereinbarung.

Die **Ziele des Vertrages** sind:

1. Eine optimale Nachsorge nach ambulanten Katarakt-Operationen durch das Angebot von 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 lt. § 2 für **alle „Augenärzte“**, d. h. für niedergelassene, in MVZ bzw. Einrichtungen nach § 402 (2) SGB V tätige sowie für angestellte Fachärzte für Augenheilkunde, die in Sachsen für die vertragsärztliche Versorgung zugelassen sind.

Die beteiligten Augenärzte stellen lt. § 3 nach Maßgabe der folgenden Regelungen sicher, dass **jedem Versicherten der AOK PLUS nach einer ambulanten Katarakt-Operation im Rahmen der Zeitvorgaben mindestens 3 Nachkontrollen** angeboten werden.

Die **1. Nachkontrolle** erfolgt **am Tag nach der ambulanten Katarakt-OP**, zur Kennzeichnung ist die **Nr. 99990K** anzusetzen. Die Vergütung ist in der GOP der ambulanten OP 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 i. R. d. Vereinbarung bei Erfüllung der Maßgaben der §§ 7 (Regelungen zur wirtschaftlichen u. qualitätsgerechten Arzneimittelversorgung) u. 8 (Zielerreichung u. Qualitätssicherung) außerhalb d. morbiditätsbedingten Gesamtvergütung eine **Qualitätspauschale** (wie nachfolgend beschrieben).

Der Anspruch zur Vergütung dieser Qualitätspauschale ist ausgeschlossen, wenn eine Vergütung der 3. Nachkontrolle durch Dritte erfolgt.

Die Zahlung von „Zuweiserpauschalen“, d. h. eine Zuweisung gegen Entgelt oder andere Vorteile zwischen den Leistungserbringern, ist nicht zulässig. Dies gilt auch für die Zuweisung aus nichtmedizinischen Gründen.

Voraussetzung für die Abrechnung der Qualitätspauschale der 3. Nachkontrolle ist die vorausgegangene Durchführung einer ambulanten Katarakt-OP beim Augenarzt oder i. R. d. Vertrages nach § 115b SGB V im Krankenhaus nach den im § 4 aufgeführten OPS-Kodes (ergänzt durch die 2. Anpassung der Vereinbarung) 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)
seit 01.04.2020 …….…….…..…. **36,00 €**

92718O … nach einer ambulanten Katarakt-Operation im niedergelassenen Bereich

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

Die Abrechnung der Qualitätspauschale der 3. Nachkontrolle (Nr. 92718O bzw. 92718W)
- ist nur möglich, wenn d. 2. Nachkontrolle gemäß Kapitel 31.4 EBM vorher durchgeführt wurde,
- ist nicht zulässig, wenn die Vergütung der 3. Nachkontrolle durch Dritte erfolgt,
- schließt eine gesonderte Berechnung der obligatorischen und fakultativen Leistungsinhalte (lt. § 5, Punkte 1, 2) aus, da diese in der Vergütung enthalten sind.

Die Nr. 92718O ist nur dann abrechenbar, wenn die 1. und 2. Nachkontrolle gemäß § 3 der Vereinb. durchgeführt und durch die Nrn. 99990K und 99990L gekennzeichnet wurde.

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 d. Operation u. 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 Höhe der Qualitätspauschale ist lt. § 8 abhängig von der Erreichung des Wirtschaftlichkeitszieles gemäß § 7 Nr. 4.

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 medizin. Notwendigkeit - als fakultative Leistungsinhalte Binocularstatus, Arztbrief, Schirmer-Test, Motilitätsprüfung, objektive und subjektive Refraktionsbestimmung/bei Bedarf Ausstellung einer Brillenverordnung im Rahmen der gesetzlichen Regelungen.

Befunde, Behandlungsmaßnahmen sowie veranlasste 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 (neu gefasst durch die 2. Anpassung der Vereinbarung) bzw. der diesbezüglichen „Information für den Augenarzt“ detailliert beschrieben.

2.26 Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung), ab 01.01.2010

Die nachfolgend aufgeführte „Belegarztvereinbarung“ wurde mit allen sächsischen Primär- und Ersatzkassen geschlossen und gilt somit alle Versicherte gesetzlicher Krankenkassen sowie von Sonderkostenträgern.

Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen werden einem Vertragsarzt dann nach den Grundsätzen der Vergütung für stationäre Behandlung honoriert, wenn der Kranke unmittelbar im Anschluss an diese Leistungen in die stationäre Behandlung desselben Vertragsarztes aufgenommen wird. Dies gilt nicht bei ärztlichen Leistungen, die in Verbindung mit Besuchen erbracht werden sowie Notfällen, in denen nach ambulanter vertragsärztlicher Behandlung außerhalb des Krankenhauses die Krankenhauseinweisung erfolgt.

Belegärztliche stationäre Behandlung ist nur zulässig für Maßnahmen, die der besonderen Mittel des Krankenhauses bedürfen. Darüber hinausgehende Maßnahmen des Belegarztes sind der ambulanten vertragsärztlichen Tätigkeit zuzurechnen und im Belegarztfall nicht gesondert berechnungsfähig. Behandlungs-, Betreuungs- und Diagnosekomplexe, insbesondere mit mehreren Arzt-Patientenkontakten, sind im belegärztlichen Fall deshalb nicht berechnungsfähig. Die Abrechnung von Berichten, Briefen und Mitteilungen nach den GOPen 01600 bis 01601 ist nur bei Überweisung zur poststationären Behandlung an einen anderen Arzt zulässig.

Dem nach § 40 Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) anerkannten Belegarzt werden die Visiten in einem nach § 108 SGB V zugelassenen Krankenhaus je Patient nach der GOP 01412 und 01414 EBM vergütet. Eine Konsiliarpauschale ist nicht abrechnungsfähig.

Bei Erfüllung der Voraussetzungen der GOP 01100, 01101 und 01412 kann jeweils die entsprechende Wegepauschale / das entsprechende Wegegeld angesetzt werden. Bei Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag ist, entgegen den Bestimmungen der Präambel zum Abschnitt 1.4 (Nr. 2) EBM, eine Begründung erforderlich.

Die belegärztlichen Leistungen werden dem Belegarzt außerbudgetär vergütet.

Mit 100 % werden vergütet:

a) die Leistungen des Kapitels 36 EBM;

b) die Pauschalerstattungen der Abschnitte V 40.3, 40.4, 40.5

c) die Pauschalerstattung nach der GOP 40170 (ärztlicher Bereitschaftsdienst), diese ist berechnungsfähig
   - am Behandlungstag nicht neben der GOP 36861,
   - im Behandlungsfall nicht neben der GOP 36867.

Die dem Belegarzt **zusätzlich zu vergütenden Gebührenordnungsposition** (GOP) **sind in der Anlage 1 aufgeführt** sowie auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „B“ > „Belegarztvereinbarung ...“ zu finden.

Die reduzierten Vergütungssätze gelten unabhängig davon, ob Apparaturen bzw. Geräte des Krankenhauses oder sich im Besitz des Belegarztes befindliche benutzt werden.

Hinzugezogene Ärzte (nicht Belegärzte) können grundsätzlich keine Leistungen auf einem belegärztlichen Behandlungsschein abrechnen. Sofern diese Ärzte Leistungen im Rahmen einer belegärztlichen Behandlung erbringen, sind diese gemäß § 41 (7) BMV-Ä auf einem vom behandelten Belegarzt ausgestellten Überweisungsschein (Muster 6 bzw. Muster 10) abzurechnen.

Dabei können folgende Leistungen berechnet werden:
- bei der Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen aus Abschnitt 36.5.3,
- im Rahmen der postoperativen Überwachung die Leistungen aus Abschnitt 36.3.2,
- im Rahmen der postoperativen Behandlung die Leistungen aus Abschnitt 31.4 des EBM.

Die Leistungen eines anderen an demselben Krankenhaus tätigen Belegarztes, der zur Diagnostik und/oder Therapie hinzugezogen wird, werden nach den vorgenannten Bestimmungen vergütet.

Leistungen (GOP), die neu in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen werden, können erst dann belegärztlich abgerechnet werden, wenn sie in diese Vereinbarung aufgenommen wurden. Bei Neubewertungen von bereits darin enthaltenen EBM-Leistungen werden die belegärztliche Vergütungen ebenfalls angepasst.

Die Anlage 1 wird bei Neuaufnahme, Änderung sowie Streichung/Wegfall einer GOP aus dem EBM nach erfolgter Abstimmung und Einigung zwischen den Vertragspartnern entsprechend aktualisiert und ausgetauscht. Die neue Anlage 1 wirkt frühestens ab dem Beginn des Quartals, in dem sich die Vertragspartner über deren Anpassung einigen.

Die Kalkulation der Vergütungssätze erfolgt:
- mit der Kalkulationszeit des gültigen EBM, der durchschnittlichen kalkulatorische Arztminute des gültigen Beschlusses des Erweiterten Bewertungsausschusses und der gültigen Bewertung der jeweiligen GOP.
- Ist im gültigen EBM für eine GOP keine Kalkulationszeit festgelegt, wird die Prüfzeit herangezogen.
- Sind im gültigen EBM weder Kalkulations- noch Prüfzeit festgelegt, so wird ein Vergütungssatz vereinbart.
- Ist im gültigen EBM für eine Zuschlags-GOP keine Kalkulations- oder Prüfzeit festgelegt, wird sich an der Kalkulation der ursprünglichen GOP orientiert.

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), ab 01.09.2012

1. Nachtrag mit Wirkung ab 01.04.2019

Mit Abschluss dieser Vereinbarung mit der AOK PLUS (handelnd als Landesverband für alle AOKen), der IKK classic (handelnd als Landesverband für alle IKKen), dem BKK-LV Mitte, der Knappschaft und dem Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek) konnten die seit Jahren andauernden Verhandlungen des Berufsverbandes der Kinder- und Jugendärzte gemeinsam mit der KV Sachsen um eine Vergütung für das Ausfüllen des Förder- und Behandlungsplanes beendet werden.

Die Komplexleistung richtet sich an **behinderte und von Behinderung bedrohte Kinder**, **die noch nicht eingeschult sind.**

Zugelassene sowie angestellte **Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin und andere Fachärzte mit einer abgeschlossenen Weiterbildung in Kinder- und Jugendmedizin** können an der o. g. Vereinbarung teilnehmen.

Der Vertragsarzt hat die Teilnahme schriftlich bei der KV Sachsen mittels Anlage 1 der o. g. Vereinbarung zu erklären. Er verpflichtet sich damit zur regelmäßigen Teilnahme an gemeinsam mit Heilpädagogen der Frühförderstellen zu organisierenden Stammtischen/ Qualitätszirkeln zum Thema Frühförderung (in der Regel 1 x jährlich).

Die KV Sachsen erteilt bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen eine Abrechnungsgenehmigung.

Nachfolgend aufgeführte Leistungen sind gemäß § 6 im Rahmen dieses Vertrages **für alle Primär- und Ersatzkassen** abrechnungsfähig:

92200 Ausfüllen des Förder- und Behandlungsplans (Erstantrag), je Krankheitsfall (BMÄ und E-GO)..... 29,97 €

92201 Ausfüllen eines Änderungsantrages, je Behandlungsfall (BMÄ und E-GO)..... 14,99 €

Eine gleichzeitige Abrechnung der Nummern 92200 und 92201 in einem Quartal ist ausgeschlossen.

Die o. g. Leistungen werden außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung vergütet.

Mit dem **1. Nachtrag** zur o. g. Vereinbarung wird **ab dem 01.04.2019** die Vergütung der Abrechnungsziffer 92200 (Erstellung des Förder- und Behandlungsplanes (FBP) bzw. 92201 (Änderungsantrag) um 2 bzw. 3 Euro vermindert, sofern der Arzt diese im selben Quartal wie die EBM-GOP 04356 (Zuschlag im Zusammenhang mit der GOP 04355 für die weiterführende sozialpädiatrisch orientierte Versorgung) abrechnet.

In der Honorarabrechnung werden die im selben Quartal neben der EBM-GOP 04356 abgerechneten Abrechnungsziffern 92200 bzw. 92201 mit "A" gekennzeichnet ausgewiesen, also als Nrn. 92200A bzw. 92201A.

Die Absenkung der Vergütung resultiert aus der Einsparung eines administrativen zeitlichen Aufwandes bei der Erstellung des FBP bzw. des Änderungsantrages, wenn der Arzt im selben Quartal die Leistungsinhalte der EBM-GOP 04356 erbracht hat und damit bereits auf aktuelle Befundzusammenstellungen zurückgreifen kann.

Zum 01.08.2019 trat die **Rahmenvereinbarung im Freistaat Sachsen** zur Umsetzung der Verordnung zur Früherkennung und Frühförderung für Kinder mit Behinderung und von Behinderung bedrohte Kinder (Landesrahmenvereinbarung Komplexleistungen) in Kraft. **Gleichzeitig wurde der Förder- und Behandlungsplan (FBP) neu und als ausfüllbares pdf-Dokument gestaltet.**

Dabei wurde auch die Aufklärung zur Mitwirkungspflicht der Eltern aufgenommen. Zur eindeutigen Identifizierung enthält jede Seite eine Kopfzeile mit Namen und Krankenversicherten- (eGK-) Nummer des Kindes. Diese Angaben sind nur einmal einzutragen.

Der neue FBP ist grundsätzlich wie bisher zu handhaben.

Gliederung	auszufüllen von/vom
I Allgemeiner Teil	Interdisziplinärer Frühförderstelle (IFF) oder Sozialpädiatrischem Zentrum (SPZ)
II Medizinischer Teil	verantwortlichen Arzt
III Heilpädagogischer Teil	verantwortlicher heilpädagogischer Fachkraft
IV Erbringung der Komplexleistung	verantwortlichen Arzt und verantwortlicher heilpädagogischer Fachkraft gemeinsam
V Entscheidung des Rehabilitationsträgers	

Alle Beteiligten erhalten ein elektronisches Format und befüllen nacheinander den entsprechenden Abschnitt. Zunächst soll die IFF/das SPZ den Abschnitt I (Allgemeiner Teil) ausfüllen, ausdrucken, unterzeichnen und den Eltern aushändigen.

Im nächsten Schritt befüllt der verantwortliche Arzt den Abschnitt II (Medizinischer Teil), druckt diesen aus, unterschreibt und gibt den Teil den Eltern. Nach diesem Prinzip entsteht somit ein vollständiger FBP.

Die Abschnitte IV (Erbringung d. Komplexleistung) und V (Entscheidung d. Rehabilitationsträgers) werden zusammenhängend erstellt (Ausdruck und Unterschrift).

2.28 Förderung ausgewählter Leistungen

Vorbehaltlich einer entsprechenden vertraglichen Regelung für das aktuelle Kalenderjahr „Vereinbarung zur Festlegung der regionalen Punktwerte in Sachsen und der sächsischen Gebührenordnung (SGO), der Gesamtvergütung in Sachsen und des kassenspezifischen Behandlungsbedarfs“ (MGV-Vereinbarung) mit den Landesverbänden der Krankenkassen sowie dem Verband der Ersatzkassen in Sachsen (LVSK) fördern die Vertragspartner folgende Leistungen:

1. Förderungen gemäß MGV-Vereinbarung 2023 bzw. dem 2. Nachtrag, ab 01.04.2023

gemäß Anlage … z. Teil 2	**geförderte GOP** (jeweils inkl. evtl. Kennzeichnungen)	**Förder-**		**Modalitäten der Förderungen in Kurzform** (Details sind der angegebenen Anlage zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung 2022 zu entnehmen) **Förderung …**
		Nr.	**Höhe (€)**	
2	abgerechnete Vers.-/ Grund-/ Konsiliar-Pauschalen	99620	???	**wg. (drohender) Unterversorgung:** zu jeder abgerechneten Vers.-/Grund-/Konsiliar-Pauschale eines geförderten Arztes (ab 01.04.2023 nicht mehr für Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin) wird die Förder-Nr. 99620 als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt** und ggf. quotiert vergütet
3	03062	99623A	12,45	**von Delegationsleistungen:** auf die abgerechneten GOPen (inkl. evtl. Buchstabenkennungen bzw. Kennzeichnungen) wird die jeweilige Förder-Nr. als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**
	03063	99623B	9,15	
	38100	99623C	5,70	
	38105	99623D	2,93	
	38200	99623E	6,75	
	38205	99623F	6,23	
4	16210/ -11/ -12; 21210/ -11/ -12; 21213/ -14/ -15	99621	???	**der Grundpauschalen für Nervenärzte, Neurologen und Psychiater:** für jede abgerechnete Grundpauschale wird die Förder-Nr. als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt** und ggf. quotiert vergütet
5	01716	**99666**	22,50	**zur Aufnahme von neugeborenen Kindern bei Kinder- oder Hausärzten: diese geben zur EBM-GOP 01716 zusätzlich die Förder-Nr. 99666 an**, wenn von derselben Praxis bei dem Patienten zuvor die Früherkennungsuntersuchung U4 (GOP 01714) durchgeführt wurde
6	30700	99630A	6,39	**von schmerztherapeutischen Leistungen im fachärztlichen Versorgungsbereich:** die fachärztlichen Schmerztherapeuten erhalten auf die schmerztherapeutischen Leistungen einen Zuschlag - die Förder-Nrn. werden **durch die KV Sachsen zugesetzt**
	30702	99630B	8,08	
	30704	99630C	4,85	
	30706	99630D	1,40	
	30708	99630E	2,74	

gemäß Anlage … z. Teil 2	**geförderte GOP** (jeweils inkl. evtl. Kennzeichnungen)	**Förder-** **Nr.**	**Höhe (€)**	**Modalitäten der Förderungen in Kurzform** (Details sind der angegebenen Anlage zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung 2022 zu entnehmen) **Förderung …**
7	06225	99625	1,00	**konservativer Leistungen von Augenärzten:** bei ausschließlich konservativ tätigen und geringfügig operierenden Augenärzten mit hohem Anteil konservativer Tätigkeit wird für jede abgerechnete GOP 06225 EBM **durch die KV Sachsen die Förder-Nr. 99625** je Behandlungsfall **zugesetzt**
	Augenärztliche Grundpauschalen 06210 bis 06212	06225O	???	**konservativer Leistungen von Augenärzten:** bei amb. operierenden Augenärzten, die lt. EBM bzw. HVM der KV Sachsen keine Berechtigung für den Zuschlag (GOP 06225 EBM) haben, aber auch eine versorgungsrelevante Anzahl von Patienten konservativ behandeln, wird ab dem 451. konservativ behandelten Patienten je Quartal, bei denen keine Leistungen der Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM u./o. d. Intravitrealen Medikamenteneingabe (EBM-GOPen 31371-31373 und 36371-36373) vergütet werden, **durch die KV Sachsen die Förder-Nr. 06225O zugesetzt und ggf. quotiert vergütet**
8	30130 bzw. Kennzeichnungsziffer 99903	**99675A**	20,00	**der spezifischen Immuntherapie:** quartals- und jahresübergreifende Behandlung der Patienten durch Berücksichtigung d. empfohlenen 3-Jahres-Zeitraumes der (Mindest-) Behandlung mit Leistungen der Spezifischen Immuntherapie (GOP 30130 EBM) bzw. der oralen Immuntherapie (mit Kennzeichnungs-Nr. 99903 markierte Versicherten-pauschale), jeweils durch einen Zuschlag zum 1. Arzt-Patienten-Kontakt (APK) … · im 2. Krankheitsfall (2. Behandlungsjahr) (**Förder-Nr. 99675A**); · im 3. Krankheitsfall (3. Behandlungsjahr) (**Förder-Nr. 99675B**); **Die Förderung ist jeweils vom Arzt abzurechnen!**
	30130 bzw. Kennzeichnungsziffer 99903	**99675B**	40,00	
~~9~~		~~99645~~		~~**der Leistungen der sozialpädiatrischen Versorgung:**~~ ~~zur abgerechneten GOP 04355 EBM (inkl. evtl. Buchstabenkennungen bzw. Kennzeichnungen) wird die **Förder-Nr. 99645** je Behandlungsfall als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**~~

gemäß Anlage … z. Teil 2	geförderte GOP (jeweils inkl. evtl. Kennzeichnungen)	Förder- Nr.	Förder- Höhe (€)	Modalitäten der Förderungen in Kurzform (Details sind der angegebenen Anlage zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung 2022 zu entnehmen) Förderung …
10	01410 bis 01413, 01415, 03062, 03063, 38200 bis 38207	99676G	13,00	**der patientenzentrierten Geriatrieversorgung:** in Behandlungsfällen mit mindestens zwei Hausbesuchen (Haus- oder Mitbesuch) bei Patienten (inkl. Heimpatienten) ab einem Alter von 76. Jahren wird die **Förder-Nr. 99676G durch die KV Sachsen zugesetzt**
11	03372, 03373; ~~04372, 04373,~~	99676P	6,20	**der patientenzentrierten Palliativversorgung:** i. R. der palliativmedizinischen Behandlung bei Erwachsenen und Kindern wird für Patienten der Hausbesuch je abgerechneter GOP 03372, 03373 ~~bzw. 04372, 04373~~ EBM (inkl. evtl. Buchstabenkennungen bzw. Kennzeichnungen) gefördert (sofern die Begrenzungen pro Behandlungstag („Höchstwert“) gemäß EBM wirksam werden, erfolgt in diesen Konstellationen eine finanzneutrale Förderung) die **Förder-Nrn. 99676P bzw. 99676Q werden durch die KV Sachsen zugesetzt**
	03374 ~~04374~~ (Höchstwert)	99676Q	31,00	
12	04230 / 04231 / 04430	99674	20,00	**der fachärztlichen Versorgung durch Kinderärzte:** den fachärztlich tätigen Kinderärzte wird für jeden Behandlungsfall mit Abrechnung - der Gesprächsleistungen nach den GOPen 04230 und/oder 04231 EBM (inkl. evtl. Buchstabenkennungen bzw. Kennzeichnungen), sofern Leistungen der EBM-Abschnitte 4.4 o. 4.5 abgerechnet werden, bzw. - der GOP 04430 EBM (inkl. evtl. Buchstabenkennungen bzw. Kennzeichnungen) die **Förder-Nr. 99674** je Behandlungsfall als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**
13	33012	99633	2,00	**der Sonografie der Schilddrüse und des Abdomens:** die **Förder-Nrn. 99633, 99634 und 99634A werden** zu jeder geförderten GOP 33012 und 33042 EBM (inkl. Buchstabenkennung) als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**
	33042	99634	4,00	
	33042A	99634A	2,00	
14	14220	99690A	2,53	**von psychiatrischen Gesprächen für Kinder und Jugendliche:** die **Förder-Nrn. 99690A und 99690B werden** zu jeder geförderten GOP 14220 u. 14222 EBM (inkl. evtl. Buchstabenkennungen / Kennzeichnungen) als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**
	14222	99690B	0,72	

gemäß Anlage … z. Teil 2	**geförderte GOP** (jeweils inkl. evtl. Kennzeichnungen)	**Förder-**		**Modalitäten der Förderungen in Kurzform** (Details sind der angegebenen Anlage zu Teil 2 der MGV-Vereinbarung 2022 zu entnehmen) **Förderung …**
		Nr.	**Höhe (€)**	
15	34310, 34311, 34320-34322, 34330, 34340-34342, 34350, 34351	**99678C**	40,00	**von radiologischen Leistungen für Onkologie-patienten:** Die Förderung erfolgt (nur), wenn im Zusammen-hang mit Diagnosen der Kategorien C00 bis D48 (Neubildungen) des ICD-10-GM und der Befundung durch den Radiologen und In-formation des betreuenden Onkologen spätestens in den nächsten 3 Werktagen - mindestens 2 der vorgenannten **CT**-Leistungen am selben Tag (Komplextermin) bzw. - mindestens 2 der vorgenannten **MRT**-Leistungen im selben Behandlungsfall abgerechnet werden. **Die Förder-Nrn.** **99678C** (höchstens 2x im Behandlungsfall) **bzw.** **99678M** (nur 1x im Behandlungsfall) **sind vom Arzt jeweils selbst abzurechnen.**
	34410, 34411, 34420-34422, 34430, 34440-34442, 34450, 34451	**99678M**	40,00	

2. Förderungen gemäß HVM mit Wirkung ab 01.04.2023

Die Vertreterversammlung der KV Sachsen hat auf der Grundlage von § 87b SGB V für die **Honorarverteilung ab dem 1. Juli 2023** … **angepasste Honorarverteilungs-regelungen** beschlossen. (KVS-Website vom 21.12.2021)

Gemäß § 5 Nr. 2.8 bzw. § 8 Nr. 3.12 (Förderung der Hausbesuche) sowie § 5 Nr. 2.9 (Versichertenpauschalen) des HVM gelten **ab 01.04.2023 folgende Förderungen**:

geförderte GOP (jeweils inkl. evtl. Kennzeichnungen)	**Modalitäten der Förderungen in Kurzform** (Details sind den angegebenen §§ des HVM der KV Sachsen zu entnehmen)	**Förder-**	
		Nr.	**Höhe (€)**
Förderung der Hausbesuche (GOPen 01410, 01413 u. 01415 EBM) nur Hausärzte (VG 001)			
01410	**zu jedem abgerechneten Hausbesuch** (GOPen 01410, 01413 und 01415 EBM) **wird die jeweilige Förder-Nr.** als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**	99410	10,00
01413		99413	5,00
01415		99415	13,00
Förderung der Versichertenpauschalen (03001 ~~04001~~ bzw. 03005 ~~04005~~ EBM)			
03001 ~~04001~~ 03005 ~~04005~~	**zu jeder abgerechneten Versichertenpauschale** (03001 ~~04001~~ bzw. 03005 ~~04005~~ EBM) **wird die Förder-Nr. 99401** als Zuschlag **durch die KV Sachsen zugesetzt**	99401	7,00

2.29 Vertrag über die frühzeitige Diagnostik u. Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung nach § 140a SGB V mit der IKK classic, ab 01.07.2020

Ziel des Vertrages ist es, mit geeigneten Maßnahmen die Diagnostik der COPD zu verbessern, um eine frühzeitige Krankheitserkennung und Behandlung sicherzustellen. Neben der therapeutischen Intervention soll der Krankheitsprogress auch durch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen beeinflusst und die Versicherten nach Möglichkeit in das strukturierte Behandlungsprogramm (DMP COPD) überführt werden.

Langfristig soll eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes, schwerwiegende und abwendbare Krankheitsverläufe bis hin zu einer 24 Std.-Beatmungspflicht sowie stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden und eine Aufrechterhaltung von hoher Lebensqualität insbesondere hinsichtlich der Mobilität/Selbstständigkeit erlangt werden.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der IKK classic, **welche die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen** der jeweiligen Anlage (des jeweiligen Moduls) **erfüllen.**
Versicherte erklären ihre **Teilnahme durch Unterzeichnung der Erklärung zur Teilnahme- und Datenverarbeitung (Anlage 7)**.

Das Original der Teilnahmeerklärung (TE) wird durch den teilnehmenden Arzt innerhalb einer Woche nach Unterzeichnung an die IKK classic übersandt, der Versicherte erhält eine Kopie. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der TE.

Teilnahme der Ärzte (§ 3)
Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Sachsen zugelassenen, ermächtigten, bzw. in einem MVZ oder bei einem teilnehmenden Arzt angestellte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Ärzte, die aufgrund einer genehmigten Zweigniederlassung / Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bereich der KV Sachsen Leistungen zu erbringen und abzurechnen und dem folgenden Versorgungsbereich bzw. den folgenden Facharztgruppen angehören:

- Ärzte, die nach § 73 (1a), Nr. 1, 3, 4 u. 5 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen,
- Facharzt (FA) für Innere Medizin und Pneumologie,
- FA für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie,
- FA für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mind. 12-monatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung,
- FA für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Pneumologie nach Ergänzender Vereinbarung des EBM,
- FA für Lungen- und Bronchialheilkunde.

Bei einer Teilnahme eines angestellten Arztes erklärt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung die Teilnahme an diesem Vertrag. Die persönlichen Anforderungen sind durch den Arzt selbst bzw. durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen Arztes nachzuweisen.

Die Teilnahme an diesem Vertrag ist abhängig von der Erfüllung der persönlichen Anforderungen in Person des jeweils angestellten Arztes.

Die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie müssen in jeder gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

Für die Teilnahme am Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ müssen die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3.1, §1 erfüllt sein.

Mit der **Teilnahmeerklärung (Anlage 6)** beantragt der Arzt gegenüber der KV Sachsen seine Teilnahme an diesem Vertrag und erkennt die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.

Die KV Sachsen überprüft initial die Teilnahmevoraussetzung und erteilt bei Vorliegen dieser dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

Aufgaben des teilnehmenden Arztes
Die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen und die genauen Inhalte der Leistung **ergeben sich aus den Anlagen (Modulen)**. Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß den in den Anlagen (Modulen) beschriebenen Leistungen hin.

Der Arzt **berät Versicherten der IKK classic** umfassend über diese besondere Versorgung **und übermittelt die Teilnahmeerklärung (Anlage 7)** an die IKK classic.

Der Arzt führt die in den Anlagen genannten Leistungen durch.

Modul 1: COPD Screening
Teilnahmeberechtigt: Versicherte, die mindestens 40 Jahre alt sind. Es gelten folgende Aufgreifkriterien: • chronische Bronchitis (J41.-), aber keine gesicherte COPD-Diagnose nach ICD-10-GM und • Rauchen bzw. Rauchen in Vergangenheit oder • berufliche Vorbelastung (z. B. Rauch von Verbrennungen, chem. Dämpfe, Gase, Feinstaub)
Sind die o. g. Aufgreifkriterien erfüllt, erhebt der Arzt die Anamnese und führt eine Spirometrie durch. In Abhängigkeit des spirometrischen FEV1 / FVC-Wertes … > 70 % - ausführliche Information und Beratung des Versicherten zum Untersuchungsergebnis und Krankheitsbild; < 70 % - gesicherte Diagnose „COPD“ nach ICD-10-GM wird gestellt und ein krankheitsorientiertes, intensives Patientengespräch durchgeführt. **Mit den folgenden fünften Stellen** ist **bei der COPD (J44.-)** der **Grad der Obstruktion** anzugeben: 0: FEV1 <35 % des Sollwertes; 1: FEV1 >=35 % und <50 %; 2: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes; 3: FEV1 >=70 % des Sollwertes

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
99070O	**COPD-Screening ohne gesicherte COPD-Erkrankung** - 1x im Krankheitsfall und max. 3x je Versicherten berechnungsfähig; - im Krankheitsfall nicht neben der Nr. 99070A berechnungsfähig	**10,00 €**
99070A	**COPD-Screening mit gesicherter COPD-Erkrankung** - 1x je Versicherten berechnungsfähig, - im Krankheitsfall nicht neben der Nr. 99070O berechnungsfähig - die Weiterbetreuung erfolgt im Rahmen des Moduls 2	**17,50 €**

Modul 2: Weiterbetreuung COPD

Teilnahmeberechtigt: Versicherte mit gesicherter COPD-Diagnose nach ICD-10-GM

Im Rahmen der Weiterbetreuung erfolgt
- eine Erhebung und Überprüfung des Krankheitsverlaufes mit Hilfe des CAT-Fragebogens;
- eine Schweregradstratifizierung nach der aktuellen Leitlinie unter Berücksichtigung der Anzahl stationärer bzw. ambulanter Behandlungen wegen einer Exazerbation und der subjektiven Patienteneinschätzung;
- ein krankheitsorientiertes, intensives Patientengespräch;
- je nach Schweregradstratifizierung eine erweiterte Diagnostik bei einem teilnehmenden FA;
- eine Überweisung zu einem FA zur Durchführung einer Langzeitsauerstofftherapie oder bei akuten Exazerbationen.

Im Rahmen der weiteren Versorgung kann **auf Überweisung durch den Hausarzt** eine **fachärztliche Weiterbetreuung**
- bei erhöhtem Exazerbationsrisiko und Förderung der Adhärenz (Versorgungsfeld 1);
- bei akuter Exazerbation / Exazerbation nach stationärem Aufenthalt (Versorgungsfeld 2);
- für die Durchführung einer Langzeitsauerstofftherapie (LOT) (Versorgungsfeld 3)

erfolgen.

Abr.-Nr.	Leistungsbeschreibung	Vergütung
99070B	**Hausärztliche Weiterbetreuung** - im Behandlungsfall (Quartal) maximal 1x berechnungsfähig, jedoch nicht neben den Nrn. 99070O oder 99070A; - im Krankheitsfall 1x neben der Nr. 99070A berechnungsfähig, wenn die Nr. 99070A in einem vorherigen Quartal abgerechnet wurde; - maximal 2x im Krankheitsfall berechnungsfähig, wenn in den vorangegangenen Quartalen keine Nr. 99070A abgerechnet wurde	**20,00 €**
Versorgungsfeld 1: Erhöhtes Exazerbationsrisiko und Förderung der Adhärenz		
99071H	**Hausarzt M2V1** - 1x im Krankheitsfall berechnungsfähig	**5,00 €**
99071F	**Facharzt M2V1** - 1x im Krankheitsfall berechnungsfähig	**20,00 €**
Versorgungsfeld 2: Akute Exazerbation/Exazerbation nach stationärem Aufenthalt		
99072H	**Hausarzt M2V2** (Versorgungsinhalt 1)	**10,00 €**
99072F	**Facharzt M2V21** (Versorgungsinhalt 1)	**20,00 €**
99072G	**Facharzt M2V22** - Versorgungsinhalt 2 (1.- 4. Woche nach Versorgungsinhalt 1)	**20,00 €**
Versorgungsfeld 3: Langzeitsauerstofftherapie (LOT)		
99073H	**Hausarzt M2V3** - max. 1x im Behandlungsfall u. 2x im Krankheitsfall berechnungsfähig	**5,00 €**
99073F	**Facharzt M2V3** - max. 1x im Behandlungsfall u. 2x im Krankheitsfall berechnungsfähig	**30,00 €**

Modul 3: Versorgungsangebote bei COPD

Bei positiver Raucheranamnese soll eine Einsteuerung in ein strukturiertes, für die Patientengruppe evaluiertes und publiziertes Raucherentwöhnungsprogramm erfolgen, dafür wurde das **Tabakentwöhnungsprogramm „Rauchfrei durchatmen“** vereinbart (Anlage 3.1 - Versorgungsangebot Nikotinabusus zum o. g. Vertrag).

Versicherte der IKK classic können daran **teilnehmen**, sofern sie

a) das 18. Lebensjahr vollendet haben,
b) unter Chronischem Persistierenden Husten (CPH) über mehr als 8 Wochen (Asthmatiker nur mit Schweregrad unter 3) leiden
und mehr als 4 Zigaretten/ Tag oder 30 Zigaretten/Woche rauchen
(Dokumentation: entspr. gesicherte Diagnosen „J41.-“ und „F17.-“ nach ICD-10)
oder
c) eine gesicherte COPD-Diagnose (ohne Asthma-Komponente) aufweisen
und aktiver Raucher sind
(Dokumentation entspr. gesicherte Diagnosen „J44.-“ und „F17.-“ nach ICD-10)

und die o. g. Teilnahmevoraussetzungen (lt. § 2 (1) des COPD-Vertrages erfüllen und ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 7) erklärt haben.

Die Möglichkeit zur Teilnahme an dem Programm ist begrenzt.
Das Angebot endet mit dem ärztlichen Abschlussgespräch und erstreckt sich damit in der Regel über einen Zeitraum von ca. 5 Quartalen. Der Versicherte kann das Angebot jedoch erst im 16. Quartal nach dem Quartal der letzten Einschreibung erneut nutzen.
Es zählt das Datum des ärztlichen Erstgespräches.

Teilnahmevoraussetzungen Fachärzte

Zur Teilnahme berechtigt sind im Zuständigkeitsbereich der KV Sachsen
- niedergelassene Vertragsärzte,
- ermächtigte Ärzte
- Vertragsärzte in MVZ und Einrichtungen gem. § 402 (2) SGB V sowie
- Vertragsärzte mit angestellten Ärzten gem. § 32b (1) Ärzte-ZV mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KV Sachsen

a) die eine Berechtigung zum Führen der Fachgebietsbezeichnung
   - Innere Medizin SP Pneumologie
   - FA Lungen- und Bronchialheilkunde
   - Innere Medizin TG Lungen- und Bronchialheilkunde
   - FA Innere Medizin und (SP) Pneumologie
   - FA Innere Medizin mit Abrechnungsgenehmigung Pneumologie nach ergänzender Vereinbarung des EBM besitzen und

b) an einer Fortbildung zur Durchführung von Tabakentwöhnungsangeboten zertifiziert auf Grundlage des BÄK-Curriculum „Qualifikation Tabakentwöhnung“ teilgenommen haben.

Die Kursleitung des o. g. Tabakentwöhnungsprogrammes ist durch den teilnehmenden Facharzt selbst sicherzustellen, bei der Kursdurchführung kann med. Fachpersonal assistieren. Weitere Details sind im § 1 der o. g. Anlage 3.1 beschrieben.

Leistungen des Facharztes
Der teilnehmende Facharzt verpflichtet sich i. R. d. Tabakentwöhnungsprogrammes die Leistungen lt. Anhang 1 (Leistungsbeschreibung Tabakentwöhnungsprogramm) Nr. 3, inkl. der Sicherstellung der Kursdurchführung entspr. Anhang 2 (Kurskonzept) zu erbringen.

Der Facharzt hat dabei alle Leistungsbestandteile aus Anhang 1 Nr. 3 persönlich oder durch eigenverantwortliche Einbeziehung eines in gleicher Weise geeigneten Vertreters bzw. Kooperationspartners gegenüber dem teilnehmenden Versicherten umzusetzen. Eine Einschränkung durch den Facharzt ist nicht zulässig.

Für die nach Anlage 1 „Leistungsbeschreibung Tabakentwöhnungsprogramm“ unter Nr. 3 aufgeführten „Aufgaben des Facharztes“ erbrachten Leistungen erhalten die teilnehmenden Fachärzte folgende **Vergütung**:

Leistung „Pauschale für …“	**Abrechnungs-Nummer**	**Vergütung**
Ärztliches Erstgespräch, inkl. CO-Messung - einmalig pro Teilnehmer innerhalb von 16 Quartalen	**99113A**	50,00 €
Ärztliches Gespräch (ab der 12. Woche nach Rauchstopp), inkl. CO-Messung - einmalig pro Teilnehmer innerhalb eines Tabakentwöhnungsprogrammes	**99113B**	35,00 €
Ärztliches Abschlussgespräch (ab dem 12. Monat nach Rauchstopp), inkl. CO-Messung - einmalig pro Teilnehmer innerhalb eines Tabakentwöhnungs-programmes	**99113E**	35,00 €
Durchführung des Tabakentwöhnungskurses inkl. Schulungsmaterial - pro Schulungseinheit, - max. 3 Schulungseinheiten pro Teilnehmer innerhalb von 16 Quartalen	**99113S**	75,00 €
Telefonische Begleitung während des Kurses und **Telefonische Nachbetreuung** - pro Telefonat - max. 6 Telefonate pro Teilnehmer innerhalb eines Tabakentwöhnungsprogrammes	**99113T**	12,00 €

Die Abr.-Nrn. 99113B, 99113E, 99113S und 99113T sind nur berechnungsfähig, wenn im Zeitraum von 16 Quartalen die Leistung nach der Abr.-Nr. 99113A für den betreffenden Teilnehmer abgerechnet wurde.

Hinweise zur Abrechnung

Die Vergütungen der in den Anlagen (Modulen) aufgeführten Leistungen erfolgen durch die IKK classic außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten. Weitergehende ärztliche Leistungen, die nicht Gegenstand dieses Versorgungsauftrages sind, werden über den EBM vergütet.

Die Leistungen besitzen keine Prüfzeiten und unterliegen somit nicht dem Tages-/ Quartalszeitprofil.

Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der „normalen“ GKV-Abrechnung.

Abrechnungs- und vergütungsfähig sind ausschließlich die in den Anlagen (Modulen) aufgeführten Leistungen mit den entspr. festgelegten Abrechnungsnummern und Vergütungsbeträgen.

Es gelten die Bestimmungen für die GKV-Abrechnung, insb. die Abrechnungsrichtlinie, die Satzung der KV Sachsen, … in ihren jeweils gültigen Fassungen.

Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.

Weitere Details zu diesem Vertrag finden Sie auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „C“ > COPD - Vertrag …).

2.30 Verträge über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG)

2.30.1 Rahmenvertrag im Freistaat Sachsen über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG), ab 01.10.2017

Zum 1. Oktober 2017 trat der Rahmenvertrag im Freistaat Sachsen über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des AsylbLG in Kraft.

Dieser **Vertrag gilt für sämtliche Landreise und die 3 kreisfreien Städte in Sachsen** („Leistungsträger"), die bereits alle ihren Beitritt zum Vertrag erklärt haben. (Somit endeten der mit dem Landkreis Bautzen sowie weitere bestehende „Altverträge" zum 30.09.2017.)

Der Vertrag gilt nicht für die Erstuntersuchungen durch die zentrale Ausländerbehörde, Untersuchungen i. R. der Erstaufnahme (in Verantwortung der Landesdirektion Sachsen, für Patienten in deren Zuständigkeit müssen die Behandlungsscheine eingereicht werden) sowie die Versorgung durch Ärzte der Gesundheitsämter.

Behandlungsberechtigte Ärzte

Zur ambulanten ärztlichen Behandlung und zur Durchführung von Vorsorgeleistungen berechtigt sind

- zugelassene Vertragsärzte,
- bei Vertragsärzten angestellte Ärzte,
- Vertragsärzte und angestellte Ärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 Absatz 2 SGB V nach Maßgabe der gesetzlich vorgegebenen Leistungseinschränkungen und
- Ärzte in den von der KV Sachsen errichteten Praxen zur ambulanten Versorgung von Asylbewerbern.

Dies gilt auch für ermächtigte Ärzte mit einem entsprechenden Ermächtigungsumfang.

Leistungsanspruch der Asylbewerber

Der Leistungsträger übernimmt i. R. seiner Zuständigkeit für alle Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung und der Vorsorgeleistungen im gesetzlich definierten Umfang.

Den **Umfang der ärztlichen Leistungen bestimmt das AsylbLG durch § 4** (Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt) **und § 6** (Sonstige Leistungen).
Für deren Anwendung ist die „**Interpretationshilfe nach AsylbLG** des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Verbraucherschutz und der Landesdirektion Sachsen zur Gesundheitsversorgung", in der jeweils aktuellen Fassung, maßgeblich.
(siehe dazu die Internetpräsenz der KV Sachsen unter den u. g. Rubriken)

Abrechnungsberechtigt sind nur die o. g. behandlungsberechtigten Ärzte derjenigen Arztgruppe, die der Leistungsträger auf dem Krankenbehandlungsschein angegeben hat; die Einteilung nach Arztgruppen entspricht der im Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM).

Der Leistungsträger kann auch die Bezeichnungen „Asylpraxis“ o. „Flüchtlingsambulanz“ für die von der KV Sachsen errichteten Praxen zur ambulanten Versorgung von Asylbewerbern angeben.

Krankenbehandlungsschein

Durch den Leistungsberechtigten ist dem Arzt **vor Beginn der Behandlung** ein vom zuständigen Leistungsträger ordnungsgemäß ausgestellter **Krankenbehandlungsschein im Original** vorzulegen (Anlage 1 zu diesem Vertrag als Muster).

Bei Nichtvorlage eines Krankenbehandlungsscheines ist der Arzt - außer im Notfall - berechtigt, die Behandlung zu verweigern.

Der Krankenbehandlungsschein gilt nur für den Zeitraum der Ausstellung sowie für die angegebene ärztliche Fachrichtung (Arztgruppe). Wurde kein Gültigkeitszeitraum angegeben, gilt der Krankenbehandlungsschein für das gesamte Quartal der Ausstellung.

Behandlungen durch weitere Vertragsärzte / Überweisungen

Hält der erstbehandelnde Arzt eine Folgebehandlung oder Untersuchung eines Arztes eines weiteren (fachärztlichen) Versorgungsbereiches für erforderlich, so ist hierfür eine entspr. **formlose Bescheinigung** auszustellen. Der Leistungsträger entscheidet über die Ausstellung eines weiteren Krankenbehandlungsscheines.

Ausnahmen: Überweisungen, die Auftragsleistungen beinhalten, wie pathologische Leistungen, Ultraschall-Leistungen, radiologische Leistungen oder Laborleistungen (Kapitel 12, 19, 24, 32, 33 und 34 des EBM).

Bzgl. der **Laborleistungen** ist die „**Interpretationshilfe nach AsylbLG** …“, in der jeweils aktuellen Fassung, maßgeblich. In diesen Fällen ist der behandelnde Arzt berechtigt, einen in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Überweisungsschein (Muster 6) bzw. Laborüberweisungs-/Laboranforderungsschein (Muster 10/10A) auszustellen, der zur Abrechnung berechtigt und ggf. auch quartalsübergreifend gültig ist.

In dringenden Fällen kann der Arzt eine **Krankenhausbehandlung** verordnen. Die Notwendigkeit dafür ist bei der Verordnung zu begründen. Der Leistungsträger entscheidet über die Genehmigung der Krankenhausbehandlung.

Ärztliche Behandlung im Notfall

Im Sinne dieses Vertrages ist dies jede ambulante ärztliche Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. eines Schmerzzustandes, deren Aufschub das Leben oder die Gesundheit des Patienten nachhaltig gefährden würde und es somit zeitlich unmöglich ist, den Leistungsträger vor der Behandlung um Zustimmung zu ersuchen.
Im Notfall ist kein Antrag auf Kostenübernahme mehr erforderlich.

Kann im Notfall durch den hilfebedürftigen Leistungsempfänger vor Behandlungsbeginn kein Krankenbehandlungsschein vorgelegt werden, kann der behandelnde Arzt die erbrachten Leistungen **auf Datensatz des Notfall-/Vertretungsscheines (Muster 19)** zu Lasten des zuständigen Leistungsträgers über die KV Sachsen abrechnen.

Die Abrechnung des Notfalls **ist durch eine entspr. Diagnoseangabe zu begründen** und gilt damit als fristgerechter Antrag im Sinne des § 6a AsylbLG.

Wenn möglich sind die Angaben zum Kostenträger zu überprüfen (siehe Übersicht Ansprechpartner der Landkreise/Städte auf der Internetpräsenz der KV Sachsen unter den u. g. Rubriken).

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln

Hinsichtlich der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Sach- und Sonderleistungen (z. B. Seh- und Hörhilfen, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie physiotherapeutische Maßnahmen) gilt ebenfalls die „**Interpretationshilfe zum AsylbLG** …“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Wird kein gültiger Krankenbehandlungsschein vorgelegt und handelt es sich nicht um einen Notfall, dürfen Verordnungen zu Lasten des Leistungsträgers nicht vorgenommen werden. In diesen Fällen sind Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ohne Angabe des Leistungsträgers mit dem Vermerk „mangels Krankenbehandlungsschein privat“ zu verordnen.

Ist im Notfall (siehe oben) eine Medikation erforderlich, hat diese nur im notwendigen Umfang zu erfolgen.

Sprechstundenbedarf / Impfstoffe

Bezüglich des Umfanges der zu erbringenden Leistungen gelten die

- „Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf“ sowie
- „Impfvereinbarung Sachsen – Pflichtleistungen“ (siehe Punkt 2.12.1).

Der **Impfstoffbezug** erfolgt **über patientenindividuelle Verordnung (Muster 16)** zu Lasten des auf dem Krankenbehandlungsschein angegebenen Leistungsträgers.

Durchführung und Einreichung der Abrechnung

Für die Abrechnung der Leistungen nach dieser Vereinbarung durch den Arzt gegenüber der KV Sachsen gelten die gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltenden („normalen“) Regelungen.

Die Abrechnung des Arztes **gegenüber der KV Sachsen erfolgt papierlos und daher grundsätzlich elektronisch**. Dafür sind die Angaben des Krankenbehandlungsscheins in das Praxisverwaltungssystem (PVS) zu übertragen.

Die Krankenbehandlungsscheine müssen nicht mehr bei der KV Sachsen eingereicht werden.

Der **Krankenbehandlungsschein und ggf. Kostenübernahmen** verbleiben in der Patientenakte des Arztes und **sind mind. 4 Jahre in der Praxis zu archivieren** und dem Landratsamt bzw. der Stadtverwaltung oder der Landesdirektion Sachsen auf deren Anforderung zu Prüfzwecken zur Verfügung zu stellen.

Die **Vergütung** erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach der aktuellen Sächsischen Gebührenordnung (SGO), den mit den sächsischen Krankenkassenverbänden vereinbarten aktuellen Verträgen sowie Wegegeldern.

Bei Verständigungsschwierigkeiten

Die zur Diagnostik und ärztlichen Aufklärung notwendige Verständigung des Arztes mit den Leistungsberechtigten wird im Bedarfsfall durch Ansprechpartner des Leistungsträgers unterstützt, die durch den Arzt bei Verständigungsschwierigkeiten innerhalb der regelmäßigen Dienststunden des Leistungsträgers kontaktieren werden können.
(siehe Übersicht Ansprechpartner auf der Internetpräsenz der KV Sachsen unter den u. g. Rubriken).

Können keine anderen vorrangigen Verständigungsmöglichkeiten, wie z. B. unentgeltliche Sprachmittlerleistungen durch Verwandte, in Anspruch genommen werden, stellt der Kostenträger auf Antrag einen Dolmetscher und trägt die entstehenden Kosten.

Der **Vertrag mit allen Regelungen im Detail** sowie die **Übersicht der Ansprechpartner** der Landkreise/Städte (Leistungsträger) ist auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) zu finden, unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „A“ > „Asylbewerber_Rahmenvertrag …“ bzw. unter > Asylbewerber (hier weiterhin eine Vielzahl weiterer diesbzgl. Informationen).

2.30.2 Vertrag über die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen für Berechtigte des Asylbewerberleistungsgesetzes (AsylbLG) mit der Landesdirektion Sachsen, ab 01.10.2022

Rückwirkend zum 1. Oktober 2022 tritt ein Vertrag mit der Landesdirektion Sachsen (LDS) in Kraft. Damit wird der bislang vertragslose Zustand für Abrechnungen von ärztlichen Leistungen für Asylbewerber in Aufnahmeeinrichtungen über die KV Sachsen abgelöst.

Gegenstand des Vertrages sind die Rahmenbedingungen für die ambulante ärztliche Versorgung der Berechtigten nach § 1 des AsylbLG sowie die Abrechnung dieser Leistungen durch die KV Sachsen mit dem örtlichen Träger des AsylbLG (LDS) gemäß § 75 (6) SGB V. Der Vertrag gilt dabei nicht für die Erstuntersuchungen durch die zentrale Ausländerbehörde sowie die Versorgung durch Ärzte der Gesundheitsämter.

Die LDS übernimmt i. R. ihrer Zuständigkeit als Leistungsträger die Kosten der ambulanten ärztlichen Behandlung und der Vorsorgeleistungen in dem gesetzlich definierten Umfang für alle Leistungsberechtigten nach § 1 AsylbLG.

Anwendung findet dabei die „**Interpretationshilfe zum AsylbLG** des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt **zur Gesundheitsversorgung**", in der jeweils aktuellen Fassung.

Berechtigte Ärzte (§ 4)
Zur ambulanten ärztlichen Behandlung und zur Durchführung von Vorsorgeleistungen berechtigt sind
- zugelassene Vertragsärzte,
- bei Vertragsärzten angestellte Ärzte,
- Vertragsärzte und angestellte Ärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 Absatz 2 SGB V nach Maßgabe der gesetzlich vorgegebenen Leistungseinschränkungen und
- Ärzte in den von der KV Sachsen errichteten Internationalen Praxen zur ambulanten Versorgung von Migrantinnen und Migranten.

Dies gilt auch für ermächtigte Ärzte mit einem entsprechenden Ermächtigungsumfang.

Umfang der ärztlichen Leistungen (§ 5)
Den **Umfang der ärztlichen Leistungen bestimmt das AsylbLG durch § 4** (Leistungen bei Krankheit, Schwangerschaft und Geburt) **und § 6** (Sonstige Leistungen), wobei die Leistungen gemäß § 6 dem pflichtgemäßen Entscheidungsermessen der LDS unterliegen. Bei der Anwendung des AsylbLG maßgeblich ist die „Interpretationshilfe zum AsylbLG des Sächsischen Staatsministeriums für Soziales und Gesellschaftlichen Zusammenhalt zur Gesundheitsversorgung", in der jeweils aktuellen Fassung.

Abrechnungsberechtigt sind nur die o. g. behandlungsberechtigten Ärzte derjenigen Arztgruppe, die die LDS auf dem Krankenbehandlungsschein angegeben hat; die Einteilung nach Arztgruppen erfolgt entspricht der im EBM. Die LDS kann auch die Bezeichnung „Internationale Praxis" für die von der KV Sachsen betriebenen Praxen zur ambulanten Versorgung von Migrantinnen und Migranten angeben.

Krankenbehandlungsschein (§ 7)
Der Leistungsberechtigte hat **vor Beginn der Behandlung** dem Arzt einen von der LDS ausgestellten **Krankenbehandlungsschein** vorzulegen (siehe Anlage 1 zum Vertrag).

Bei Nichtvorlage ist der Arzt - außer im Notfall - berechtigt, die Behandlung zu verweigern.

Der Krankenbehandlungsschein gilt nur für den Zeitraum der Ausstellung; wurde kein Gültigkeitszeitraum angegeben, gilt er für das gesamte Quartal der Ausstellung.

Behandlungen durch weitere Vertragsärzte / Überweisungen (§ 8)
Hält der zur Erstbehandlung berechtigte Arzt eine Folgebehandlung oder Untersuchung eines Arztes eines weiteren (fachärztlichen) Versorgungsbereiches für erforderlich, kann er hierfür eine entspr. **formlose Bescheinigung** auszustellen. Die LDS entscheidet über die Ausstellung eines weiteren Krankenbehandlungsscheines.

Ausnahmen: Überweisungen, die Auftragsleistungen beinhalten, wie pathologische Leistungen, Ultraschall-Leistungen, radiologische Leistungen oder Laborleistungen (Kapitel 12, 19, 24, 32, 33 und 34 des EBM).

Bzgl. der **Laborleistungen** ist die „**Interpretationshilfe nach AsylbLG** …“, in der jeweils aktuellen Fassung, maßgeblich. In diesen Fällen ist der behandelnde Arzt berechtigt, einen in der vertragsärztlichen Versorgung üblichen Überweisungsschein (Muster 6) bzw. Laborüberweisungs-/Laboranforderungs-Schein (Muster 10/10A) auszustellen, der zur Abrechnung berechtigt und ggf. auch quartalsübergreifend gültig ist.

Aufwendungsersatz für ärztliche Behandlung im Notfall (§ 9)
Im Sinne dieses Vertrages ist dies jede ambulante ärztliche Behandlung einer akuten Erkrankung bzw. eines Schmerzzustandes, deren Aufschub das Leben oder nachhaltig die Gesundheit des Patienten gefährden würde und es somit zeitlich unmöglich ist, die LDS vor der Behandlung um Zustimmung zu ersuchen.

Kann im Notfall durch den hilfebedürftigen Leistungsempfänger vor Behandlungsbeginn kein Krankenbehandlungsschein vorgelegt werden, kann der behandelnde Arzt die erbrachten Leistungen **auf Datensatz des Notfall-/Vertretungsscheines (Muster 19)** zu Lasten der LDS über die KV Sachsen abrechnen.

Die Abrechnung des Notfalls **ist durch eine entspr. Diagnoseangabe zu begründen** und gilt damit als fristgerechter Antrag im Sinne des § 6a AsylbLG.

Gestaltung und Bereitstellung von Vordrucken (§ 10)
Zur Durchführung dieses Vertrages werden neben dem Krankenbehandlungsschein die im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung zu verwendenden Vordrucke angewendet.

Auf sämtlichen verwendeten Vordrucken sind die Personalien des Leistungsberechtigten, die Bezeichnung der „**Landesdirektion Sachsen**“ (LDS, als zuständigen Leistungsträger) und die **Vertragskassennummer (94952)** anzugeben.

Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln (§ 11)
Hinsichtlich der Verordnung von Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln sowie Sach- und Sonderleistungen (z. B. Seh- und Hörhilfen, orthopädische und andere Hilfsmittel sowie physiotherapeutische Maßnahmen) gilt ebenfalls die „**Interpretationshilfe zum AsylbLG** …“ in der jeweils aktuellen Fassung.

Wird kein gültiger Krankenbehandlungsschein vorgelegt und handelt es sich nicht um einen Notfall, dürfen keine Verordnungen zu Lasten der LDS vorgenommen werden. In diesen Fällen sind Arznei-, Verband-, Heil- und Hilfsmittel ohne Angabe des Leistungsträgers mit dem Vermerk „mangels Krankenbehandlungsschein privat“ zu verordnen.

Ist im Notfall (siehe oben) eine Medikation erforderlich, hat diese nur im notwendigen Umfang zu erfolgen.

Sprechstundenbedarf / Impfstoffe (§ 12)

Bezüglich des Umfanges der zu erbringenden Leistungen gelten die

- „Vereinbarung über die vertragsärztliche Verordnung von Sprechstundenbedarf“ sowie
- „Impfvereinbarung Sachsen – Pflichtleistungen“ (siehe Punkt 2.12.1).

Der **Impfstoffbezug** erfolgt **über patientenindividuelle Verordnung (Muster 16)** zu Lasten der LDS.

Verordnung von Krankenhausbehandlung (§ 13)

In dringenden Fällen kann der Arzt eine Krankenhausbehandlung verordnen. Die Notwendigkeit dafür ist bei der Verordnung zu begründen. Die LDS entscheidet über die Genehmigung der Krankenhausbehandlung.

Durchführung und Einreichung der Abrechnung (§ 14)

Für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag durch den Arzt gegenüber der KV Sachsen gelten die gegenüber den gesetzlichen Krankenkassen geltenden („üblichen“) Regelungen.

Die Abrechnung des Arztes **gegenüber der KV Sachsen erfolgt papierlos und daher grundsätzlich elektronisch**. Dafür sind die Angaben des Krankenbehandlungsscheins in das Praxisverwaltungssystem (PVS) zu übertragen.

Die Krankenbehandlungsscheine müssen nicht mehr bei der KV Sachsen eingereicht werden.

Der **Krankenbehandlungsschein und ggf. Kostenübernahmen** verbleiben in der Patientenakte des Arztes, **sind mindestens 4 Jahre in der Praxis zu archivieren** und der LDS auf deren Anforderung zu Prüfzwecken zur Verfügung zu stellen.

Vergütung ärztlicher Leistungen (§ 15)

Die Vergütung erfolgt außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung nach der aktuellen Sächsischen Gebührenordnung (SGO), den mit den sächsischen Krankenkassenverbänden vereinbarten aktuellen Verträgen sowie Wegegeldern.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem o. g. Vertrag auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) "A" > „Asylbewerber_Abrechnung …“.

2.31 Verträge zur Durchführung von ärztlichen Untersuchungen von Lehrkräften mit dem LaSuB

2.31.1 Vertrag zur Durchführung von ärztlichen Untersuchungen im Rahmen der Verbeamtung von Lehrkräften mit dem LaSuB, ab 01.10.2018

2. Vertragsanpassung mit Wirkung ab 01.04.2020

Mit der Vertragsanpassung wurde das zum o. g. Vertrag gehörige Formular „Ärztliches Zeugnis“ (Anlage 1.3) angepasst. Zukünftig ist darauf auch der Impfstatus Masern zu dokumentieren. Das Formular wird/wurde seitens des LaSuB an die Ärzte versandt.

Dieser Vertrag mit dem Landesamt für Schule und Bildung („LaSuB“) regelt die Mitwirkung der Ärzte bei der Feststellung der gesundheitlichen Eignung von Lehrkräften bzw. Referendaren im Freistaat Sachsen („Lehrkräfte“) zur Berufung in ein Beamtenverhältnis als Lehrkraft im öffentlichen Schuldienst.

Hierfür soll eine allgemeinmedizinische Begutachtung erfolgen, die in speziellen Fällen die Einbeziehung weiterer Fachärzte (per Zielauftrag) erfordert.

Die **Lehrkraft**, für die ein ärztliches Zeugnis zur Übernahme in ein Beamtenverhältnis ausgestellt werden soll, **bekommt vom LaSuB die erforderlichen Unterlagen zugesandt und sucht damit ihren bzw. einen Hausarzt auf.**

Die **allgemeinmedizinische Begutachtung** erfolgt auf der Grundlage des bereits ausgefüllten Anamnesebogens, der dem Hausarzt (mit einem Anschreiben, den zu verwendenden Formularen für die Dokumentation der Untersuchungsergebnisse sowie zur Erstellung des Zeugnisses) von der Lehrkraft vorzulegen ist. Der Hausarzt dokumentiert seine Untersuchungsergebnisse und erstellt ein ärztliches Zeugnis. Bei Bedarf bezieht er weitere Vertragsärzte (Fachärzte) in die Begutachtung mit ein.

Entscheidungskriterium für die Ausstellung des Zeugnisses **ist der bestehende Gesundheitszustand zum Untersuchungszeitpunkt**.

Ergeben sich aus der Anamnese keine Auffälligkeiten, sind in der Regel weder weitere Untersuchungen, noch eine Bestimmung des Visus und des Hörvermögens notwendig.

Bestehen chronische gesundheitliche Einschränkungen, fehlen aber Erkenntnisse, die eine negative prognostische Einschätzung (erhebliche krankheitsbedingte Fehlzeiten im Sinne einer erheblich geringeren Lebensarbeitszeit mit einer Eintrittswahrscheinlichkeit von über 50 %) rechtfertigen, ist trotz ggf. vorhandener ärztlicher Bedenken eine gesundheitliche Eignung anzunehmen.

Die für das Zeugnis maßgeblichen Befunde können durch das LaSuB vom Arzt abgefordert werden, z. B. bei begründetem Zweifeln am Ergebnis des ärztlichen Zeugnisses bzw. wenn diese für ein Gerichtsverfahren benötigt werden. In diesen Fällen ist der Arzt verpflichtet, die angeforderten Befunde unter Beachtung der jeweils gültigen datenschutzrechtlichen Anforderungen an das LaSuB zu übermitteln.

Zur Übertragung der Personalien der Lehrkraft in das Praxisverwaltungssystem ist
- bei **GKV-Versicherten** die eGK einzulesen. Die Zuordnung zum Kostenträger LaSuB erfolgt durch die KV Sachsen anhand der entspr. Abrechnungsnummer.
- bei **PKV-Versicherten** ein Behandlungsschein mit dem neuen Kostenträger LaSuB (VKNR 98887, IK 100098887, Kostenträgergruppe 77) anzulegen.

Als **abrechnungsbegründende Diagnose** ist eine entspr. gesicherte Diagnose wie bspw. Z00.0 oder Z02 gemäß ICD-10-GM anzugeben.

Zur Leistungserbringung berechtigt sind Ärzte, die im Bereich der KV Sachsen gemäß § 73 (1a) Satz 1 SGB V als zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte/angestellte Ärzte in zugelassenen MVZ gem. § 95 SGB V, in (zugelassenen) Einrichtungen gemäß § 402 Abs. 2 SGB V und nach § 105 Abs. 5 SGB V **an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.**
(Ausnahme: Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin).

99130 Allgemeinmedizinische Begutachtung, Erstellung sowie postalischer Versand des ärztlichen Zeugnisses
an die auf dem Formular angegebene Behörde, in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach den vorliegenden Befunden (inklusive einer ggf. erforderlichen Überweisung, der ggf. erforderlichen Übersendung von Behandlungs- und Befundberichten, einschließlich Porto)
je Patient (je Zeugnis) **ab 01.01.2023** ..... **88,45 €**

Sofern kein weiterer Behandlungsanlass besteht, ist die Abrechnung von Leistungen gegenüber der Krankenkasse des Patienten ausgeschlossen.

Das Formular, auf dem die Lehrkraft ihre Angaben zur Vorgeschichte dokumentiert hat (Anamnesebogen, Anlage 1.1) sowie das Formular, auf dem die Untersuchungsbefunde dokumentiert wurden (Anlage 1.2), verbleiben in der Patientenakte und sind mind. 4 Jahre in der Praxis zu archivieren.

Hält der Hausarzt eine Untersuchung durch einen Facharzt für erforderlich, ist ein „üblicher“ **Zielauftrag mittels Überweisungsschein (Muster 6) bzw. Laborüber-weisungs/-anforderungsschein (Muster 10/10a)** auszustellen und gesondert zu kennzeichnen, dass es sich um eine Untersuchung i. R. der Verbeamtung von Lehrkräften handelt.

Bei PKV-Versicherten ist der Zielauftrag mittels Überweisungsschein bzw. Laborüberweisungs/-anforderungsschein auf den Kostenträger LaSuB, VKNR 98887, auszustellen.

Mit diesem Zielauftrag kann der ausführende Facharzt (Auftragnehmer) die Leistungen gegenüber der KV Sachsen abrechnen - gemäß § 6 (2) des Vertrages bzw. wie nachfolgend beschrieben.
Eine entspr. Überweisung ist ggf. auch quartalsübergreifend gültig.

99131 Für die per Zielauftrag angeforderten und übermittelten Befunde
in der Regel innerhalb von 14 Tagen
(inklusive der erforderlichen Untersuchungen sowie der
Rücküberweisung zum Hausarzt, einschließlich Porto)
je Patient …..... *** €**

* Dem ausführenden Vertragsarzt (Facharzt) wird der 2,3-fache Wert des einfachen Gebührensatzes nach der Gebührenordnung für Ärzte (GOÄ) in der aktuellen Fassung vergütet.

Bei Abrechnung der Nr. 99131 ist anzugeben (je Patient)
- in Feldkennung 5011 (Bezeichnung): der Untersuchungszweck („Lehrerverbeamtung"),
- in Feldkennung 5012 (Kosten): der Wert der Summe der GOÄ-Rechnung (bei Anwendung des 2,3-fachen Gebührensatzes).

Die Nr. 99131 ist nur berechnungsfähig
- auf Zielauftrag (Scheinuntergruppe [SUG] 21) oder
- auf Laborüberweisungs/-anforderungsschein (Muster 10/10a, SUG 27 oder 28).

Ausnahmen bezüglich dieser Regelung bestehen bei Berufsausübungsgemeinschaften wie z. B. Gemeinschaftspraxen oder MVZ.

Sofern kein weiterer Behandlungsanlass besteht, ist die Abrechnung von Leistungen gegenüber der Krankenkasse des Patienten ausgeschlossen.

Die Rechnung über die einzelnen GOÄ-Nrn. (Kalkulation) verbleibt in der Patientenakte (ist nicht bei der KV Sachsen einzureichen) und ist mind. 4 Jahre in der Praxis zu archivieren, da sie zu Prüfzwecken angefordert werden kann.

Aufgrund der kurzfristigen Vertragsumsetzung sind die o. g. Abrechnungsnummern ggf. noch nicht im PVS hinterlegt, weshalb eine manuelle Aufnahme in den Nummernstamm erforderlich ist und auch möglich sein sollte.

Nähere Einzelheiten entnehmen Sie bitte dem o. g. Vertrag auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) "L" > Lehrerverbeamtung_ärztliche Untersuchungen …".

2.31.2 Vertrag zur Durchführung von Testungen von Lehrkräften und dem sonstigen pädagogisch tätigen Personal an den Schulen sowie Kita-Personal auf das Coronavirus (SARS-COV-2) mit dem LaSuB, ab 01.06.2020 bis 21.03.2021

1. Anpassung zum Vertrag mit Wirkung ab 01.01.2021

Der bislang an dieser Stelle beschriebene Vertrag, welcher aufgrund der besonderen Situation der Coronapandemie geschlossen wurde, **endete infolge der Aktualisierung der Coronavirus-Testverordnung (CoronaTestV)** des BMG **mit Ablauf des 21.03.2021.**

Die Nrn. 99135 und 99135K wurden bis zum 31.12.2021 als Nrn. 99136 und 88312 vergütet.

Verträge zu Corona-Testungen für bestimmte „Anspruchsberechtigte“ sind auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) zu finden, unter
> Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) "C" > „Corona_Testung(en) …“
sowie in ständig aktualisierter Form unter
> Für Praxen > Aktuelle Informationen > Corona.

2.32 Vertrag auf der Grundlage des §140a SGB V über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie mit der DAK-Gesundheit, ab 01.04.2019

1. (Beitritt der KKH) und 2. Nachtrag (Beitritt der TK), zum 01.04.2019

Kaufmännische Krankenkasse - KKH und Techniker Krankenkasse (TK) traten dem Vertrag ebenfalls zum 01.04.2019 bei. Es variieren nur die Versicherteninformationen (Anlagen 4a/b/c), die Teilnahmeerklärungen (Anlagen 5a/b/c) sowie die Datenschutzinformationen (Anlagen 6a/b/c), die für jeden Patienten entspr. seiner Krankenkasse zu wählen sind. Diese sind auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) veröffentlicht, unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > „H“ > „Hypertonie Begleiterkrankungen …“.

Ziel dieses Vertrages ist es, eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit einer Hypertonie zu beheben, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen der Hypertonie das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder deutlich zu verzögern und damit eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange zu vermieden.

In den **definierten Versorgungsfeldern** Vaskuläre Komplikationen: Periphere arterielle Verschlusskrankheit (**PAVK**) bei Hypertonie **und** Nephrologische Komplikationen: **Chronische Nierenkrankheit** bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus werden dazu in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.

Bezogen auf diese beiden Versorgungsfelder regelt dieser Vertrag den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen.

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK, der KKH sowie der TK,

- die sich aufgrund ihrer **gesicherten Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung** befinden und
- die die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen, d. h. **bei denen der Verdacht besteht auf eine periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK)** und/oder **eine chronische Nierenerkrankung**.

Versicherte, bei denen eine dieser Begleiterkrankungen bereits diagnostiziert wurde (gesicherte Diagnose), können am jeweiligen Versorgungsprogramm nicht teilnehmen.

Ausgenommen sind jeweils Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus (E10.- bis E14.-). Diese sollen stattdessen am „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“ teilnehmen, eine gleichzeitige Teilnahme an diesem Vertrag ist nicht möglich.

Die (freiwillige) Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der jeweiligen Teilnahmeerklärung (TNE; Anlage 5a für DAK-Versicherte, Anlage 5b für KKH-Versicherte, Anlage 4c für TK-Versicherte) und kann innerhalb von 2 Wochen widerrufen werden.

Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich auf der von der Praxis vorgehaltenen TNE, nachdem sie über die Inhalte dieser Versorgung sowie den Zweck und Umfang der Speicherung/Verwendung/Auswertung der erhobenen Daten aufgeklärt wurden und ihnen, entspr. ihrer Krankenkasse, die Versicherteninformation und das Datenschutzmerkblatt ausgehändigt wurde.

Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 (2) SGB V die als **Hausärzte** gemäß § 73 (1a) Satz 1 Nrn. 1 und 3 bis 5 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen,

Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig, bedarf einer besonderen Genehmigung und ist schriftlich bei der KV Sachsen zu beantragen (Anlage 3).

Dabei sind folgende besondere Anforderungen an die Qualitätssicherung zu erfüllen:
- Betreuung von durchschnittlich mind. 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal,
- eigenständige und regelmäßige Fortbildung zu den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages,
- die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung.

Aufgaben der teilnehmenden Vertragsärzte (gemäß § 4): Der Hausarzt
- prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern (Anlagen 1 und 2) beschriebenen Leistungen hin,
- berät den Versicherten umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung und schreibt den Patienten ein (Anlage 5a für DAK-, Anlage 5b für KKH-, Anlage 4c für TK-Versicherte). Der Hausarzt übermittelt die Teilnahmeerklärung des Versicherten innerhalb von 14 Tagen an dessen Krankenkasse (Anschrift, Fax-Nr. bzw. E-Mail-Adresse – siehe entspr. Anlage),
- erbringt bei den Versicherten der die in den Versorgungsfeldern (Anlagen 1 und 2) beschriebenen Leistungen.

Die jeweiligen Versorgungsprogramme (**Screening**) können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den beiden Versorgungsfeldern (Anlagen 1 und 2) beschriebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt waren.

Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurden. Eine Wiederholung der Screeningprogramme ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls (nach der Definition des EBM) möglich.

Die **Weiterbetreuungsprogramme** der einzelnen Versorgungsfelder
- können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine i. R. des Versorgungsprogramms (Screening) gemäß § 4 (4) neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt,
- werden in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit zweimal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt.

Manifestiert sich während der Teilnahme des Versicherten an einem der beiden o. g. Versorgungsfelder dieses Vertrages ein Diabetes mellitus (Diagnosen E10.- bis E14.-) neu, soll der Arzt den Versicherten in den „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“ einschreiben und die Weiterbetreuung für das jeweilige Versorgungsfeld nach den inhaltsgleichen Modulen dieses Vertrages durchführen.

Besteht also der Verdacht auf eine der o. g. Begleiterkrankung(en), führt der Arzt eine entspr. krankheitsbezogene **Diagnostik** durch, wie sie in den beiden Versorgungsfeldern (Anlagen 1 und 2) detailliert beschrieben ist.

Bei Vorliegen einer Begleiterkrankung, erfolgt eine kontinuierliche **Weiterbetreuung** (in regelmäßigen Abständen, abhängig von der med. Notwendigkeit, bis zu 2x jährlich), um einen schwerwiegenden Krankheitsverlauf zu verhindern oder zu verzögern.

Bestätigt sich der Verdacht auf eine Begleiterkrankung nicht, kann der Patient weiterhin am Versorgungsprogramm teilnehmen, die o. g. Diagnostik kann in diesen Fällen einmal jährlich zur Kontrolle (jeweils nach Ablauf von 3 Quartalen) wiederholt werden.

Für seine Leistungen rechnet der Arzt gegenüber der KV Sachsen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 5 und 6 bei Versicherten der DAK, der KKH oder der TK, die die Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und in den Vertrag eingeschrieben wurden, **die Abrechnungs-Nrn. der jeweiligen Anlage** 1 o. 2 (nachfolgend beschrieben) **unter Angabe der Behandlungsdiagnosen, Diagnosesicherheit „G“**, gemäß ICD-10-GM, in der jeweils aktuellen Fassung, ab.

Die nachfolgend genannten Abr.-Nrn. besitzen keine Prüfzeiten und unterliegen somit nicht dem Tages- und Quartalszeitprofil.

Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.

Die Vergütungen der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt durch die beteiligten Krankenkassen außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Die notwendigen **Sachmittel für die Diagnostik** sind vom Arzt vorzuhalten und werden mit der entspr. Sachkostenpauschale (lt. Anlage 2: Nr. 99081S für den Mikroalbuminurie-Teststreifen) innerhalb des Vertrages vergütet (kein Bezug über Sprechstundenbedarf).

Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels durch die Krankenkasse in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt ist möglich.

Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen:
Periphere arterielle Verschlusskrankheit (PAVK) bei Hypertonie (Anlage 1)

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Hypertoniediagnose I10.- bis I13.-
ohne bekannte Diagnose I70.2-
(ausgenommen: Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus E10.- bis E14.-)

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm Screening“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 1 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99080O	**Versorgungsprogramm (Screening)** **<u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei einer Diagnose I10.- bis I13.-, ohne Diagnose I70.2- - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99080A, 99080B	**20,00**
99080A	**Versorgungsprogramm (Screening)** **<u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei einer Diagnose I10.- bis I13.- und I70.2- - nur einmal im Krankheitsfall, - im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99080B, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99080O	**20,00**
99080B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei einer Diagnose I10.- bis I13.- und I70.2- - nur 1x im Behandlungsfall und max. 2x je Kalenderjahr, - im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99080A, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99080O	**20,00**

Die Abrechnungsnummern 99080A und 99080B sind im Kalenderjahr insgesamt nur max. 2x berechnungsfähig.

Neben den o. g. Leistungen nach den Abr.-Nrn. 99080O, 99080A und 99080B sind im Behandlungsfall die Abr.-Nrn. 99092A, 99092B, 99092O aus dem „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“, Versorgungsfeld Vaskuläre Komplikationen: Angiopathie bei Diabetes mellitus (Anlage 3) nicht berechnungsfähig.

Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Hypertonie ohne bekannten Diabetes mellitus (Anlage 2)

Teilnahmevoraussetzung: Versicherte
mit gesicherter Hypertoniediagnose I10.-, I11.-, I12.9-, I13.0-, I13.9-,
ohne bekannte Diagnosen N18.-, N19,
(ausgenommen: Versicherte mit einem gleichzeitigen Diabetes mellitus E10.- bis E14.-)

Die **Umsetzungsinhalte** „Versorgungsprogramm Screening“ bzw. „Weiterbetreuungsprogramm“ sind in der Anlage 2 zum o. g. Vertrag detailliert beschrieben.

Abrechnung für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Behandlungsdiagnosen:

Abr.-Nr.	**Leistungsbeschreibung** (**Diagnosen jeweils** gemäß ICD-10-GM **mit Diagnosesicherheit „G“**)	**Vergütung** (€)
99081O	**Versorgungsprogramm (Screening)** **<u>ohne</u> auffälligen Untersuchungsbefund** - nur bei einer Diagnose I10.-, I11.-, I12.9-, I13.0-, I13.9-, ohne eine Diagnose I12.0-, I13.1-, I13.2-, N18.-, N19, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99091A, 99081B	**20,00**
99081A	**Versorgungsprogramm (Screening)** **<u>mit</u> auffälligem Untersuchungsbefund** - nur bei einer Diagnose I12.0-, I13.1-, I13.2-, N18.-, N19, und einer Diagnose I10.-, I11.-, I12.9-, I13.0-, I13.9-, - nur einmal im Krankheitsfall, - im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99081B, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99081O	**20,00**
99081B	**Weiterbetreuungsprogramm** - nur bei einer Diagnose I12.0-, I13.1-, I13.2-, N18.-, N19, und einer Diagnose I10.-, I11.-, I12.9-, I13.0-, I13.9-, - nur 1x im Behandlungsfall und max. 2x je Kalenderjahr, - im Behandlungsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99081A, - im Krankheitsfall nicht berechnungsfähig neben Nr. 99081O	**20,00**
99081S	**Teststreifen Mikroalbuminurie** - nur einmal im Krankheitsfall, - nur im zeitlichen Zusammenhang mit den Nrn. 99081O oder 99081A	**2,00**

Die Abrechnungsnummern 99081A und 99081B sind im Kalenderjahr insgesamt nur max. 2x berechnungsfähig.

Neben den o. g. Leistungen nach den Abr.-Nrn. 99081O, 99081A, 99081B und 99091S sind im Behandlungsfall die Abr.-Nrn. 99094A, 99094B, 99094O und 99094S aus dem „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“, Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen: Chronische Nierenkrankheit bei Diabetes mellitus (Anlage 5) nicht berechnungsfähig.

2.33 Vertrag nach § 140a SGB V über eine besondere ambulante ärztliche Versorgung in der kinderendokrinologischen/-diabetologischen Behandlung mit der AOK PLUS „KinderEndo PLUS“

Mit diesem, ab 01.01.2021 geltenden, Vertrag wird die Förderung einer besonderen, interdisziplinären sowie leitliniengerechten Diagnostik und Therapie angestrebt, mit der die Lebensqualität der Kinder erhöht werden soll.

Ziel dieses Vertrages sind die:
- Verbesserung der leitlinienkonformen, ambulanten kinderendokrinologischen/-diabetologischen Versorgung durch Ergänzung von speziellen Testuntersuchungen und Schulungen,
- Vermeidung tagesklinischer bzw. stationärer Behandlungen und
- die strukturierte Kommunikation zwischen den beteiligten Akteuren.

Teilnahme und Einschreibung des Versicherten (§ 2)

An dieser besonderen Versorgung können ausschließlich **Versicherte der AOK PLUS bis zum vollendeten 17. Lebensjahr** teilnehmen (unabhängig vom Wohnort), **bei denen im Rahmen der Eingangsdiagnostik** eines gem. § 5 am Vertrag teilnehmenden Vertragsarztes **eine endokrine Auffälligkeit festgestellt wurde**.

Nach erfolgter Eingangsdiagnostik und umfassender Beratung durch den Vertragsarzt über die Inhalte dieses Vertrages **erklärt der gesetzliche Vertreter des Versicherten** („der Versicherte“) **schriftlich oder elektronisch mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE - Anlage 1) die Teilnahme** an diesem Vertrag.

Die AOK PLUS stellt den Vertragsärzten die Formulare für die TE/EWE der Versicherten an diesem Vertrag in analoger Form (Papier) sowie in digitaler Form zur Verfügung.

Sind die Teilnahmebedingungen gegeben, beginnt die Teilnahme des Versicherten mit dem Tag der Unterzeichnung der TE/EWE. Maßgebend ist das jüngste Datum aller auf der TE/EWE geleisteten Unterschriften.

Die Information über die Abgabe der TE/EWE des Versicherten an die AOK PLUS erfolgt elektronisch. Dafür kann der Vertragsarzt folgende Übermittlungswege nutzen:
- als XML-TEVE-Datensatz über den SFTP-Server oder den eArztbrief,
- weitere elektronische Verfahren, die mit der AOK PLUS abgestimmt sind.

Besteht keine Möglichkeit der elektronischen Übermittlung der TE/EWE, erfolgt der postalische Versand innerhalb von 10 Werktagen nach deren Unterschrift an die darauf angegebene Adresse der AOK PLUS.

Sollte die TE/EWE eines Versicherten unvollständig bzw. fehlerhaft sein, informiert die AOK PLUS den Vertragsarzt hierüber schriftlich. Die Teilnahme des Versicherten ist erst nach Eingang einer vollständigen bzw. korrekt ausgefüllten TE/EWE möglich.

Teilnahme des Vertragsarztes (§ 3)

Zur Teilnahme berechtigt sind **ausschließlich Vertragsärzte** gem. § 95 (1) Satz 1 SGB V mit Zulassung bzw. Genehmigung einer Betriebs-/Nebenbetriebsstätte für den Bezirk der KVS, **die als Facharzt für Kinder- und Jugendmedizin** gem. § 73 (1a) S. 1 Nr. 2 SGB V **mit Zusatzbezeichnung Kinder- (und Jugend-) Endokrinologie- und -Diabetologie bzw. Schwerpunktbezeichnung Kinder-Endokrinologie und -Diabetologie** tätig sind. Hierzu zählen auch Kinder- und Jugendärzte mit dem/r entspr. Schwerpunkt bzw. Zusatzbezeichnung, mit einer Ermächtigung für den Bezirk der KVS.

Die Teilnahme beginnt **ab dem Zeitpunkt des Eingangs der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Arzt (TE/EWE Arzt – Anlage 2) bei der KV Sachsen**. Ab diesem Zeitpunkt ist der Arzt zur Entgegennahme von TE/EWE der Versicherten und zur Leistungserbringung berechtigt.

Die **Übermittlung der TE/EWE des Arztes an die KV Sachsen erfolgt vorzugsweise elektronisch** (per Fax, E-Mail o. a.), nur in Ausnahmefällen postalisch.

Für die Vertragsteilnahme verpflichtet sich der Arzt für konsiliarische Fallkonferenzen die erforderlichen Zugangsvoraussetzungen über techn. Verfahren zu telemedizinischen Konsilien (Telekonsilien-Vereinb.) sicherzustellen und als Mindestausstattung die in § 2 (1a) Telekonsilien-Vereinbarung geforderte Möglichkeit vorzuhalten und anzubieten.

Versorgungsauftrag des Vertragsarztes (§ 4)

Die **Leistungen der Eingangsdiagnostik** sind Bestandteil der vertragsärztlichen Regelversorgung, dort abschließend beschrieben und **durch die entspr. Gebührenordnungspositionen des EBM abgegolten**.

Wird dabei festgestellt, dass weitere Untersuchungen nach diesem Vertrag erforderlich sind, können **folgende Leistungen** gemäß des Leistungs- und Vergütungsverzeichnisses (Anlage 3) erbracht und entspr. abgerechnet werden:

Abr.-Nr.	**Leistungen der Pauschale** … jeweils inkl.: - Dokumentation in Patientenakte; - Abstimmung der weiteren Behandlung mit dem gesetzlichen Vertreter des Kindes und dem Haus- bzw. Kinder- und Jugendarzt; - Übermittlung notwendiger Befunde, insb. evtl. Therapieunterlagen, an d. anfragenden Vertrags- bzw. Haus- / Kinder- u. Jugendarzt innerhalb v. 30 Tagen nach erfolgter Auswertung d. Testuntersuchung bzw. Schulung mittels (e-) Arztbrief o. telemed. Konsiliarsystem	**Vergütung** (€)
98360D	**Diagnostik Kinder- und Jugend-Endokrinologie/-Diabetologie** - **maximal zweimal im Krankheitsfall** abrechnungsfähig Leistungsinhalt: - Testuntersuchung(en) durch eine med. Fachangestellte mit dem Ausbildungsabschluss der Endokrinologie-Assistenz nach Leitlinien der DGKED und für Kinderheilkunde und Jugendmedizin: Arginin-Stimulations- / Arginin-GHRH- / CRH- / GnRH- / Synacthen- / Buserelin- / oGTT Test - Bei Bedarf Einleitung weiterer Untersuchungen der endokrinologischen Stufendiagnostik	**25,00**
98360T	**Therapie Kinder- und Jugend-Endokrinologie/-Diabetologie** - **einmalig je Versicherten** abrechnungsfähig, - bei Vorliegen der **gesicherten Diagnose E23.0** (Hypopituitarismus) Leistungsinhalt: - Information u. Empfehlung zu mögl. Maßnahmen der Gesundheitsförderung der AOK PLUS; - bei Vorliegen u. Dokumentation der gesicherten Diagnose E23.0: Durchführung der Patientenschulung durch eine med. Fachangestellte mit dem Ausbildungsabschluss der Endokrinologie-Assistenz, ggf. auch unter ausschl. Beteiligung des Sorgeberechtigten, entspr. des zum Einsatz kommenden Arzneimittels mit den Schwerpunkten, korrekte Lagerung, tägliche Injektion, richtige Spritztechnik	**30,00**

Mit der Abrechnung der o. g. Abrechnungsnummern bestätigt der abrechnende Vertragsarzt, dass die Leistungen vollständig und vertragsgemäß erbracht wurden.

Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen.

Die Abrechnung der Leistungen erfolgt gemäß § 295 SGB V quartalsweise gegenüber der KV Sachsen und bestimmt sich nach den für die vertragsärztliche Versorgung geltenden Regelungen. Es gilt die Abrechnungsordnung der KV Sachsen.

Eine parallele privatärztliche Abrechnung von Leistungen ist ausgeschlossen.

Die Finanzierung der Leistungen erfolgt durch die AOK PLUS außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

Ergibt die Auswertung der Diagnostik Kinder- und Jugend-Endokrinologie/-Diabetologie keine Notwendigkeit der Weiterbehandlung durch den Kinder- und Jugendendokrinologen/-diabetologen, ist eine Weiterbehandlung durch den behandelnden Haus- bzw. Kinder- und Jugendarzt ausreichend.

Eine Ausschreibung des Versicherten aus dem Vertrag ist dabei nicht erforderlich.

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 Pflegetag
E-GO ..... **3,10 €**
BMÄ ..... **2,56 €**

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 €**

- Nur für den Kostenträger Bundeswehr berechnungsfähig.
- Für die Ausstellung dieser Bescheinigung kann auch die GOP 01601 EBM abgerechnet werden.
- **Ab 01.07.2006 kann ein <u>nicht</u> 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.

Vertrag über das Einholen von Unterlagen und Auskünften des behandelnden Arztes im Rahmen der Begutachtung der Pflegebedürftigkeit gemäß SGB XI durch den MDK Sachsen, Neufassung ab 01.01.2016

Dieser Vertrag wird zum 30.09.2023 beendet, da vom Medizinischen Dienst Sachsen in den letzten Jahren nur noch vereinzelte Anfragen gestellt wurden, um Unterlagen und Auskünfte für die Begutachtung der Pflege-bedürftigkeit von Ärzten zu erhalten.

Nach § 18 (4) SGB XI soll der Medizinische Dienst der Krankenversicherung im Freistaat Sachsen (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.

Dieser Vertrag regelt die im Begutachtungsverfahren erforderl. Rückfragen des MDK bei den behandelnden Vertragsärzten sowie die Vergütung u. Abrechnung der Arztanfragen.

Für die Arztanfragen verwendet der MDK die vereinbarten Formulare gemäß der Vertrags-Anlagen 2 (Arztanfrage) und 3 (Arztanfrage Verstorbene) und übermittelt diese Anfragen an den Vertragsarzt auf dem Postweg.

Wendet sich im Ausnahmefall ein Angehöriger des Versicherten direkt an dessen behandelnden Vertragsarzt, fragt der Arzt beim MDK nach, ob die Auskünfte bzw. Unterlagen erteilt bzw. übermittelt werden sollen. Eine entspr. Bestätigung übermittelt der MDK dem Vertragsarzt schriftlich (z. B. per Fax).
Die Auskünfte bzw. Unterlagen sind dem MDK in jedem Fall direkt zu erteilen bzw. zu übermitteln. Die Vergütung und Abrechnung erfolgt analog § 3 dieses Vertrages.

Ein **Vergütungsanspruch** des Vertragsarztes **besteht nur**, wenn die jeweilige Arztanfrage, einschließlich der ggf. erforderlichen Behandlungs- und Befundberichte, **innerhalb der Frist von 7 Tagen**, an den MDK Sachsen (Fachbereich Pflege Begutachtung) sendet.

Die **Frist beginnt nach Ablauf des 1. Werktages nach dem Datum des Poststempels und endet am 7. Tag**, einschließlich Samstag, Sonntag und allgemeine Feiertage, nach dem Fristbeginn. Fällt das Ende der Frist auf einen Samstag, Sonntag, einen allgemeinen Feiertag oder den 24. bzw. 31.12., so endet die Frist am nachfolgenden Werktag.

Für das Ausfüllen der Arztanfrage, inklusive der ggf. erforderlichen Übersendung von Behandlungs- und Befundberichten, einschließlich Porto, wird dem Vertragsarzt bei einer Bearbeitung innerhalb von 7 Tagen folgende Pauschale vergütet:

99141 Bearbeitung der Arztanfrage innerhalb von 7 Tagen - je Patient, je Anfrage ..... 40,00 €

- VKNR für den MDK:

	Bezirksgeschäftsstelle Chemnitz	VKNR 94889
	Bezirksgeschäftsstelle Dresden	VKNR 95889
	Bezirksgeschäftsstelle Leipzig	VKNR 96889

- Die Leistung wird unter Angabe der o. g. Abrechnungsnummer und der Angaben **des Datums des Fristbeginns (FK 5025) sowie des Datums des Postausgangs in der Arztpraxis (FK 5026)** im Rahmen der Quartalsabrechnung mit der KV Sachsen abgerechnet.

3. Teil Vorstandsbeschlüsse

3. Teil Vorstandsbeschlüsse

3.1 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

3.2 Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen

3.3 Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (GOPen 35111 bis 35719) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen

3.4 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger)

3.5 Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarung

3.6 Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen

3.7 Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall

3.8 Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe

3.9 Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

3.10 Belegarzt-Vergütung

3.11 Abrechnung Empfängnisregelung

3.12 Ausschluss hausärztlicher Gesprächsleistungen neben anderen Gesprächsleistungen

3.13 Abrechnung von delegationsfähigen Leistungen

3.14 Abrechnung kurativer Leistungen bei ausschließlich präventiven Diagnosen

3.1 Abrechnung im Bereitschaftsdienst bzw. bei Notfallbehandlungen

Beschlüssen des Vorstandes der KV Sachsen (vom 15.08.2007, 21.04.2010, 04.09.2013, 17.08.2016, 31.05.2017, 16.08.2017, 28.08.2018, 19.06.2019) zufolge sind die folgenden Leistungen bzw. Gebührenordnungspositionen (GOPen) im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (Organisierter Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen nicht (mehr) berechnungsfähig:

- **Videosprechstunde, -fallkonferenz** (GOPen 01442, 01444 und 01450 EBM),
- **Verordnung medizinischer Vorsorge für Mütter und Väter** … (GOP 01624),
- **Ärztl. Stellungnahme für die Krankenkasse bei Beantragung einer Genehmigung zur Verordnung von Cannabis oder Arzneimitteln** … (GOP 01626),
- **Zuschlag … für die Erstellung eines Medikationsplans** … (GOP 01630),
- **Zuschlag … für die Anlage eines Notfalldatensatzes** … (GOP 01640),
- **Löschen eins Notfalldatensatzes** … (GOP 01642),
- **Leistungen im Rahmen der G-BA-Richtlinie des Zweitmeinungsverfahrens** (GOPen 01645A/-B/-C/ ff.),
- **Infusionstherapie** (GOP 02101),
- **Leistungen des sog. Schwesternhausbesuches** (GOPen 03060 bis 03065 EBM),
- **Leistungen der Geriatrie und der Palliativmedizin** (Abschnitte 3.2.4 bzw. 30.13 und 3.2.5 bzw. 4.2.5 EBM),
- **Leistungen der onkologischen Betreuung** (GOPen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315),
- **Zusatzpauschale fachinternistische Behandlung** (GOP 13250),
- **Ärztliche Koordination (bei) psychiatrischer Betreuung** (GOPen 14240 und 21232),
- **Fremdanamnese und /oder Anleitung bzw. Betreuung von Bezugspersonen schwer psychisch erkrankter Patienten** … (GOP 21216),
- **Hyperbare Sauerstofftherapie bei diab. Fußsyndrom** (GOPen 30210 … 30218),
- **Schulung im Gebrauch von orthopädischen Hilfsmitteln** (GOP 31900),
- **Kooperations- und Koordinationsleistungen im Pflegeheimen gemäß Anlage 27 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte** (Kapitel 37 EBM),
- **Delegationsfähige Leistungen** (Kapitel 38 EBM).

Im Hinblick auf den **Leistungsumfang im Rahmen der Notfallbehandlung** regelt die Präambel zum Abschnitt 1.2 EBM, dass bei der Behandlung eines Notfalls nur die GOPen berechnungsfähig sind, die im unmittelbaren diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallbehandlung stehen.

Diese Vorgaben gelten sowohl für die Abrechnung auf Notfallscheinen (Scheinuntergruppe (SUG) 43), als auch im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst (SUG 41 oder 46).

Zu den **Leistungen, die grundsätzlich <u>nicht</u> in unmittelbarem diagnostischen oder therapeutischen Zusammenhang mit der Notfallversorgung stehen** zählen:

- präventive Leistungen (siehe auch Vorstandsbeschluss gemäß Punkt 3.2),
- Schutzimpfungen (somit Einzel- wie auch Kombinationsimpfungen),
- Leistungen der Mutterschaftsvorsorge (außer GOPen 01785, 01786),
- Leistungen der Empfängnisregelung,
- Leistungen der Sterilisation und des Schwangerschaftsabbruches,
- belegärztliche Leistungen,

- Leistungen, deren obligater Leistungsinhalt mehrere Arzt-Patienten-Kontakte bedingt,
- Leistungen aus regionalen Verträgen
  (mit Ausnahme von Wegepauschalen und budgetbereinigenden Verträgen),
- Leistungen aus den Fachgruppenkapiteln 11 (Humangenetik), 12 (Labor), 17 (Nuklearmedizin), 19 (Pathologie), 24 (Radiologie) und 25 (Strahlentherapie) mit Ausnahme der jeweiligen Grund- und Konsiliarpauschalen,
- Leistungen der künstlichen Befruchtung (Abschnitt 8.5 EBM),
- Leistungen der Allergologie (Abschnitt 30.1 EBM),
- Leistungen der Neurophysiologischen Übungsbehandlung (Abschnitt 30.3 EBM),
- Leistungen der Physikalischen Therapie (Abschnitt 30.4 EBM),
- Leistungen der Schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten gemäß der entspr. QS-Vereinbarung (Abschnitt 30.7.1 EBM),
- Leistungen der Körperakupunktur (Abschnitt 30.7.3 EBM),
- Leistungen der Schlafstörungsdiagnostik (Abschnitt 30.9 EBM),
- Leistungen der spezialisierten Versorgung HIV (Abschnitt 30.10 EBM),
- Leistungen der Neuropsychologischen Therapie (Abschnitt 30.11 EBM),
- Leistungen der speziellen Diagnostik MRSA (Abschnitt 30.12 EBM),
- Leistungen der postoperativen Behandlung (Abschnitt 31.4 EBM),
- Leistungen des Speziallabors (Abschnitt 32.3 EBM, mit Ausnahme der GOPen 32212, 32232, 32246 (nur Ethanol), 32247, 32455 (nur Troponin), 32459 und 32460),
- Leistungen der Magnet-Resonanz-Tomographie (Abschnitt 34.4 EBM) und
- Leistungen der Psychotherapie (Kapitel 35 EBM, mit Ausnahme der Psychosomatik (GOPen 35100 u. 35110 – siehe auch Vorstandsbeschluss gemäß Punkt 3.3),

Diese Leistungen sind im Rahmen der Notfallversorgung und im kassenärztlichen Bereitschaftsdienst nicht mehr berechnungsfähig.

3.2 Ausschluss präventiver Leistungen im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.2005

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

3.3 Ausschluss von Leistungen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (GOPen 35111 bis 35719) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen, ab 01.04.2005

Wie bisher sind Leistungen lt. Psychotherapie-Richtlinie (GOPen 35111 bis 35719) im Bereitschaftsdienst (Org. Notfalldienst) bzw. bei Notfallbehandlungen nicht berechnungsfähig, da die komplexen Leistungsinhalte im Notfall in der Regel nicht vollständig erbracht werden können und dem Arzt nur die Akutbehandlung obliegt.

3.4 Leistungsbezogene Anzahlbegrenzungen oder Ausschlüsse, die lt. EBM nur unter bestimmten Voraussetzungen gelten (z. B. Körperregion, Seitenlokalisation, Körpermaterial, Krankheitserreger), ab 01.04.2005

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

- für dieselbe Körperregion
- je Extremität, je Gelenk usw.
- bei paarigen Organen für dieselbe Seite
- je Zielvolumen
- bei Laborleistungen für dasselbe Material oder denselben Krankheitserreger usw.
- je Spender bzw. je untersuchter Person (abzurechnen beim Organempfänger)

sind entspr. Angaben im Begründungsfeld erforderlich, damit die betreffenden Regeln nicht greifen bzw. damit sie ausgesetzt werden können.

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

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

3.5 Abrechnung der Nrn. der Onkologie-Vereinbarung, ab 01.07.1997

Aus gegebenem Anlass weist der Vorstand der KV Sachsen darauf hin, dass die Nrn. der Onkologie-Vereinbarung nur berechnungsfähig sind, wenn die koordinierende Gesamtbetreuung eines onkologischen Patienten i. S. des Begriffs des „onkologisch verantwortlichen Arztes“ der Onkologie-Vereinbarung erfolgt.

Ausschlaggebend für die Abrechnung dieser Nrn. ist **die Supervision des gesamten Falles** mit Planung und Durchführung der Therapie, Dokumentation, Koordination anderer Fachgebiete, Erfassung und Behandlung von Nebenwirkungen etc.

3.6 Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfungen, ab 01.04.2005

Nach den Impfvereinbarungen beinhalten Impfleistungen u. a. die Erhebung der Impfanamnese, einschl. Befragung über das Vorliegen von Allergien, und das Erfragen der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen.
Wenn keine Diagnosen für kurative Leistungen angegeben wurden, sind Untersuchungen zur Feststellung der Impftauglichkeit nicht gesondert berechnungsfähig.

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist daher die Abrechnung des Ganzkörperstatus neben Impfleistungen zur Feststellung der Impftauglichkeit ausgeschlossen. Die Abrechnung neben Impfleistungen ist nur möglich, **wenn entspr. Diagnosen angegeben wurden**.

Untersuchungen bei der Impfung von Kleinkindern sind nicht gesondert berechnungsfähig.

3.7 Abrechnung von Impfungen im Verletzungsfall, ab 01.07.1996

Bei Schutzimpfungen im Verletzungsfall sind alle postexpositionellen Injektionen von Tollwut-Aktivimpfstoff, die Erstinjektion von Tetanus-Aktivimpfstoff sowie ggf. erforderliche Injektionen von Passivimpfstoffen mit der Grund- bzw. Versichertenpauschale wie auch der Notfallpauschale abgegolten.

Wird jedoch gleichzeitig neben dieser Impfung eine weitere, rein präventive, Impfung vorgenommen, z. B. gegen Diphtherie, kann diese lt. Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen nach der Impfvereinbarung abgerechnet werden.

Aus dem Behandlungsausweis muss eindeutig hervorgehen, **welche Impfungen** erbracht wurden bzw. **welche Impfstoffe** verwendet wurden.

3.8 Behandlung von Männern durch Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe, ab 01.01.1996

Das Gebiet der Frauenheilkunde und Geburtshilfe umfasst die Erkennung, Vorbeugung, Behandlung und Nachsorge von geschlechtsspezifischen Gesundheitsstörungen der Frau einschließlich der Betreuung und Überwachung von Schwangerschaften, Geburten, ... sowie der Prä- und Perinatalmedizin.

Der Vorstand der KV Sachsen beschloss in Auslegung der Weiterbildungsordnung der Sächsischen Landesärztekammer, dass die Behandlung von Männern (außer bei Transsexuellen sowie bei der Personenangabe „divers“) auf deren Behandlungsausweis für Fachärzte für Frauenheilkunde und Geburtshilfe weiterhin grundsätzlich fachfremd und damit nicht berechnungsfähig ist.

Das gilt auch bezogen auf regionale Vereinbarungen, deren Leistungen grundsätzlich fachfremd und somit – auch im Notfall – nicht berechnungsfähig sind.

Von dieser Regelung ausgenommen sind:

- sämtliche erbrachte Leistungen im Rahmen der Partnerbehandlung bei Infektionen des Genitaltraktes,
- erbrachte Leistungen im Zusammenhang mit der Mammographie und der Mammasonographie,
- die Behandlung von Männern mit Mammakarzinom sowie die Untersuchung von Verdachtsfällen,
- Impfleistungen bei Männern lt. der entspr. Vereinbarung,
- regionale Vereinbarungen, in denen explizit die Fachgebietsgrenzen aufgehoben wurden; eine Abrechnung der Versicherten- bzw. Grundpauschale ist in diesen Fällen nicht möglich.

Die zu Lasten des Ehemannes berechnungsfähigen Leistungen im Rahmen der künstlichen Befruchtung sind im EBM abschließend geregelt.

3.9 Behandlung von Erwachsenen durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, ab 01.01.1996

Das Gebiet der Kinder- und Jugendmedizin umfasst die Erkennung, Behandlung, Prävention, Rehabilitation und Nachsorge aller Erkrankungen, Entwicklungsstörungen … des Kindes von der Geburt bis zum Abschluss seiner somatischen Entwicklung einschließlich pränataler Erkrankungen, Neonatologie, Sozialpädiatrie und der Schutzimpfungen.

Daher ist die Behandlung Erwachsener (ab dem Alter von 18 Jahren) gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen für Fachärzte (FÄ) für Kinder- und Jugendmedizin weiterhin grundsätzlich fachfremd und damit nicht berechnungsfähig.

Das gilt auch bezogen auf regionale Vereinbarungen, deren Leistungen grundsätzlich fachfremd und somit – auch im Notfall – nicht berechnungsfähig sind.

Besondere Ausnahmefälle, für die diese Regelung nicht gilt (konkretisiert durch Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen mit Wirkung ab 01.01.2012):

- für einen eng befristeten Zeitraum nach dem 18. Geburtstag des Patienten zum Abschluss einer laufenden Behandlung bzw. zur ordnungsgemäßen Übergabe der Behandlung an den weiterbehandelnden Arzt;
- bei der Behandlung geistig behinderter Patienten, die langjährig in der Betreuung eines Kinderarztes sind, sofern dies der KVS nachgewiesen wird und nicht im Einzelfall spezifische Facharztleistungen erbracht werden, die auch von einem entspr. Facharzt in der Region erbracht werden können;
- regionale Vereinbarungen, in denen explizit die Fachgebietsgrenzen aufgehoben wurden; eine Abrechnung der Versicherten- bzw. Grundpauschale ist in diesen Fällen nicht möglich;
- die Erbringung fachärztlicher Leistungen durch niedergelassene fachärztlich tätige Kinderärzte, sofern diese Leistungen in der Region nicht ausreichend oder überhaupt nicht durch FÄ des entspr. Fachgebietes erbracht werden können.

Diese Ausnahmetatbestände werden durch die KV Sachsen automatisch geprüft. Bei Klärungsbedarf, erfolgt eine Kontaktaufnahme mit der Praxis. **Ein vorheriger Antrag auf Genehmigung bzw. eine vorherige Begründung zur Abrechnung von Leistungen der Behandlung erwachsener Patienten ist nicht notwendig.**

Hinweis:
Gemäß Infektionsschutzgesetz (§ 20 Absatz 4) **ist jeder Arzt zur Durchführung von Schutzimpfungen berechtigt**. Fachärzte dürfen Schutzimpfungen unabhängig von den Grenzen der Ausübung ihrer fachärztlichen Tätigkeit durchführen.

3.10 Belegarzt-Vergütung, Neufassung ab 01.01.2010

Für die stationäre vertragsärztliche (belegärztliche) Tätigkeit gilt die ab 01.01.2010 mit den sächsischen Primär- u. Ersatzkassen geschlossene „Vereinbarung über die Vergütung der stationären vertragsärztlichen Tätigkeit (belegärztliche Behandlung)“ mit den darin aufgeführten Vergütungssätzen für belegärztliche Leistungen (§ 3) sowie weiteren Regelungen.

Vertragsdetails sind im Punkt 2.26 zu finden sowie auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Recht und Vertrag > (Buchstabe) „B“ > „Belegarztvereinbarung …“.

3.11 Abrechnung Empfängnisregelung, ab 01.07.2010

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen ist die Abrechnung der **Gebührenordnungspositionen**
01821 „Beratung i. R. der Empfängnisregelung“ und
01822 „Beratung ggf. einschließlich Untersuchung i. R. der Empfängnisregelung“

für Frauen, für die
die Grundpauschale „für Versicherte **bis zum vollendeten 5. Lebensjahr**“ **bzw.**
die Grundpauschale „für Versicherte **ab Beginn des 60. Lebensjahres**“
abgerechnet werden können, **nicht zulässig**.

3.12 Ausschluss hausärztlicher Gesprächsleistungen neben anderen Gesprächsleistungen, ab 01.10.2014

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen v. 11.07.2014 sind die hausärztlichen Gesprächsleistungen nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 03230 und 04230 im selben Arzt-Patienten-Kontakt (vom selben Arzt) neben den Gesprächsleistungen nach den GOPen 04430, 14220, 14222, 16220, 21216, 21220, 22220, 22221 und 23220 nicht berechnungsfähig.

3.13 Abrechnung von delegationsfähigen Leistungen

Gemäß § 15 Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) sind die an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzte verpflichtet, die vertragsärztliche Tätigkeit persönlich auszuüben.

Persönliche Leistungserbringung bedeutet jedoch nicht, dass sämtliche Leistungen durch den Arzt höchstpersönlich erbracht werden müssen. Dies ist in der „Vereinbarung über die Delegation ärztlicher Leistungen an nichtärztliches Personal in der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 28 (1) S. 3 SGB V“ (Anlage 24 BMV-Ä) geregelt.

Diese Vereinbarung enthält einen nicht abgeschlossenen Beispielkatalog delegierbarer ärztlicher Leistungen.

Zu den nicht delegierbaren (höchstpersönlichen) Leistungen zählen insbesondere Anamnese, Indikationsstellung, Untersuchung des Patienten einschließlich invasiver diagnostischer Leistungen, Diagnosestellung, Aufklärung und Beratung des Patienten, Entscheidungen über die Therapie und Durchführung invasiver Therapien und operativer Eingriffe.

Bei den delegierbaren Leistungen muss unterschieden werden, ob die Leistungen
- innerhalb der Praxis (bei denen bei Bedarf ein Arzt anwesend ist) oder
- im Rahmen des so genannten Schwesternhausbesuches

erbracht werden.

Beim Schwesternhausbesuch wird unterschieden

- **in Besuche durch eine nichtärztliche Praxisassistenz (NäPa)**
  nach den GOPen 03062 und 03063 bzw. Abschnitt 38.3 des EBM oder
- **durch beauftragte Mitarbeiter der Arztpraxis**
  nach GOP 38100 und 38105 EBM.

Die Anmerkung im EBM zu diesen Besuchsleistungen regelt, dass nur die Leistungen erbracht und berechnet werden dürfen, die vom Arzt im Einzelfall delegiert worden sind.

Vom Vorstand der KV Sachsen wurden ausgewählte Leistungen des EBM als delegierbare Leistungen i. R. des Schwesternhausbesuches, also ohne unmittelbare Anwesenheit des Arztes, bestätigt. Dabei handelt es sich um die nachfolgend aufgeführten GOPen:

01430, 01820, 01828, 02313, 02322, 02323, 02500, 02501, 02510, 02511, 02512, 02520, 03322, 03330, 04322, 04330, 13252, 13255, 27322, 27330, 30300, 30301, 30400, 30401, 30402, 30410, 30411, 30420 und 30421 sowie Abschnitt 32.2 EBM.

Im Schwesternhausbesuch durch eine nichtärztliche Praxisassistenz (NäPa),
GOPen 03062 und 03063, ist zusätzlich die GOP 31600 berechnungsfähig.

Bezüglich Impfleistungen hat der **Vorstand der KV Sachsen entschieden**, **dass** (nur) **eine NäPa ab dem Quartal 2022/IV sämtliche Schutzimpfungen gemäß der Impfvereinbarung Sachsen - Pflichtleistungen sowie - Satzungsleistungen im NäPa-Hausbesuch durchführen darf**. Schutzimpfungen aufgrund von (Auslands-) Reisen können i. R. des NäPa-Hausbesuches nicht erbracht sowie abgerechnet werden.

Einzelne der genannten delegierbaren Leistungen sind im Schwesternhausbesuch nur dann berechnungsfähig, wenn bestimmte obligate Leistungsinhalte erbracht werden.

Beispiel: GOPen 01430 und 01820.
Diese sind nur bzgl. der Übermittlung von Befunden oder ärztlichen Anordnungen an den Patienten im Schwesternhausbesuch berechnungsfähig. Eine Ausstellung von Wiederholungsrezepten bzw. Überweisungsscheinen ist durch die Schwester nicht möglich.

Die Leistungen nach den **GOPen 30300 bis 30421 sind im Rahmen des Schwesternhausbesuches nur berechnungsfähig, wenn sie durch entsprechend qualifizierte nichtärztliche Mitarbeiter erbracht werden** (Krankengymnasten, Heilpädagogen, Ergotherapeuten, Physiotherapeuten etc.), die ihre Qualifikation gegenüber der KV Sachsen nachgewiesen haben.

Die Leistungen nach den **GOPen 03062, 03063, 03064, 03065, 38200, 38202, 38205, 38207 sind nur berechnungsfähig, wenn in dem Quartal ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattfand** (Abrechnung der Versicherten-bzw. Grundpauschale).

3.14 Abrechnung kurativer Leistungen bei ausschließlich präventiven Diagnosen

Beschlüssen des Vorstandes der KV Sachsen zufolge sind **in einem Behandlungsfall, in dem ausschließlich** (folgende) **präventive Diagnosen angegeben wurden,** (sämtliche) **kurative Leistungen nicht berechnungsfähig** und somit zu streichen.

Als ausschließlich präventive Diagnosen gelten:

ICD-10-GM	Beschreibung
U11.9	Notwendigkeit der Impfung gegen COVID-19, nicht näher bezeichnet
Z00.0	Ärztliche Allgemeinuntersuchung (Ärztliche Gesundheitsuntersuchung / Check-up / Periodische Untersuchung (jährlich) (körperlich) / Vorsorgeuntersuchung o.n.A.)
Z00.1	Gesundheitsvorsorgeuntersuchung eines Kindes (Prüfung des Entwicklungsstandes eines Säuglings oder Kindes)
Z23.-	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen einzelne bakterielle Krankheiten
Z24.-	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen bestimmte einzelne Viruskrankheiten
Z25.-	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Viruskrankheiten
Z26.-	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen andere einzelne Infektionskrankheiten
Z27.-	Notwendigkeit der Impfung [Immunisierung] gegen Kombinationen von Infektionskrankheiten
Z28	Nicht durchgeführte Impfung [Immunisierung]

4. Teil Beschlüsse und Feststellungen

Die Beschlüsse des Bewertungsausschusses gemäß § 87 Absatz 3 SGB V **zu Änderungen des Einheitlichen Bewertungsmaßstabes** (EBM) **sind bitte dem Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen.**

Den EBM in seiner aktuellen Fassung finden Sie auf der Internetpräsenz der KBV (www.kbv.de) unter > Service > Rechtsquellen > EBM.

Die fortlaufenden **Beschlüsse und Feststellungen der Partner des Bundesmantelvertrages-Ärzte (BMV-Ä)** sind bitte ebenfalls dem Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen.

5. Teil Sonstiges

5. Teil Sonstiges

5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften

5.2 Besondere Erklärungen, die gemäß EBM mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind

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

5.4 Abrechnungsbesonderheiten in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren

5.5 Abrechnung Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung

5.1 Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften, ab 01.04.05

5.1.1 Ersatzverfahren bei Kindern ohne eigene eGK, ab 01.10.2020

Bei Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensmonat, bei denen noch **keine eigene eGK vorliegt**, ist seit 01.10.2020 das **Ersatzverfahren anzuwenden**.

Der Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) wurde in den §§ 19 und 22 entspr. erweitert.

Demnach ist die Abrechnung über das Ersatzverfahren durchzuführen, wenn für einen Patienten bis zum voll. 3. Lebensmonat zum Zeitpunkt des Arzt-Patienten-Kontaktes bzw. der Untersuchungen nach der „Kinder-Richtlinie“ noch keine eGK vorliegt.

Aufgrund dieser neuen Regelungen wurde die bisherige Bestimmung (Präambel zum Abschnitt 1.7.1 EBM) gestrichen.

Bei Kindern bis zum vollendeten 3. Lebensmonat, für die noch keine eGK vorliegt, sind **im Ersatzverfahren folgende Daten zu erheben:**

- Bezeichnung der Krankenkasse, bei dem das Kind versichert ist,
- Name und Geburtsdatum des versicherten Kindes,
- Versichertenart,
- Postleitzahl des Wohnortes,
- nach Möglichkeit die Krankenversichertennummer.

Durch eine Unterschrift auf dem Abrechnungsschein (Muster 5) ist von einem Elternteil zu bestätigen, dass das Kind gesetzlich krankenversichert ist Dies gilt nicht im Rahmen der Notfallbehandlung.
(KBV-Praxisnachrichten vom 24.09.; Website der KV Sachsen „Aktuell“ vom 09.10.2020)

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

Nachfolgende Gebührenordnungspositionen sind - zum Zwecke der Evaluation und der Rechnungslegung gegenüber den Krankenkassen - immer mit „M“ zu kennzeichnen, wenn sie bei Männern erbracht wurden.

Frauen	Männer	Bemerkung
01737 / 01738	01737M / 01738M	
01740 / 01741 / 01742 / 01743	01740M / 01741M / 01742M / 01743M	
01745 / 01746	01745M / 01746M	
13421A	13421M	**Kennzeichnung einer Koloskopie als Abklärungsdiagnostik** nach Teil II. § 8 der Richtlinie für org. Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE-RL)
40160F	40160M	
40460F / 40461F / 40462F	40460M / 40461M / 40462M	

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 Gebührenordnungspositionen zu berechnen. Die Leistungen müssen jedoch als „präventiv“ erkennbar sein. Nach Mitteilung der KBV handelt es sich um die **Gebührenordnungspositionen 32031, 32035, 32038, 32120, 32540 bis 32546, 32550 bis 32556 sowie 33043, 33044 u. 33090.**

Diese Gebührenordnungspositionen sind bei Erbringung i. R. 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 Gebührenordnungspositionen des EBM abzurechnen, die KV prüft die Überschreitung der Höchstwerte und fügt ggf. die entspr. EDV-Nrn. ein.

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

EDV-Nr.	**Leistungsdefinition „Höchstwert …“** (Bewertung siehe EBM)	
01605	… je Behandlungsfall für die GOPen 01600 bis 01601	
02318	… im Behandlungsfall für die GOP 02312	
02319	… im Behandlungsfall für die GOP 02313	
03374	… für die GOP 03372 am Behandlungstag	
04374	… für die GOP 04372 am Behandlungstag	
19405	… im Behandlungsfall für die GOP 19404	
19412	… im Behandlungsfall für die GOP 19411	
19422	… im Behandlungsfall für die GOP 19421	
19427	… im Behandlungsfall für die GOP 19424	
19436	… im Behandlungsfall für die GOP 19430	
19437	… im Behandlungsfall für die GOP 19431	
19438	… im Behandlungsfall für die GOP 19432	
19457	… im Behandlungsfall für die GOP 19451	
19458	… im Behandlungsfall für die GOP 19452	
19459	… im Behandlungsfall für die GOP 19453	
30936	… je Behandlungsfall für die GOP 30930 bei	… Kindern u. Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lj.
30937		… Versicherten ab Beginn des 22. Lebensjahres
30960	... für die Teilnahme an der Netzwerk- und/oder Fallkonferenz nach der GOP 30948	... im Zusammenhang mit der Erbringung der GOPen 30954 und/oder 30956
30961		... für den vortragenden Arzt gemäß der Qualitätssicherungsvereinb. MRSA nach § 135 (2) SGB V

EDV-Nr.	Leistungsdefinition „Höchstwert …“ (Bewertung siehe EBM)
32118	… für die GOPen 32110 bis 32116
32138	… im Behandlungsfall für die GOPen 32137 und 32140 bis 32148 ab 3. Quartal oder außerhalb der Substitutionsbehandlung
32139	… im Behandlungsfall für die GOPen 32137 und 32140 bis 32148S im 1. und 2. Quartal der Substitutionsbehandlung
32286	… für die GOPen 32265, 32267 bis 32274, 32277 bis 32281 und 32283
32339	… für die GOPen 32330 bis 32337
32432	… für die GOPen 32430
32433	… im Behandlungsfall für die GOPen 32426 und 32427
32434	… im Behandlungsfall für die GOPen 32426 und 32427 in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr (die GOPen 32426 u. 32427 sind dafür mit d. Buchstaben „U“ zu kennzeichnen)
32458	… für die GOPen 32435 und 32437 bis 32456
32511	… für die GOPen 32489 bis 32505
32644	… für die GOPen 32569 bis 32571, 32584 bis 32642 und 32660 bis 32664
32695	… für die GOP 32690
32751	… für die GOP 32750
32771	… für die GOP 32770, je Mykobakterienart
32776	… für die GOPen 32772, 32773 und 32777, je Untersuchungsprobe
32797	… für die GOPen 32792 bis 32794, je Körpermaterial
32812	… für die GOPen 32800 und 32852
32813	… für die GOP 32851
32814	… für die GOP 32853
32950	… im Behandlungsfall für die GOP 32949
35603	… je Behandlungsfall für die GOPen 35600 - 35602 bei … Kindern u. Jugendlichen bis zum vollendeten 21. Lj.
35604	… je Behandlungsfall für die GOPen 35600 - 35602 bei … Versicherten ab Beginn des 22. Lebensjahres
37307	…für die GOP 37305 am Behandlungstag

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

Übernimmt ein Hausarzt die Praxis eines anderen Hausarztes, muss der übernehmende Hausarzt die Chroniker-Pauschale für alle übernommenen chronisch kranken Patienten mit dem Buchstaben „H“ kennzeichnen.

Diese Kennzeichnung muss in den ersten 3 Quartalen ab Übernahme des Patienten erfolgen. Danach darf diese Kennzeichnung nicht mehr erfolgen.

Gemäß Beschluss des Vorstandes der KV Sachsen **kann bei Patienten, die aus der hausarztzentrierten Versorgung (HZV) zurück in die Regelversorgung wechseln, die Chronikerpauschale** (ebenfalls) **mit dem Buchstaben „H“ gekennzeichnet werden.**

Andernfalls kommt es durch die maschinelle Prüfung automatisch zu einer Streichung der Chronikerpauschale, da die KV Sachsen keine Kenntnis eines Arzt-Patienten-Kontaktes im Rahmen eines nicht über die KV Sachsen abgerechneten HZV-Vertrages haben kann.

5.1.6 Besondere Kennzeichnung der GOPen 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 Gebührenordnungspositionen 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 substitutionsgestützten Behandlung Opiatabhängiger mit entsprechend **höherer** Bewertung und
- einen zweiten ab dem dritten Quartal oder außerhalb der substitutionsgestützten 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 GOPen 32137 und 32140 bis 32148 ohne „S“ gelangt der niedrigere Höchstwert zur Anwendung.

Sofern **Überweisungen** zur Erbringung der Leistungen nach den GOPen 32137 und 32140 bis 32148 im ersten oder zweiten Quartal erfolgen, hat der überweisende Arzt den durchführenden Arzt i. R. 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 mit dem Buchstaben „S“ gekennzeichnete GOP abrechnen kann.

Ab dem 3. Quartal oder außerhalb der Substitutions-behandlung (HW 32138)	**Im 1. oder 2. Quartal der Substituti-ons-behandlung (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

5.1.8 Besondere Kennzeichnung von Leistungen der Psycho- und Verhaltenstherapie bzw. Systemischen Therapie bei begleitender Psychotherapie einer Bezugsperson, ab 01.04.05

Gemäß Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä), in überarbeiteter Form zum 01.10.2021 in Kraft getreten, sind ggf. notwendig werdende **Leistungen der Einbeziehung der Bezugsperson(en)** gemäß § 18 hinter der Gebührenordnungsposition (GOP) **mit einem „B" zu kennzeichnen** und zwar gleichermaßen durch Ärzte und zugelassene/ ermächtigte Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten.

Wird die **Probatorische Sitzung durch Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V** erbracht, ist die entspr. GOP **mit dem Buchstaben „P" zu kennzeichnen**, unter **Einbeziehung von Bezugspersonen mit einem „Q".**

Psychotherapie-Leistungen (Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie und Systemische Therapie)**, die im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe erbracht werden,** sind **mit einem „R" zu kennzeichnen**.

Werden **im Rahmen der Rezidivprophylaxe Therapieeinheiten zur Einbeziehung von Bezugspersonen** abgerechnet, sind die entspr. GOPen **mit einem „U"** zu kennzeichnen.

Die Abrechnung der so gekennzeichneten GOPen erfolgt auf dem Behandlungsausweis des psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten zu Lasten dessen Krankenkasse.

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
		… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	
Nicht antragspflichtige Leistungen			
35150	Probatorische Sitzung	35150B	---
35150P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35150Q	---
35151	Psychotherapeutische Sprechstunde	35151B	---
35152	Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152B	---
35163	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 3 TN	35163B	---
35163P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35163Q	---
35164	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 4 TN	35164B	---
35164P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35164Q	---
35165	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 5 TN	35165B	---
35165P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35165Q	---
35166	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 6 TN	35166B	---
35166P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35166Q	---
35167	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 7 TN	35167B	---
35167P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35167Q	---
35168	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 8 TN	35168B	---
35168P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35168Q	---
35169	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 9 TN	35169B	---
35169P	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35169Q	---

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
		… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	
35173	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 3 TN	35173B	---
35174	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 4 TN	35174B	---
35175	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 5 TN	35175B	---
35176	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 6 TN	35176B	---
35177	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 7 TN	35177B	---
35178	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 8 TN	35178B	---
35179	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 9 TN	35179B	---
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (Kurzzeit- = KZT, Langzeittherapie = LZT)			
35401	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35401B	---
35402	KZT 2, Einzelbehandlung	35402B	---
35405	**LZT**, Einzelbehandlung	35405B	35405U
35503	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35503B	---
35504	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35504B	---
35505	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35505B	---
35506	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35506B	---
35507	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35507B	---
35508	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35508B	---
35509	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35509B	---
35513	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35513B	35513U
35514	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35514B	35514U
35515	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35515B	35515U
35516	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35516B	35516U
35517	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35517B	35517U
35518	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35518B	35518U
35519	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35519B	35519U

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
		… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	
Analytische Psychotherapie (Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)			
35411	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35411B	---
35412	KZT 2, Einzelbehandlung	35412B	---
35415	**LZT**, Einzelbehandlung	35415B	35415U
35523	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35523B	---
35524	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35524B	---
35525	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35525B	---
35526	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35526B	---
35527	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35527B	---
35528	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35528B	---
35529	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35529B	---
35533	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35533B	35533U
35534	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35534B	35534U
35535	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35535B	35535U
35536	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35536B	35536U
35537	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35537B	35537U
35538	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35538B	35538U
35539	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35539B	35539U
Verhaltenstherapie (Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)			
35421	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35421B	---
35422	KZT 2, Einzelbehandlung	35422B	---
35425	**LZT**, Einzelbehandlung	35425B	35425U
35543	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35543B	---
35544	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35544B	---
35545	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35545B	---
35546	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35546B	---
35547	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35547B	---
35548	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35548B	---
35549	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35549B	---
35553	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35553B	35553U
35554	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35554B	35554U
35555	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35555B	35555U
35556	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35556B	35556U
35557	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35557B	35557U
35558	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35558B	35558U
35559	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35559B	35559U

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
		… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	
Systemische Therapie (Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)			
35431	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35431B	---
35432	KZT 2, Einzelbehandlung	35432B	---
35435	**LZT**, Einzelbehandlung	35435B	35435U
35703	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35703B	---
35704	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35704B	---
35705	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35705B	---
35706	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35706B	---
35707	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35707B	---
35708	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35708B	---
35709	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35709B	---
35713	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35713B	35713U
35714	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35714B	35714U
35715	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35715B	35715U
35716	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35716B	35716U
35717	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35717B	35717U
35718	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35718B	35718U
35719	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35719B	35719U

Probatorische Sitzungen (Gruppenbehandlung), Leistungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, der Tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie, Verhaltenstherapie oder Systemischen Therapie mit einer **Sitzungsdauer von mind. 50 aber weniger als 100 Minuten sind** mit dem Buchstaben „**H**“ zu kennzeichnen. Erfolgt diese **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten, ist die entspr. GOP mit dem Buchstaben „**Z**“ zu kennzeichnen.

Leistungen der Tiefenpsychologischen bzw. der Analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie, **mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten, die im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe erbracht werden,** sind **mit dem Buchstaben „X“ zu kennzeichnen**.

Werden diese **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten **erbracht,** sind die entspr. GOPen mit einem „**Y**“ zu kennzeichnen.

GOP	**Leistungsdefinition**	**Leistungen**	**… der Rezidivprophylaxe**
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
35163H	**Probatorische Sitzung (Gruppenb.**), 3 TN	35163Z	---
35163O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35163M	---
35164H	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 4 TN	35164Z	---
35164O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35164M	---
35165H	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 5 TN	35165Z	---
35165O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35165M	---
35166H	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 6 TN	35166Z	---
35166O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35166M	---
35167H	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 7 TN	35167Z	---
35167O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35167M	---
35168H	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 8 TN	35168Z	---
35168O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35168M	---
35169H	Probatorische Sitzung (Gruppenb.), 9 TN	35169Z	---
35169O	… durch Arztgruppen lt. § 87b (2) S. 4 SGB V	35169M	---
35173H	**Gruppenpsychotherap. Grundvers.**, 3 TN	35173Z	---
35174H	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 4 TN	35174Z	---
35175H	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 5 TN	35175Z	---
35176H	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 6 TN	35176Z	---
35177H	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 7 TN	35177Z	---
35178H	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 8 TN	35178Z	---
35179H	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 9 TN	35179Z	---

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, mind. 50, weniger als 100 Minuten			
35503H	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35503Z	---
35504H	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35504Z	---
35505H	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35505Z	---
35506H	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35506Z	---
35507H	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35507Z	---
35508H	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35508Z	---
35509H	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35509Z	---
35513H	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35513Z	35513Y
35514H	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35514Z	35514Y
35515H	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35515Z	35515Y
35516H	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35516Z	35516Y
35517H	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35517Z	35517Y
35518H	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35518Z	35518Y
35519H	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35519Z	35519Y
Analytische Psychotherapie			
35523H	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35523Z	---
35524H	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35524Z	---
35525H	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35525Z	---
35526H	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35526Z	---
35527H	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35527Z	---
35528H	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35528Z	---
35529H	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35529Z	---
35533H	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35533Z	35533Y
35534H	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35534Z	35534Y
35535H	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35535Z	35535Y
35536H	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35536Z	35536Y
35537H	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35537Z	35537Y
35538H	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35538Z	35538Y
35539H	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35539Z	35539Y

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	
Verhaltenstherapie, Sitzungsdauer von mind. 50 aber weniger als 100 Minuten			
35543H	**KZT**, Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	35543Z	---
35544H	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35544Z	---
35545H	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35545Z	---
35546H	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35546Z	---
35547H	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35547Z	---
35548H	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35548Z	---
35549H	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35549Z	---
35553H	**LZT**, Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	35553Z	35553Y
35554H	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35554Z	35554Y
35555H	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35555Z	35555Y
35556H	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35556Z	35556Y
35557H	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35557Z	35557Y
35558H	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35558Z	35558Y
35559H	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35559Z	35559Y
Systemische Therapie, Sitzungsdauer von mind. 50 aber weniger als 100 Minuten			
35703H	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35703Z	---
35704H	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35704Z	---
35705H	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35705Z	---
35706H	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35706Z	---
35707H	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35707Z	---
35708H	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35708Z	---
35709H	KZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35709Z	---
35713H	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35713Z	35713Y
35714H	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35714Z	35714Y
35715H	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35715Z	35715Y
35716H	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35716Z	35716Y
35717H	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35717Z	35717Y
35718H	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35718Z	35718Y
35719H	LZT, Gruppentherapie mit 9 Teilnehmern	35719Z	35719Y

(Gesprächs-)**Leistungen**, die **im Rahmen einer Videosprechstunde** lt. Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt werden, **sind wie nachfolgend beschrieben zu kennzeichnen,** ebenso wenn dies **unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgt** (gemäß § 11 (10) der Anlage 1 zum BMV-Ä).

Leistungen der Tiefenpsychologischen bzw. der Analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie)**, die im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe erbracht und i. R. einer Videosprechstunde durchgeführt werden,** sind **mit dem Buchstaben „C“ zu kennzeichnen**.

Leistungen der Tiefenpsychologischen bzw. Analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie bzw. Systemischen Therapie als Einzelbehandlung, die **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe erbracht und i. R. einer Videosprechstunde durchgeführt werden,** sind mit einem „**Y**“ zu kennzeichnen.

Weitere **Leistungen im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**, die **i. R. einer Videosprechstunde** durchgeführt werden, **sind wie folgt zu kennzeichnen**.

GOP	**Leistungsdefinition**	**Leistungen**	**… der Rezidivprophylaxe**
		… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten	
Nicht antragspflichtige Leistungen			
35110V	Verbale Intervention bei psychosom. K.	---	---
35111V	Übende Interventionen, Einzelbehandlung	---	---
35112V	Übende Interventionen, Gruppenbehandl.	---	---
35113V	Übende Interv. Ki./Jugendl., Gruppenbeh.	---	---
35141V	Vertiefte Exploration	---	---
35142V	Zuschl. Erhebung neurol./ psych. Befunde	---	---
35152V	Psychotherapeutische Akutbehandlung	35152W	
35173V	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 3 TN	35173W	---
35174V	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 4 TN	35174W	---
35175V	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 5 TN	35175W	---
35176V	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 6 TN	35176W	---
35177V	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 7 TN	35177W	---
35178V	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 8 TN	35178W	---

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			
35401V	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35401W	---
35402V	KZT 2, Einzelbehandlung	35402W	---
35405V	**LZT**, Einzelbehandlung	35405W	35405Z
35503V	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35503W	---
35504V	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35504W	---
35505V	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35505W	---
35506V	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35506W	---
35507V	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35507W	---
35508V	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35508W	---
35513V	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35513W	35513D
35514V	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35514W	35514D
35515V	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35515W	35515D
35516V	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35516W	35516D
35517V	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35517W	35517D
35518V	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35518W	35518D
Analytische Psychotherapie			
35411V	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35411W	---
35412V	KZT 2, Einzelbehandlung	35412W	---
35415V	**LZT**, Einzelbehandlung	35415W	35415Z
35523V	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35523W	
35524V	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35524W	
35525V	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35525W	
35526V	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35526W	
35527V	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35527W	
35528V	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35528W	
35533V	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35533W	35533D
35534V	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35534W	35534D
35535V	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35535W	35535D
35536V	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35536W	35536D
35537V	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35537W	35537D
35538V	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35538W	35538D

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
Verhaltenstherapie			
35421V	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35421W	---
35422V	KZT 2, Einzelbehandlung	35422W	---
35425V	**LZT**, Einzelbehandlung	35425W	35425Z
35543V	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	---	
35544V	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	---	
35545V	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	---	
35546V	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	---	
35547V	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	---	
35548V	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	---	
35553V	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35553W	35553D
35554V	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35554W	35554D
35555V	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35555W	35555D
35556V	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35556W	35556D
35557V	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35557W	35557D
35558V	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35558W	35558D
Systemische Therapie			
35431V	**KZT** 1, **Einzelbehandlung**	35431W	---
35432V	KZT 2, Einzelbehandlung	35432W	---
35435V	**LZT**, Einzelbehandlung	35435W	35435Z
35703V	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35703W	---
35704V	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35704W	---
35705V	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35705W	---
35706V	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35706W	---
35707V	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35707W	---
35708V	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35708W	---
35713V	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35713W	35713D
35714V	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35714W	35714D
35715V	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35715W	35715D
35716V	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35716W	35716D
35717V	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35717W	35717D
35718V	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35718W	35718D

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
35571V	Zuschlag Einzeltherapie	---	---
35572V	Zuschlag Gruppentherapie	---	---
35573V	Zuschlag Sprechstunde/ Akutbehandlung	---	---
35591V	Zuschlag KZT, Einzelbehandlung	---	---
35593V	**Zuschlag KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 TN	---	---
35594V	Zuschlag KZT, Gruppentherapie mit 3 TN	---	---
35595V	Zuschlag KZT, Gruppentherapie mit 3 TN	---	---
35596V	Zuschlag KZT, Gruppentherapie mit 3 TN	---	---
35597V	Zuschlag KZT, Gruppentherapie mit 3 TN	---	---
35598V	Zuschlag KZT, Gruppentherapie mit 3 TN	---	---
35600V	Anw./Ausw. standardisiert. Testverfahren	---	---
35601V	Anw./Ausw. sychometr. Testverfahren	---	---

Probatorische Sitzungen (Gruppenbehandlungen), Leistungen der Gruppenpsychotherapeutischen Grundversorgung, der Tiefenpsychologischen bzw. Analytischen Psychotherapie (KZT/LZT), der Verhaltenstherapie (KZT/LZT) und der Systemischen Therapie (KZT/LZT), mit einer **Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten, die im Rahmen einer Videosprechstunde** lt. Anlage 31b zum BMV-Ä **durchgeführt werden, sind wie nachfolgend beschrieben zu kennzeichnen,** ebenso wenn diese **unter Einbeziehung einer Bezugsperson erfolgt** - lt. § 11 (10) der Anlage 1 zum BMV-Ä.

Leistungen der Tiefenpsychologischen bzw. der Analytischen Psychotherapie, der Verhaltenstherapie und der Systemischen Therapie**, die im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe erbracht und i. R. einer Videosprechstunde durchgeführt werden,** sind **mit dem Buchstaben „F“ zu kennzeichnen**.

GOP	**Leistungsdefinition**	**Leistungen**	**… der Rezidivprophylaxe**
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
Nicht antragspflichtige Leistungen			
35173A	**Gruppenpsychotherap. Grundvers.**, 3 TN	35173T	---
35174A	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 4 TN	35174T	---
35175A	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 5 TN	35175T	---
35176A	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 6 TN	35176T	---
35177A	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 7 TN	35177T	---
35178A	Gruppenpsychotherap. Grundvers., 8 TN	35178T	---

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie			
35503A	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35503T	---
35504A	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35504T	---
35505A	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35505T	---
35506A	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35506T	---
35507A	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35507T	---
35508A	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35508T	---
35513A	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35513T	35513G
35514A	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35514T	35514G
35515A	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35515T	35515G
35516A	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35516T	35516G
35517A	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35517T	35517G
35518A	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35518T	35518G
Analytische Psychotherapie			
35523A	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35523T	---
35524A	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35524T	---
35525A	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35525T	---
35526A	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35526T	---
35527A	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35527T	---
35528A	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35528T	---
35533A	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35533T	35533G
35534A	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35534T	35534G
35535A	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35535T	35535G
35536A	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35536T	35536G
35537A	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35537T	35537G
35538A	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35538T	35538G

GOP	Leistungsdefinition	Leistungen	… der Rezidivprophylaxe
(Kurzzeittherapie = KZT, Langzeittherapie = LZT)		**… bei Einbeziehung der Bezugsperson(en) des Patienten**	
Verhaltenstherapie			
35543A	**KZT**, Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	35543T	---
35544A	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35544T	---
35545A	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35545T	---
35546A	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35546T	---
35547A	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35547T	---
35548A	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35548T	---
35553A	**LZT**, Gruppentherapie mit 3 Teilnehmern	35553T	35553G
35554A	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35554T	35554G
35555A	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35555T	35555G
35556A	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35556T	35556G
35557A	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35557T	35557G
35558A	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35558T	35558G
Systemische Therapie			
35703A	**KZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35703T	---
35704A	KZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35704T	---
35705A	KZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35705T	---
35706A	KZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35706T	---
35707A	KZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35707T	---
35708A	KZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35708T	---
35713A	**LZT**, **Gruppentherapie** mit 3 Teilnehmern	35713T	35713G
35714A	LZT, Gruppentherapie mit 4 Teilnehmern	35714T	35714G
35715A	LZT, Gruppentherapie mit 5 Teilnehmern	35715T	35715G
35716A	LZT, Gruppentherapie mit 6 Teilnehmern	35716T	35716G
35717A	LZT, Gruppentherapie mit 7 Teilnehmern	35717T	35717G
35718A	LZT, Gruppentherapie mit 8 Teilnehmern	35718T	35718G

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

Die abgeleitete **GOP 40100M** dient zur Kennzeichnung der Kostenpauschale neben den Leistungen des Abschnitts 1.7.3 EBM 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

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

99990 Arzt-Patienten-Kontakt ohne berechnungsfähige Leistungen

Durch die Angabe/Abrechnung dieser „finanzneutralen“ (unbewerteten) Kontaktnummer kann der Aufwand des Arztes dokumentiert werden, d. h. die Kontakte mit den Patienten jenseits der reinen Fallzahl, um so die „Betreuungslast“ transparenter zu machen.
(aus: KVS-Mitteilungen Heft 05/2021)

5.1.12 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 Abrechnungsziffern sind daneben nicht berechnungsfähig.

5.1.13 Kennzeichnung von selektivvertraglichen Fällen gemäß Abschnitt 32.1 Nr. 3 EBM, ab 01.01.2011

88192 Kennzeichnung von selektivvertraglichen Fällen im Quartal gemäß der Bestimmung Nr. 3 zum Abschnitt 32.1 EBM **bei Ärzten, die an einem Selektivvertrag teilnehmen,** für in diesem Selektivvertrag eingeschriebene Versicherte, **sofern** gemäß diesem Vertrag (Labor-) **Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 EBM weiter als kollektivvertragliche Leistungen** gemäß § 73 SGB V **veranlasst oder abgerechnet werden und** in diesen Fällen **keine Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale gegenüber der KV berechnet wird**

- kann auch als alleinige Leistung im Fall abgerechnet werden,
- mindestens eine behandlungsrelevante Diagnose ist anzugeben sowie
- ggf. zusätzlich eine Kennnummer gemäß Abschnitt 32.1 Nr. 6 EBM.

5.1.14 Kennzeichnung von selektivvertraglichen/ knappschaftsärztlichen Behandlungsfällen gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 EBM durch (Haus-/Allgemein-) Ärzte, ab 01.01.2015

88194 Kennzeichnung von selektivvertraglichen bzw. knappschaftsärztlichen Behandlungsfällen gemäß Nr. 11 der Präambel 3.1 EBM **durch (Haus-/Allgemein-) Ärzte** gemäß § 73 (1a) Nrn. 1, 3, 4, 5 SGB V

Mit der Nr. 88194 sind gem. Nr. 11 der Präambel 3.1 zum Kapitel 3 EBM auch diejenigen selektivvertraglichen Behandlungsfälle zu kennzeichnen, in denen zusätzlich einzelne Leistungen des EBM erbracht werden, die nicht Bestandteil des Selektivvertrages oder des Vertrages zur knappschaftsärztlichen Versorgung sind.

Die Nr. 88194 kann auch als alleinige Leistung im Fall abgerechnet werden, mind. eine behandlungsrelevante Diagnose ist anzugeben (Ersatzwert „UUU“ ist nicht mehr möglich).

5.1.15 Bewertung der Gebührenordnungsposition 32001 in Euro

Übersicht über die Bewertung der GOP 32001 (Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen der Abschnitte 32.2 und/oder 32.3 … im Behandlungsfall, in dem mindestens eine Versicherten-, Grund- u./o. Konsiliarpauschale [VG, GP u./o. KP] der Kapitel 3, 4, 7 bis 11, 13, 16 bis 18, 20, 21, 26, 27 oder des Abschnitts 30.7 mit persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt abgerechnet wird) für die entspr. Arztgruppen gemäß EBM in Punkten und in Euro
(anhand des Orientierungspunktwertes, ab 01.01.2023 in Höhe von 11,4915 Cent/Punkt)

VP, GP o. KP des EBM-Kapitels o. Abschnitts	**Arztgruppe**		**Bewertung**	
			Pkt.	**Euro**
3	Allgemeinmedizin, hausärztliche Internisten und praktische Ärzte		19	2,18
4	Kinder- und Jugendmedizin		17	1,95
7	Chirurgie		3	0,34
8	Gynäkologie	FÄ ohne SP Endokrinologie u. Reproduktionsmedizin	10	1,15
8		… SP Endokrinologie und Reproduktionsmedizin: nur für Ärzte, die d. GOPen 08520, 08531, 08535, 08537, 08538, 08539, 08550, 08555 und 08558 berechnen	37	4,25
9	Hals-Nasen-Ohrenheilkunde		6	0,69
10	Dermatologie		10	1,15
11	Humangenetik		3	0,34
13.2	Innere Medizin, Fachärztl. Internisten ohne Schwerpunkt (Teilgebiet)		15	1,72
13.3.1	Fachärztliche	… Angiologie	10	1,15
13.3.2	Internisten	… Endokrinologie	37	4,25
13.3.3	mit Schwerpunkt	… Gastroenterologie	15	1,72
13.3.4	(Teilgebiet) …	… Hämatologie und Internistische Onkologie	23	2,64
13.3.5		… Kardiologie	6	0,69
13.3.6		… Nephrologie	37	4,25
13.3.7		… Pneumologie	15	1,72
13.3.8		… Rheumatologie	23	2,64
16	Neurologie, Neurochirurgie		6	0,69
17	Nuklearmedizin		23	2,64
18	Orthopädie	… Fachärzte ohne SP Rheumatologie	3	0,34
18		… SP Rheumatologie: Nur für Ärzte, die die GOP 18700 berechnen	6	0,69
20	Phoniatrie, Pädaudiologie		3	0,34
21	Psychiatrie		3	0,34
26	Urologie		15	1,72
27	Physikalische und Rehabilitative Medizin		3	0,34
30.7	Schmerztherapie		3	0,34

… einmal im Behandlungsfall

Die GOP 32001 wird (weiterhin) durch die KV Sachsen zugesetzt.
Weitere Regelungen zur GOP 32001 finden Sie im EBM in der jeweils aktuellen Fassung.

Weitere Änderungen im Rahmen der ersten Stufe der Laborreform **zum 01.04.2018 gibt es hinsichtlich der sogenannten Ausnahmekennziffern (Kennnummern) zur Befreiung vom Laborbudget.** Hier wurde eine neue Systematik eingeführt.

Die Kennnummern gemäß Abschnitt 32.1 Nr. 6 EBM **befreien nunmehr nicht mehr alle** bezogenen, eigenerbrachten und überwiesenen **Leistungen der EBM-Abschnitte 32.2 und 32.3, sondern nur die GOPen, die für die jeweilige Untersuchungsindikation spezifisch sind.** Dabei können beim gleichen Patienten mehrere Kennnummern nebeneinander abgerechnet werden.

Die **Übersicht der Untersuchungsindikationen** mit den dazugehörigen Kennnummern sowie die Leistungen, die bei der Berechnung der Laborkosten herausgerechnet werden („ausgenommen“ sind), finden sich **im Abschnitt 32.1 unter dem Punkt 6 des EBM**.

Sind die genannten Kennnummern (ggf. mehrere) für den behandelten Patienten relevant, sind diese <u>ausschließlich</u> in der Abrechnung der beziehenden, eigenerbringenden oder veranlassenden Arztpraxis anzugeben. Da die meisten Indikationen bei den Patienten lebenslang erhalten bleiben, empfiehlt es sich, die Kennnummern in der Praxissoftware so zu hinterlegen, dass die Abrechnung in jedem Folgequartal automatisch vorgeschlagen wird.

Eine Angabe der Kennnummern auf dem Laborüberweisungsschein (Muster 10 oder Muster 10 A) ist nicht mehr erforderlich.

Weitere Einzelheiten zur Laborreform und zum Wirtschaftlichkeitsbonus sind auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (www.kbv.de)
unter Service > Abrechnung > Laborreform (http://www.kbv.de/htm1/33487.php) zu finden.

5.1.16 Abrechnung von Narkosen bei Zahnbehandlungen von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie

In § 87b (2) Satz 5 SGB V ist geregelt, dass im Honorarverteilungsmaßstab (HVM) keine Maßnahmen zur Begrenzung oder Minderung des Honorars für die **Vergütung von anästhesiologischen Leistungen im Zusammenhang mit vertragszahnärztlichen Behandlungen bei Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit aufgrund geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie** angewandt werden dürfen.

Um dies zu realisieren, wurde im HVM der KV Sachsen ein entspr. Vorwegabzug festgelegt, aus dem diese Leistungen ohne Leistungssteuerung vergütet werden.

Gemäß Vorgabe der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) sind anästhesiologische Leistungen, die im Zusammenhang mit der vertragszahnärztlichen Behandlung von Patienten mit mangelnder Kooperationsfähigkeit bei geistiger Behinderung oder schwerer Dyskinesie erbracht werden, unter den Gebührenordnungspositionen (GOPen) 05210, 05211, 05212 bzw. 05230, 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 des EBM abzurechnen.

Das Vorliegen mangelnder Kooperationsfähigkeit des Patienten ist durch die Angabe einer entspr. gesicherten Diagnose gemäß ICD-10-GM zu kennzeichnen.

Behandlungsfälle, in denen eine der o. g. anästhesiologischen Leistungen aufgrund einer vertragszahnärztlichen Behandlung unter diesen Indikationen erfolgt, sind ab dem 1. Quartal 2016 durch die Angabe der Pseudo-Ziffer 99990Z zu kennzeichnen, um die rechentechnische Umsetzung dieser Regelung zu erleichtern.

Sind diese Voraussetzungen erfüllt (entspr. gesicherte Diagnose und Kennzeichnung des Behandlungsfalls durch die Pseudo-Ziffer 99990Z), wird die KV Sachsen die o. g. GOPen in entspr. gekennzeichnete GOPen umsetzen, welche dann aus dem im HVM definierten und oben beschriebenen Vorwegabzug ohne Leistungssteuerung vergütet werden.

Ab dem 1. Quartal 2016 können Behandlungsfälle ohne Kennzeichnung mit der Pseudo-Ziffer 99990Z nicht mehr berücksichtigt werden.

5.1.17 Elektronischer Arztbrief (eArztbrief)

Ärzte und Psychotherapeuten können schon länger elektronische Arztbriefe direkt aus dem Praxisverwaltungssystem (PVS) heraus versenden und empfangen. Mit einem **neuen Vergütungsmodell** werden diese Briefe **seit 01.07.2020 zusätzlich gefördert.**

Die **notwendigen Maßnahmen zur Umsetzung der Übermittlung von eArztbriefen** in der vertragsärztlichen Versorgung, **Details zu Inhalt und Struktur sowie zur Abrechnung/Vergütung** der elektron. Übertragung hat die Kassenärztliche Bundesvereinigung (KBV) in d. **„Richtlinie Elektronischer Brief“** festgelegt. Diese definiert u. a. **technische Anforderungen für den Vertragsarzt und den Kommunikationsdienst**.

- Praxen müssen den **Kommunikationsdienst KIM** (Kommunikation im Medizinwesen) einsetzen. Dieser hat besondere Sicherheitsanforderungen und wird deshalb von der gematik für die Telematikinfrastruktur zugelassen. Ein erster KIM-Dienst ist seit August 2020 verfügbar, weitere befinden sich im Zulassungsverfahren.
- Zum Versenden und Empfangen von eArztbriefen muss ein virtuelles privates Netzwerk (VPN) verwendet werden.
- eArztbriefe müssen mit dem Heilberufsausweis qualifiziert elektronisch signiert werden.

Der Kommunikationsdienst muss folgende Sicherheitsanforderungen erfüllen:

- Die Nachricht muss Ende-zu-Ende verschlüsselt sein.
- Absender und Empfänger müssen eindeutig identifizierbar sein.
- Der Anbieter muss durch die KBV zertifiziert sein.

Weitere Details zu Datenschutz und -sicherheit, zu technischen und organisatorischen Anforderungen an den Vertragsarzt und die -praxis, zu Anforderungen an den Kommunikationsdienst und das Praxisverwaltungssystem sind in der o. g. Richtlinie beschrieben.

Finanzierung des Übertragungsdienstes

Auch wenn noch kein KIM-Dienst verfügbar ist, finanzieren die Krankenkassen eine **Betriebskostenpauschale von 23,40 € pro Quartal je Praxis**.

Für die Einrichtung der Praxis für den Versand von eArztbriefen und die Nutzung von KIM erhalten Praxen zusätzlich einmalig 100 € je Praxis. Hierfür ist der Nachweis gegenüber der KV notwendig, dass die erforderlichen Komponenten installiert und funktionsfähig sind.

Die **Abrechnung der gesetzlich vorgegebenen Kostenpauschalen** für das Versenden und Empfangen von elektronischen Briefen durch Vertragsärzte, die über die techn. Ausstattung entspr. dieser Richtlinie verfügen, stellt sich gemäß deren Anlage 1 wie folgt dar:

Die Krankenkassen zahlen eine Pauschale von insgesamt 55 Cent für jeden elektronisch übermittelten Brief, wenn dessen Übertragung sicher erfolgt u. der Papierversand entfällt.

Da Sender und Empfänger in die techn. Infrastruktur investieren müssen, um Arztbriefe elektronisch übermitteln zu können, wird die Förderung (55 Cent pro Brief) aufgeteilt.

Kosten-pauschale	Bezeichnung	Vergütung
86900	**eArztbrief-Versandpauschale,** je versendetem eArztbrief	0,28 €
~~dazu ab 01.07.2020:~~		
~~GOP 01660~~	~~Strukturförderpauschale für den Versand~~	
86901	**eArztbief-Empfangspauschale,** je empfangenen eArztbrief	0,27 €

Der Vertragsarzt dokumentiert alle versendeten eArztbriefe durch die Angabe der Kostenpauschale 86900. Die Abrechnung der Kostenpauschale 86900 ist dabei nur zulässig, wenn der versendete eArztbriefe mit einer qualifizierten elektronischen Signatur nach dem Signaturgesetz versehen ist, die mit einem elektronischen Heilberufsausweis nach § 291a (5) Satz 5 SGB V erzeugt wurde.

Dabei können für einen Patienten auch mehrere Briefe verschickt werden.

Für die Kostenpauschalen 86900 und 86901 gilt ein gemeinsamer Höchstwert von 23,40 Euro je Quartal und Arzt, d. h. mehr Geld wird nicht erstattet, auch wenn mehr eArztbriefe versendet und/oder empfangen wurden.

~~Für die Strukturförderpauschale (GOP 01660) gibt es keinen Höchstwert, diese wird unbegrenzt und extrabudgetär gezahlt, auch wenn die Praxis den Höchstwert von 23,40 € erreicht hat.~~

Der elektronische Versand von Arztbriefen ersetzt den Versand mit konventionellen Post-, Boten- und Kurierdiensten sowie per Fax. Wird also die Kostenpauschale 86900 berechnet, können die Kostenpauschalen des Abschnittes 40.4 EBM (40110 und 40111) nicht berechnet werden.

Ab 01.07.2020 wurden die Kostenpauschalen 40120 bis 40126 (für das Porto) sowie 40144 (für Kopien) wurden aus dem EBM gestrichen. Dafür wurden aufgenommen

- eine **neue Porto-Kostenpauschale 40110** für die Versendung von Briefen und /oder schriftlichen Unterlagen (0,86 €),
- eine **neue Fax-Kostenpauschale 40111** (0,10 €), die zum 01.07.2021 um die Hälfte (auf 0,05 €) abgewertet wird.

Weitere Informationen finden sich auf der „Themenseite Elektronischer Arztbrief“ der KBV (http://www.kbv.de/html/earztbrief.php), z. B. auch die o. g. „Richtlinie Elektronischer Brief“ als Datei im *.pdf-Format.

5.1.18 Kennzeichnung von Fällen bei Abrechnung spezifischer Gebührenordnungspositionen bei Inter- oder Transsexualität

88150 Kennzeichnung von Fällen gem. d. Allgemeinen Bestimmungen 4.2.1 EBM **(Abrechnung spezifischer GOPen bei Inter- oder Transsexualität)**

Nach dem Personenstandsgesetz kann der Personenstand von Neugeborenen außer als „weiblich“, „männlich“ o. „ohne Angabe“ auch mit der Angabe „divers“ in das Geburtsregister eingetragen werden. Zudem können Personen mit Varianten der Geschlechtsentwicklung ihren Eintrag entspr. ändern oder streichen lassen.

Auf der elektronischen Gesundheitskarte (eGK) ist gespeichert: neben der Geschlechtsangabe „W“ (weiblich), „M“ (männlich) d. „X“ (unbestimmtes) u. „D“ (diverses) Geschlecht.

Geschlechtsspezifische Gebührenordnungspositionen (GOPen) sind bei Inter- o. Transsexualität unabhängig von der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung berechnungsfähig. Es ist also unerheblich, welches Geschlecht im Pass des Patienten steht bzw. auf der eGK gespeichert ist.

Somit sind Leistungen bei Inter- o. Transsexualität auch dann berechnungsfähig, wenn
- der geschlechtsorganbezogene Befund nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung entspricht (z. B. bei Vorliegen von Ovarien, Prostata).
- die Geschlechtszuordnung der Anspruchsberechtigten der jeweiligen GOP nicht der personenstandsrechtlichen Geschlechtszuordnung entspricht
  (z. B. das Ultraschallscreening auf Bauchaortenaneurysmen (GOPen 01747, 01748), auf das Männer ab 65 Jahren Anspruch haben,
  kann auch bei inter- oder transsexuellen Personen abgerechnet werden).
- die personenstandsrechtliche Geschlechtszuordnung nicht dem anspruchsberechtigten Geschlecht mit der niedrigeren Altersgrenze für die Leistung entspricht
  (z. B. der koloskopische Komplex, lt. Richtlinie für Männer ab 50 Jahren, ist
  auch bei inter- oder transsexuellen Personen ab 50 Jahren berechnungsfähig).

Für die Abrechnung der spezifischen GOPen bei Inter- oder Transsexualität gilt:
Ist auf der eGK gespeichert/hinterlegt
- kein „X“ oder „D“, ist bei der Abrechnung eine Kennzeichnung mit d. Nr. 88150 vorzunehmen u. als Begründung d. ICD-10-Kode für Inter- o. Transsexualität anzugeben.
- ein „X“ oder „D“ hinterlegt, so ist keine Kennzeichnung mit der Nr. 88150 notwendig.

5.1.19 Kennzeichnung humangenetischer GOPen als Leistungen der Empfängnisregelung, ab 01.04.2019

Durch BA-Beschluss (432. Sitzung, Teil B, zur Änderung des EBM zum 01.04.2019), wurden Leistungen (GOPen 01841 u. 01842) in den Abschnitt 1.7.5 EBM aufgenommen.

Gemäß der 1. Anmerkung zur GOP 01842 (Zuschlag zu 11502, 11503, 11506 u. 11508 für Gemeinkosten u. die wissenschaftliche ärztl. Beurteilung u. Befundung im Zus. mit einer in-vitro-Diagnostik zur Untersuchung eines möglichen genetischen Risikos …) **sind diese GOPen 11502, 11503, 11506 und 11508**, für die der Zuschlag nach der GOP 01842 berechnet wird, nach Maßgabe der KBV bzw. gemäß EBM **als Leistung der Empfängnisregelung mit dem Buchstaben „U“ zu kennzeichnen.**

5.1.20 Kennzeichnung humangenetischer Leistungen, die vorgeburtlich erbracht wurden, ab 01.10.2017

Nach Informationen der KBV sind ab 01.10.2017 die humangenetischen Leistungen nach den **Gebührenordnungspositionen** (GOPen) **11502, 11503, und 11513 bei vorgeburtlichen Indikationen im Ausnahmefall auch pränatal berechnungsfähig**.

Neben der Angabe der medizinischen Notwendigkeit gegenüber der KV Sachsen ist dafür **auch eine gesonderte Kennzeichnung (mit dem Buchstaben „V“)** erforderlich.

Durch die Beschlüsse des Bewertungsausschusses zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 01.04.2019 (432. Sitzung, Teil B) und mit Wirkung zum 01.01.2021 (547. Sitzung, Teil A), wurde die Präambel 11.4 Nr. 2 EBM mehrfach geändert.

Gemäß Präambel 11.4 Nr. 2 EBM setzt die **Berechnung der GOPen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 EBM** die Angabe voraus, ob die Leistungen als diagnostische, prädiktive oder als vorgeburtliche Untersuchungen erbracht wurden.

Vorgeburtliche Untersuchung stellen je Fötus **eigenständige Krankheitsfälle dar und sind** nach Maßgabe der KVen **zu kennzeichnen: mit dem Buchstaben „V“.**

Die **Höchstwerte** sind entspr. **für die (den) Versicherte(n) und je Fötus** gesondert anzuwenden. Hierfür ist **bei Vorliegen einer Mehrlingsschwangerschaft** die entspr. **Diagnose O30.1 bis O30.9** gemäß ICD-10-GM anzugeben.

5.1.21 Kennzeichnung der geriatrischen Leistungen nach den Gebührenordnungspositionen 30980 und 30981 bei gemeinschaftlicher Behandlung in BAG und MVZ, ab 01.10.2017

Durch Beschluss des Bewertungsausschusses (397. Sitzung am 21.06.2017) zur Änderung des EBM mit Wirkung zum 01.10.2017 wurde (u. a.) die Nr. 3 der Präambel des Abschnitts 30.13 EBM (Spezialisierte geriatrische Diagnostik und Versorgung) geändert.

(Deutsches Ärzteblatt, Heft 29-30, 24.07.2017, Seite A 1447 bzw.
KBV-Praxisnachrichten vom 13.07.2017 „Weiterführendes geriatrisches Assessment: Regelungen vereinfacht“ (http://www.kbv.de/html/1150_29991.php))

Die Gebührenordnungsposition (GOP) 30984 kann (unverändert) nur berechnet werden, wenn sie auf Überweisung eines Vertragsarztes gemäß Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 30.13 EBM erfolgt und eine Vorabklärung (GOPen 30980 und 30981) stattgefunden hat.

In Berufsausübungsgemeinschaften (BAG) und Med. Versorgungszentren (MVZ), in denen ein geriatrisch spezialisierter Arzt gemäß Nr. 2 zusammen mit einem Vertragsarzt gemäß Nr. 1 der Präambel zum Abschnitt 30.13 EBM tätig ist, ist die GOP 30984 auch ohne Überweisung berechnungsfähig, sofern sich die Notwendigkeit aufgrund eines hausärztlichen geriatrischen Basisassessments (GOP 03360) ergibt. In diesen Fällen ist ein Abschlag i. H. v. 50 % auf die GOPen 30980 u. 30981 vorzunehmen.

Somit **wurde die Vergütung für die Vorabklärung** (GOPen 30980 und GOP 30981) **halbiert und erfolgt durch die entspr. gekennzeichneten GOPen 30980D u. 30981D, da der Abstimmungsaufwand innerhalb einer BAG oder eines MVZ als geringer erachtet wird.**

5.1.22 Kennzeichnung der Zystoskopien (GOPen 08311, 26310, 26311) bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin durchgeführt wird, ab 01.01.2018

Für die extrabudgetäre Vergütung der Urethro(-zysto)skopien nach den Gebührenordnungspositionen (GOPen) **08311, 26310 und 26311 ist die** (bundeseinheitliche) **Kennzeichnung mit dem Buchstaben „T“ bei denjenigen Versicherten erforderlich**, **bei denen gleichzeitig eine transurethrale Therapie mit Botulinumtoxin** (neue GOPen 08312 bzw. 26316 ab 01.01.2018) **durchgeführt wird.**

(KVS-Mitteilungen Heft 02/2018, Seite IX bzw.
KBV-Praxisnachrichten vom 21.12.2017 „Neue Leistung ab 2018: Botoxbehandlung bei Blasenfunktionsstörung“ (http://www.kbv.de/html/1150_32435.php))

5.1.23 Kennzeichnung der im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens abgerechneten Leistungen, ab 01.01.2019

Der Beschluss des ergänzten BA (31. Sitzung am 29.11.2018 zur Änderung des EBM zum 01.01.2019 – DÄ, Heft 3 vom 18.01.2019) sieht eine Kennzeichnung der Leistungen vor, die im Rahmen des Zweitmeinungsverfahrens (ZMV) abgerechnet werden.

Einleitung des ZMV

Der indikationsstellende Arzt rechnet seine Leistungen durch die folgende **Gebührenordnungsposition (GOP) 01645 mit** (ausschließlich) **indikationsspezifischer Buchstabenkennzeichnung** (Vergütung: jeweils 75,0 Punkte) ab:

GOP	Inhalt „ZMV bei …“
01645**A**	einer bevorstehenden Mandeloperation
01645**B**	einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung
01645**C**	einer bevorstehenden Schulterarthroskopie
01645**D**	einer bevorstehenden Amputation beim diab. Fußsyndrom
01645**E**	geplantem Kniegelenkersatz
01645**F**	Eingriffen an der Wirbelsäule
01645**G**	kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
01645**H**	Implantation eines Herzschrittmachers, Defibrillators oder CRT-Aggregats
01645**I**	einer geplanten Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)

Berechnung/Dokumentation der im ZMV durchgeführten/abgerechneten Leistungen

Der zweitmeinende Arzt rechnet für die Erbringung der Zweitmeinung **die jeweils zutreffende** (arztgruppenspezifische) **Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschale sowie die EBM-GOPen für ggf. medizinisch notwendige Untersuchungsleistungen** gemäß § 3 (2) der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses zum ZMV ab.

Voraussetzung ist eine Genehmigung der KV Sachsen.

Zusätzlich erfolgt die indikationsspezifische Kennzeichnung dieser GOPen als Freitext im Feld „Freier Begründungstext“ (Feldkennung 5009) wie folgt:

Freier Begründungstext (FK 5009)	Inhalt „ZMV bei …“
88200A	einer bevorstehenden Mandeloperation
88200B	einer bevorstehenden Gebärmutterentfernung
88200C	einer bevorstehenden Schulterarthroskopie
88200D	einer bevorstehenden Amputation beim diabet. Fußsyndrom
88200E	geplantem Kniegelenkersatz
88200F	Eingriffen an der Wirbelsäule
88200G	kathetergestützten elektrophysiologischen Herzuntersuchungen und Ablationen am Herzen
88200H	Implantation eines Herzschrittmachers, eines Defibrillators oder eines CRT-Aggregats
88200I	einer geplanten Gallenblasenentfernung (Cholezystektomie)

5.1.24 Kennzeichnung der im Rahmen der Videosprechstunde abgerechneten Leistungen, ab 01.10.2019

Zur Etablierung und Ausweitung von Videosprechstunden in der vertragsärztlichen Versorgung wurde der EBM zum 01.10.2019 in verschiedenen Bereichen angepasst.

So wurde

- die Videosprechstunde in die Vergütungssystematik der Versicherten-, Grund- und Konsiliarpauschalen (VP/GP/KP) integriert,
- für weitere Fachgruppen die Durchführung von Videosprechstunden und die Abrechnung des Technikzuschlags zugelassen,
- die Durchführung bestimmter haus- und fachärztlicher Gesprächsleistungen und weiterer Gebührenordnungspositionen (GOPen) als Videosprechstunde ermöglicht: des Kapitels 35 (Leistungen gemäß den Psychotherapie-Richtlinien) und des Abschnitts 30.11 (Neuropsychologische Therapie),
- die Voraussetzungen zur Abrechnung der hausärztl. Chronikerpauschalen angepasst,
- eine neue GOP 01442 für die Videofallkonferenz zwischen der Pflegekraft eines chronisch pflegebedürftigen Patienten und dem behandelnden Arzt aufgenommen,
- die Durchführung verschiedener Fallkonferenzen/Fallbesprechungen als Videofallkonferenz ermöglicht,
- die Authentifizierung unbekannter Patienten mit der neuen GOP 01444 vergütet.

Für Videosprechstunden berechnen Ärzte und Psychotherapeuten ihre jeweilige Grund- oder Versichertenpauschale (ausgenommen GOPen 03030, 04030, 12220 und 12225) **oder die Konsiliarpauschale der Strahlentherapie** (GOP 25214) sowie seit dem 01.07.2022 die **Notfallpauschalen I und II** (GOPen 01210 und 01212).

Die strahlentherapeutischen Konsiliarpauschalen (KP) bei gutartiger bzw. bösartiger Erkrankung (25210 bzw. 25211) bleiben weiterhin nur im persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig, da dieser zur Erfüllung des obligaten Leistungsinhalts (Überprüfung der vorliegenden Indikation) notwendig ist.

Die KP der Fachgruppen Labor, Nuklearmedizin, Pathologie und Radiologie bleiben ebenfalls weiterhin nur bei persönlichem Arzt-Patienten-Kontakt berechnungsfähig.

Außerdem können folgende Zuschläge angesetzt werden, sofern die jeweiligen Voraussetzungen erfüllt sind:

- Zuschläge für die fachärztliche Grundversorgung (PFG-Zuschläge),
- Zusatzpauschalen für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags (GOP 03040 / 04040),
- Zuschläge für die Unterstützung der hausärztlichen Versorgung durch qualifizierte nichtärztliche Praxisassistenten (GOP 03060 / 03061),
- Zuschlag für die Behandlung durch konservativ tätige Augenärzte (GOP 06225).

Die Pauschalen sowie die Zuschläge werden in voller Höhe gezahlt, wenn im selben Quartal noch ein persönlicher Kontakt erfolgt.

Erfolgt der Kontakt ausschließlich per Video, werden Abschläge in Höhe von 20 %, 25 % bzw. 30 % je nach Fachgruppe wirksam.

Sofern in einem Quartal (Behandlungsfall) **Arzt-Patienten-Kontakte ausschließlich im Rahmen einer Videosprechstunde erfolgen, ist die Abrechnung** gegenüber der KV **mit der Nr. 88220 zu kennzeichnen.**

Weitere abrechnungsfähige Leistungen sind die GOPen bzw. Leistungen

- 01444 (Zuschlag für die Authentifizierung eines unbekannten Patienten),
- 01450 (Technik- und Förderzuschlag für den initiierenden Arzt/Psychotherapeuten),
- eine Vielzahl von Gesprächsleistungen (ab 01.07.2022 auch 01789, 01790),
- der Einzelpsychotherapie sowie weitere psychoth. Leistungen des Kapitels 35 EBM,
- 30932 (Neuropsycholog. Therapie, Einzelbehandlung – dabei max. 20 % im Quartal per Videosprechstunde, für den Rest ist ein persönlicher Kontakt erforderlich) sowie
- 01442, 30210, 30706, 30708, 30948, 37120, 37320, 37400 und 37550 (Videofallkonferenzen und Videofallbesprechungen),
- 37700 (Erhebung gemäß § 5 der AKI-RL).

Weitere und detaillierte Informationen sind auf der Website der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) zu finden: https://www.kbv.de/html/videosprechstunde.php.

5.1.25 Kennzeichnung von Behandlungsfällen bei klinischen Verdacht oder nachgewiesener Infektion mit dem Coronavirus (SARS-CoV-2), ab 01.02.2020 bis 30.06.2022

Durch BA-Beschluss (468. Sitzung zur Änderung des EBM zum 01.02.2020, Dt. Ärzteblatt, Heft 9 vom 28.02.2020) wurde **mit der GOP 32816** ein nukleinsäurebasiertes spezifisches **Nachweisverfahren auf das neuartige Coronavirus** (2019-nCoV) in den Abschnitt 32.3.12 EBM aufgenommen.

Für die ambulante med. Versorgung von Corona-Virus-Patienten wird nach Angaben der KBV zusätzliches Geld bereitgestellt. Alle ärztlichen Leistungen, die aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion erforderlich sind, werden seit 01.02.2020 in voller Höhe extrabudgetär bezahlt.

Die bei klinischem Verdacht gemäß der Falldefinition des RKI **auf eine Infektion oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem neuartigen Coronavirus (2019-nCoV) erforderlichen Leistungen sind** nach Vorgabe der KBV **zu kennzeichnen:**

~~88240~~ Kennzeichnung der Fälle, bei denen ein klinischer Verdacht vorliegt oder eine Infektion mit COVID-19 (Corona-Virus SARS-CoV-2) nachgewiesen wurde **(entfällt ab 01.07.2022)**

Für die Diagnostik kann der Veranlasser die Kennnummer 32006 EBM angeben.

Seit 01.04.2020 gibt es ein **neues Verfahren für die Kennzeichnung** (wie bisher mit der Ziffer 88240) **von Leistungen im Zusammenhang mit dem Corona-Virus**.

Die Ziffer 88240 ist vom behandelnden Arzt **an allen Tagen zu dokumentieren, an denen eine Behandlung erfolgt**

- **aufgrund des klinischen Verdachts auf eine Infektion**
  (Vorliegen COVID-19-typischer Symptomatik wie akute respiratorische Symptome oder Verlust von Geruchs- und Geschmackssinn oder klinische oder radiologische Hinweise auf eine virale Pneumonie) **oder**
- **aufgrund einer nachgewiesenen Infektion**

mit dem Corona-Virus.

Wird ein Patient aus o. g. Gründen **an einem Tag von Ärzten aus unterschiedlichen Arztgruppen behandelt, muss mindestens ein Arzt der betreffenden Arztgruppe den Tag mit der Ziffer 88240 kennzeichnen.**

Bei entspr. Kennzeichnung werden folgende Leistungen ab 01.01.2021 innerhalb der Gesamtvergütung, ggf. durch zusätzliche Finanzmittel der Krankenkassen, vergütet:

- alle Leistungen, die der Arzt und ggf. Kollegen seiner Arztgruppe am Tag der Dokumentation der Ziffer 88240 abrechnen

sowie die in diesem Quartal von dieser Arztgruppe abgerechneten

- Versicherten-, Grund- oder Konsiliarpauschalen,
- Zusatzpauschalen für Pneumologie (GOP 04530 und 13650),
- Zusatzpauschalen fachinternistische Behandlung (GOP 13250).

Leistungen im Zusammenhang mit Long-COVID sind nicht mit der Ziffer 88240 zu kennzeichnen, sondern ausschließlich Leistungen zur Abklärung und Behandlung einer akuten Infektion.

Liegt den betreffenden Leistungen eine TSVG-Konstellation oder ein Zweitmeinungsverfahren zugrunde (sofern extrabudgetäre Vergütung außerhalb der MGV), **ist die Corona-NVA-Kennzeichnung 88240 nicht mehr** vorrangig **vorzunehmen**.

Auf den mit der Ziffer 88240 gekennzeichneten Fällen ist bitte darauf zu achten, dass der entsprechende ICD-10-Code U07.1 „Virus nachgewiesen“ **oder U07.2** „Virus nicht nachgewiesen“ **mit dem Zusatzkennzeichen „G“ (gesichert) angegeben wird.**

Die o. g. Kennzeichnung durch die Ziffer 88240 entfällt zum 01.07.2022 (Praxisnachrichten der KBV vom 30.06.2022). Eine Wiedereinführung der Kennzeichnung und der entspr. Vergütungsregelung wäre je nach Pandemiegeschehen möglich.

Ausführliche und aktualisierte Informationen zum Thema „Corona-Virus“ finden Sie auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Aktuelle Informationen > Corona.

5.1.26 COVID-19-Therapie u. Prophylaxe mit antiviralen Medikamenten, ab 08.04.2023

Seit 18.08.2022 können **Hausärzte** das **oral anwendbare antivirale Medikament Paxlovid®** zur Behandlung von COVID-19 direkt an ihre Patienten abgegeben.

Änderungen bei der Verordnung von Paxlovid® ab 08.04.2023

Die Verordnung von Paxlovid® an Patienten mit einem erhöhten Risiko für einen schweren COVID-19-Krankheitsverlauf ist weiterhin möglich. Die **Kosten übernehmen** dafür **ab 08.04.2023** allerdings **die gesetzlichen Krankenkassen**.

Ärzte geben deshalb **auf dem Rezept als Kostenträger die Krankenkasse des Versicherten** an (nicht mehr das Bundesamt für Soziales (BAS) mit dem IK 103609999). Geregelt ist dies in der Verordnung zur Änderung der SARS-CoV-2-Arzneimittelversorgungsverordnung und der Monoklonale-Antikörper-Verordnung.

Grundsätzlich ist auch weiterhin eine Bevorratung mit 5 Therapieeinheiten Paxlovid je Hausarztpraxis möglich. Allerdings ist bislang nicht geregelt, wie die entspr. Verordnung ausgestellt werden soll. Ferner wurde die Vergütung ersatzlos gestrichen. Hausärzte erhielten für den Aufwand im Zusammenhang mit der Abgabe des antiviralen Medikaments 15 Euro je abgegebener Packung - bis zum 07.04.2023.

Bestellung über die Apotheke

Hausärzte haben die Möglichkeit, bis zu 5 Packungen des antiviralen Medikaments in ihrer Praxis vorrätig zu halten und an Patienten abzugeben. Der Bezug erfolgt über die Apotheke, in der üblicherweise der Sprechstundenbedarf bezogen wird.

Informationsblatt für Patienten

Die Verordnung des BMG sieht weiterhin vor, dass dem Patienten zusammen mit dem Arzneimittel ein Informationsblatt ausgehändigt wird. Diese Patienteninformation steht auf der Internetseite des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte (BfArM) bereit: www.bfarm.de/covid-19-arzneimittel.

Paxlovid®

kann – neben den monoklonalen Antikörpern – **schwere Krankheitsverläufe verhindern**. Es ist seit dem 28.01.2022 in der EU zugelassen und soll **zur Behandlung von symptomatischen, nicht hospitalisierten Patienten** mit COVID-19 **ohne zusätzlichen Sauerstoffbedarf und erhöhtem Risiko für einen schweren Krankheitsverlauf** eingesetzt werden.

Dabei sollte die **Einnahme der Tabletten so früh wie möglich nach Auftreten der Symptome** begonnen werden.

Die Abgabe oder Verschreibung ist eine ärztl. Entscheidung nach patientenindividueller Abwägung. Die Therapie kann bei entspr. klinischer Symptomatik auf Grundlage eines positiven Schnelltestes initiiert werden, die Bestätigung durch PCR-Test wird empfohlen.

Therapiebeginn

Paxlovid® sollte **so früh wie möglich und innerhalb der ersten 5 Tage nach Symptombeginn** verabreicht werden. Das Präparat besteht aus zwei Wirkstoffen, Nirmatrelvir und Ritonavir, in zwei verschiedenen Tabletten.

Die empfohlene Dosierung beträgt nach Herstellerangaben 300 mg Nirmatrelvir (zwei 150 mg Tabletten) und 100 mg Ritonavir (eine 100 mg Tablette) zur gleichzeitigen Einnahme alle 12 Stunden über einen Zeitraum von 5 Tagen.

Zu den möglichen Nebenwirkungen gehören eine Beeinträchtigung des Geschmackssinns, Durchfall, Erbrechen und Kopfschmerzen.

Nicht mit bestimmten anderen Medikamenten verabreichen

Paxlovid® darf nicht mit bestimmten anderen Medikamenten verabreicht werden. Hinweise zu Wechselwirkungen mit anderen Arzneimitteln bietet eine Übersicht der Fachgruppe COVRIIN am Robert Koch-Institut. Auch Patientinnen und Patienten mit stark eingeschränkter Nieren- und Leberfunktion sollten das Präparat nicht erhalten.

Laut Fachinformation wird die Anwendung während der Schwangerschaft und bei Frauen im gebärfähigen Alter, die keine Verhütungsmittel anwenden, nicht empfohlen. Daten zur Anwendung in der Stillzeit liegen nicht vor.

Weitere Informationen sind der Fachinformation bzw. der Gebrauchsinformation zu entnehmen.

5.1.27 Kennzeichnung für die Berechnung im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene, ab 01.10.2021

Dem Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 567. Sitzung am 04.08.2021 zur Änderung des EBM, Teil A, mit Wirkung zum 01.10.2021 zufolge (Deutsches Ärzteblatt Heft 35 - 36 vom 06.09.2021) bzw. gemäß den jeweiligen Anmerkungen im EBM setzt die **Berechnung der Gebührenordnungspositionen** (GOPen) **30900 bzw. 30901 im Rahmen einer Therapie mittels einer Unterkieferprotrusionsschiene** die Angabe einer bundeseinheitlich kodierten Zusatzkennzeichnung voraus.

Die GOPen 30900 bzw. 30901 sind **in diesen Fällen mit dem Buchstaben „U“ zu kennzeichnen**.

5.1.28 Kennzeichnung für die Berechnung im Zusammenhang mit der Versorgung gemäß den Leistungen des Abschnitts 37.5 EBM (KSVPsych-RL), ab 01.10.2022

Der Abschnitt 37.5 „Gebührenordnungspositionen gemäß der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die berufsgruppenübergreifende, koordinierte und strukturierte Versorgung insbesondere für schwer psychisch kranke Versicherte mit einem komplexen psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlungsbedarf (KSVPsych-RL)“ **wurde zum 01.10.2022** neu **in den EBM aufgenommen**.
(Beschluss des ergänzten erweiterten Bewertungsausschusses … 6. Sitzung am 4. Juli 2022 zur Änderung des EBM; veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, Heft 31-32 vom 08.08.2022)

Die Gebührenordnungspositionen 01410 bis 01413, 01415, 22220 und 23220 sind gemäß EBM **im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.5** (KSVPsych-RL) **mit dem Buchstaben „L“ zu kennzeichnen.**

Werden die **Gebührenordnungspositionen 22220 und 23220 im Rahmen einer Videosprechstunde** gemäß Anlage 31b zum BMV-Ä durchgeführt **und im Zusammenhang mit Leistungen des Abschnitts 37.5** (KSVPsych-RL) erbracht, **sind sie mit dem Buchstaben „W“ zu kennzeichnen.**

5.1.29 Kennzeichnung von intraocularen Eingriffen bei Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse (Präambel 2.1 Nr. 18 im Anhang 2 EBM), ab 01.04.2023

Wählen Versicherte eine Sonderlinse außerhalb der Regelversorgung, **tragen sie den Differenzbetrag** zwischen monofokaler Standard- und Sonderlinse **sowie die Kosten des Mehraufwandes für sämtliche ärztliche Leistungen**, die durch die Sonderlinse bedingt sind und nicht zum Umfang der Regelversorgung gehören.

Hinsichtlich dieser bereits seit 2012 bestehenden gesetzlichen Mehrkostenregelung zur Versorgung von Versicherten mit Sonderlinsen bei intraocularen Eingriffen, hat der Bewertungsausschuss (635. Sitzung, mit Wirkung zum 01.04.2023) **eine klarstellende Regelung in den Einheitlichen Bewertungsmaßstab (EBM) aufgenommen**.

Dafür wurde in die Präambel 2.1 zum Anhang 2 des EBM „Zuordnung der operativen Prozeduren (OPS) zu den Kapiteln 31 und 36“ **eine neue Nr. 18 aufgenommen**.

Bei intraocularen Eingriffen, deren Kategorie mit „A“ gekennzeichnet ist und für die keine medizinische Indikation für die Implantation einer Sonderform der Intraocularlinse vorliegt, sind auch dann die Gebührenordnungspositionen (GOPen) der Abschnitte 31.2 oder 36.2 EBM berechnungsfähig, wenn die Implantation über das Maß des Notwendigen hinausgeht, weil Patienten eine Sonderform der Intraocularlinse wählen.

Die Eingriffe sind in mit einem „I“ zu kennzeichnen (z. B. 31333I).

In diesen Fällen entfallen die Verpflichtungen zur medizinischen Begründung und zur Genehmigung durch die Krankenkasse (gemäß Nr. 17 der Präambel 2.1 zum Anhang 2 EBM.)

Im Fall der Mehrkostenregelung sind die GOPen folgender Operationen mit dem Buchstaben „I“ zu kennzeichnen (gemäß EBM, Stand 2023/2):

- Ambulante Operationen: 31332, 31333, 31334 oder 31351;
- Belegärztliche Operationen: 36332, 36333, 36334 oder 36351

Die Mehrkosten für ärztliche Leistungen und Sachmittel in Zusammenhang mit diesen Eingriffen **sind durch den Versicherten selbst zu tragen.**

5.1.30 Kennzeichnung von Bronchoskopien im Rahmen der Potentialerhebung gemäß § 5 AKI-RL, ab 01.12.2022

Erfolgt im Rahmen der Potentialerhebung gemäß § 5 AKI-RL (Außerklinische Intensivpflege-Richtlinie) **die Abrechnung einer Bronchoskopie (GOPen 09315 bzw. 13662), ist diese durch die Arztpraxis mit dem Buchstaben „A“ zu kennzeichnen** (= 09315A bzw. 13662A), um die Vergütung außerhalb der Morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV) zu ermöglichen.

5.2 Besondere Erklärungen, die gemäß EBM mit der Quartalsabrechnung einzureichen sind, ab 01.04.05

Fundstellen im EBM, Änderungen sind dem Deutschen Ärzteblatt zu entnehmen:

Bereich I, Präambel zu Abschnitt 2.1
Haben an der Leistungserbringung in dem selben Arztfall mehrere Arztpraxen mitgewirkt, so hat die die GOP berechnende Arztpraxis in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass die Arztpraxis mit den anderen Arztpraxen eine Vereinbarung getroffen hat, wonach nur sie in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.5 Nr. 1
Haben an der Erbringung von Leistungen entspr. den Gebührenordnungspositionen dieses Abschnitts mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP dieses Abschnitts abrechnende Vertragsarzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP abrechnet.

1. Anmerkung zur GOP 01857
Der Vertragsarzt hat mit der Quartalsabrechnung zu dokumentieren, dass an der Beobachtung und Betreuung kein weiterer Vertragsarzt mitgewirkt hat.

Bereich II, Präambel zu Abschnitt 1.7 Nr. 3
Haben an der Erbringung der GOP 01910 und 01911 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die GOP 01910 oder 01911 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm zu unterzeichnenden Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP abrechnet

Jeweils 1. Anmerkung zur GOP 03335, 04335, 09320, 09336, 20320, 20336
Die GOP … ist nur berechnungsfähig bei Verwendung eines von der PTB bzw. eines entsprechend der EU-Richtlinie 93/42/EWG zugelassenen Audiometers mit mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 14 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreib V. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.

1. Anmerkung zur GOP 05350
Haben an der Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung entsprechend der GOP 05330 mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP 05350 abrechnende Arzt mit der Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass kein anderer Vertragsarzt die Beobachtung und Betreuung berechnet hat.

Bereich III b, Präambel zu Abschnitt 5.4 Nr. 2
Haben an der Erbringung einer dieser Leistungen mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

Bereich III b, Präambel zu Abschnitt 9.1 bzw. 20.1 Nr. 6
Neben den in diesem Kapitel genannten GOP sind die GOP 20338 bis 20340, 20377 und 20378 für die unter Nr. 1 genannten Ärzte nur berechnungsfähig, wenn die Arztpraxis über folgende technische Mindestvoraussetzungen verfügt:
Verwendung eines gemäß den Vorgaben des Gesetzes über Medizinprodukte (MPG) zugelassenen Audiometers mit entsprechend vorgegebenen Referenzwerten von Hörschwellen und mindestens einmal jährlich durchgeführter messtechnischer Kontrolle gemäß § 14 der Verordnung über das Errichten, Betreiben und Anwenden von Medizinprodukten (MPBetreibV) durch einen zugelassenen Wartungsdienst entsprechend der MPBetreibV. Der Vertragsarzt hat in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden Erklärung zu bestätigen, dass die Wartung durchgeführt wurde.

Anmerkung zur GOP 25335
Haben an der Durchführung der Leistung nach der GOP 25335 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die GOP 25335 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 31.3 Nr. 1 bzw. 36.3 Nr. 1
Haben an der Erbringung der Leistungen des Abschnitts 31.2 bzw. 36.2, die nachfolgend eine Überwachung entsprechend GOP des Abschnitts 31.3 bzw. 36.3 erforderlich machen oder an der Überwachung selbst mehrere Ärzte mitgewirkt, hat der die GOP dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 31.4 Nr. 3
Haben an der Erbringung einer Leistung entsprechend einer GOP des Abschnittes 31.4 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die GOP des Abschnittes 31.4 abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 34.7 Nr. 2
Haben an der Erbringung einer Leistung entspr. einer GOP des Abschnittes 34.7 mehrere Ärzte mitgewirkt, so hat der die GOP des Abschnittes 34.7 abrechnende Arzt in seiner Quartalsabrechnung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese Leistung abrechnet.

Bereich IV, Präambel zu Abschnitt 36.6 Nr. 2
Sind mehrere Ärzte an der Erbringung einer Leistung des Abschnitts 36.6 beteiligt, hat der die GOP dieses Abschnittes abrechnende Arzt in einer der Quartalsabrechnung beizufügenden und von ihm unterzeichneten Erklärung zu bestätigen, dass er mit den anderen Ärzten eine Vereinbarung darüber getroffen hat, wonach nur er allein in den jeweiligen Fällen diese GOP berechnet.

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 **Uhrzeitangabe** hinter der GOP ... ist ab dem Quartal IV/2013 Abrechnungsvoraussetzung.
01205, 01207, 01210, 01212, 01214, 01216, 01218, 01411, 01412, 01418; 99994	5006	Um-Uhrzeit	Die Berechnung … setzt die **Angabe der Uhrzeit** der Inanspruchnahme voraus.
01540 bis 01542; 01543 bis 01545	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung der GOPen … setzt die **Angabe des Präparates, der Begründung der erforderlichen Überwachung** gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Erstgabe, Körpergewicht) und der Überwachungsdauer voraus.
01602	5016*	Name des Arztes	Bei der Berechnung ... ist auf dem Behandlungsausweis die **Arztabrechnungs-Nr. oder der Name des Hausarztes** … anzugeben.
01741, 01741M	5040	Patienten-Nr. (EDV) des FEK-Bogens	**Patientennummer** des Dokumentationsbogens, seit 01.07.2006 anzugeben
01854, 01855, GOPen der Kap. 31.2/36.2	5035	OP-Schlüssel	Der **operative Eingriff ist nach OPS zu codieren** und auf dem Behandlungsschein anzugeben.
03008	5003	(N)BSNR des vermittelten Facharztes	Bei der Abrechnung … ist die (Neben-)Betriebsstättennummer der Praxis anzugeben, an die der Patient vermittelt wurde.
04008			

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
06334, 06338	5034	OP-Datum	Das **Datum der letzten intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM)** in das rechte Auge ist anzugeben.
06335, 06339			in das linke Auge ist anzugeben.
09364	5026*	Entlassungs-datum	... ist **nur** in einem Zeitraum von 28 Tagen **nach stationärer operativer Behandlung** berechnungsfähig. Das **Datum d. Entlassung** ist ... anzugeben.
09365			
11233	5071 **und ggf.** 5073	OMIM-P-Kode (Art d. Erkrank.) **und ggf.** Art der Erkrankung	Die Berechnung … setzt die **Angabe des phänotypischen OMIM-Kodes oder**, falls kein Eintrag in OMIM vorliegt, **ersatzweise die Angabe der Art der Erkrankung** voraus. Sollte der OMIM-Kode (Erkrankung) nicht im PVS hinterlegt sein, ist alternativ ein Ersatzwert („999999“) einzugeben. Die Angabe ist dann im Freitextfeld 5073 näher zu erläutern.
GOPen der Abschnitte 11.4.2 / 11.4.3	5002*	Art der Untersuchung	Die Berechnung ... setzt die **Angabe** voraus, **ob** die Leistungen **als diagnostische, prädiktive oder** als **vorgeburtliche Untersuchungen** erbracht wurden.
11511, 11512, 11513, 11516, 11517, 11518, 11521, 11522	5070 5071 **und ggf.** 5072 5073	OMIM-G-Kode d. unters. Gens OMIM-P-Kode (Art d. Erkrank.) **und ggf.** Gen-Name Art d. Erkrank.	Die Berechnung … setzt die Begründung, die die **Art der Erkrankung** enthält, **und** die Angabe der Art **der Untersuchung** (Gennummer, -name nach OMIM) **und des Multiplikators** … 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.
19421, 19424, 19451, 19452, 19453, 19456	5070 **und ggf.** 5072	OMIM-G-Kode d. unters. Gens **und ggf.** Gen-Name	Die Berechnung … setzt die Begründung, die die Art der Erkrankung gemäß der Kodierung nach ICD-10-GM enthält (siehe Tabelle 3), die **Angabe der Art der Untersuchung** (Gennummer, -name nach OMIM) **und des Multiplikators** … voraus. Sollte der OMIM-Kode (Erkrankung) nicht im PVS hinterlegt sein, ist alternativ ein Ersatzwert („999999“) einzugeben. Die Angabe ist dann im Freitextfeld (5072) näher zu erläutern.
13585 (-I)	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung der GOP… setzt eine **medizin. Begründung der Notwendigkeit der Intensivierung des Monitorings** voraus.
13587 (-I)			
17310	5015*	Organ	…unter Angabe d. **untersuchten Organe(s)**
19320 (-A, -K)	5002*	Art der Untersuchung	…unter Angabe der Art d. **antigenen Zielstruktur**
19321			…unter Angabe der Art des **Rezeptors**

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
11601, 19450 - 19453, 19456	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung der GOPen … setzt die **Angabe der zur Behandlung geplanten und/oder eingesetzten Arzneimittel** voraus.
20364	5026*	Entlassungs-datum	... ist **nur** in einem Zeitraum von 28 Tagen **nach stationärer operativer Behandlung** berechnungsfähig. Das **Datum d. Entlassung** ist ... anzugeben.
20365			
30321 bis 30323	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung … setzt die **Angabe der Begründung der erforderlichen Überwachung** gemäß der jeweils aktuell gültigen Fachinformation (z. B. Dosierung, Dosisanpassung, Körpergewicht) **und der Überwachungsdauer voraus**.
30706	5016*	Name des Arztes	Hausärzte / weitere komplementär behandelnde Ärzte oder Psychologische Psychotherapeuten … unter **Angabe des primär schmerztherapeutisch verantwortlichen Arztes** ...
30720	5002*	Art der Unters.	Die GOP … ist **nur bei Angabe des betreffenden Nerven oder** … **Ganglions** berechnungsfähig.
30980 (-D), 30988	5009	freier Begründungs-text	Die GOPen … sind nur dann berechnungsfähig, wenn … eine Abklärung u. konsiliarische Beratung mit einem **geriatrisch spezialisierten Arzt** (lt. Nr. 2 d. Präambel zum Abschnitt 30.13 EBM) erfolgte. Die **BSNR/LANR** der Praxis/des Arztes **oder** der **Name d. Krankenhauses** sind daher anzugeben.
GOPen des Abschn. 31.4.	5034	OP-Datum	Der … abrechnende Vertragsarzt hat ... **das Datum des zu Grunde liegenden operativen Eingriffes** zu dokumentieren.
31373 / 36373	Dokumentation in der Patientenakte		… setzt eine … **ausführliche Begründung der medizin. Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
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	***bei Diagn. außer „Z01.7G“*** 5002 **oder** 5009 ***bei Diagn. „Z01.7G“*** 5002 **und** 5009	Art der Unters. **oder** freier Begründungs-text Art d. Unters. **und** freier Begründungs-text	"**Ähnliche Untersuchungen**" können nur dann abgerechnet werden, wenn dies die entspr. Leistungsbeschreibung vorsieht und für den betreffenden Parameter (Messgröße) keine eigenständige GOP vorhanden ist. Anzugeben ist dabei (je nach Art der Untersuchung): - die Art der Untersuchung - 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 „Z01.7G“ *oder* bei Diagnose „Z01.7G“ zusätzliche Begründung der med. Notwendigkeit in FK 5009) (Ggf. kann die Begründung der med. Notwendigkeit der jeweiligen Unters. im Einzelfall entfallen - siehe Anmerkung zur entspr. GOP im EBM).
32292, 32293, 32305, 32306, 32307, 32311	5002*	Art der Untersuchung	… unter Angabe der Substanz(en) oder Substanzgruppe(n)
32283, 32314, 32476, 32571, 32681			… unter Angabe der Art der Untersuchung
32430			… unter Angabe der Art des Proteins
32541 (-V), 32542 (-V)			… unter Angabe der Art des Antigens
32642			… unter Angabe des Antikörpers
32680, 32685, 32686, 32700			… unter Angabe des Antigens
32687	5002*	Art der Untersuchung	… unter Angabe d. Art d. Untersuchungsmaterials
32725 - 32727			… unter Angabe der Materialart
32748			… unter Angabe des Krankheitserregers
32749			… unter Angabe des Toxins
32821			… unter Angabe der Substanzklasse

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
34281	5009	freier Begründungs-text	… kann nur berechnet werden, wenn die zuvor angefertigten Aufnahmen keine ausreichende diagnost. Abklärung ermöglichen. Die Begründung ist auf dem Behandl.-Ausweis zu dokumentieren.
34492			… kann **nur mit Begründung** berechnet werden.
GOPen des Abschnitts 35.2 EBM (Antragspflichtige psychotherapeutische Leistungen), außer Zuschl. 35571 - 35573	4244	Bewilligte Leistung	
	4245	Anzahl bewilligter Leistungen	
	4246	Anzahl abgerechn. Leistungen	
Bereich VI, Präambel 2.1 zum Anhang 2, Nr. 5	5038	Komplikation	Abweichend von der Präambel zum Abschnitt 31.2 Nr. 8 und zum Abschnitt 36.2 Nr. 4 sind **Revisionen und Zweiteingriffe wegen Wundinfektionen und postoperativen Komplikationen** 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.
86700	5009	freier Begr.-Text	Die Berechnung … (gemäß Anlage 34 BMV-Ä, Anhang 1, Abschnitt 1.1) setzt die Angabe der 8-stelligen Pharmazentralnummer (PZN) (bspw.: 12345678) der digitalen Gesundheitsanwendung voraus.
Die **Abrechnung einer COVID-19-Schutzimpfung**			
88331A bis 88342X	5010	Chargen-nummer	… setzt **verpflichtend die Angabe der Chargennummer des verwendeten Impfstoffes** voraus.
	5009	freier Begr.-Text	… erfordert **bei Auffrischimpfungen** die **Angabe, die wievielte Impfung** es **für die Person** ist.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
92718O	5035	OP-Schlüssel	Der **OPS-Kode der durchgeführten ambulanten Katarakt-Operation** ist ... anzugeben.
92718W			
96501	5002*	Art der Untersuchung	… unter Angabe der **Therapieform** ...
96502			… unter Angabe d. **verwendeten Medikaments** …
96503			
96505			
96508			… von FÄ für Urologie off label use, unter Angabe „**Kiefernekrosen**“ ...
99131	5011	Bezeichnung	**Untersuchungszweck** „Lehrerverbeamtung“ (in FK 5011) und **Summe der GOÄ-Rechnung** (in FK 5012) sind ergänzend zur Nr. 99131 … anzugeben.
	5012	Kosten (Cent)	
99141	5025	Datum (des Fristbeginns)	… unter der Angabe des Datums des Fristbeginns sowie des Datums des Postausgangs in der Arztpraxis
	5026	Datum (des Postausgangs)	
99151	5011	Bezeichnung	**Untersuchungszweck** „Ergänzungsuntersuchung“ (in FK 5011) und **Summe der GOÄ-Rechnung** (in FK 5012) sind ergänzend zur Nr. 99151 … anzugeben.
	5012	Kosten (Cent)	
99999A	5011	Sachkosten-Bezeichnung	**Sachkosten-Bezeichnung** zur Nr. … gemäß „Abrechnung von Sachkosten …“ (2.6.3 Abrechnungshinweise)
	5012	Sach-/Material-kosten (Cent)	**Sachkosten/Materialkosten** (Rechnungsbetrag) zur Nr. … gem. „Abrechnung von Sachkosten …“ (2.6.3 Abrechnungshinweise)
	5074	Name Hersteller/ Lieferant	**Werden im Rahmen der ASV-Behandlung Sachkosten abgerechnet** (FK 5100 „ASV-Teamnummer des Vertragsarztes“ und die o. g. FK 5012 sind vorhanden), sind die Felder 5074 und 5075 zu erfassen.
	5075	Artikel-/Modell-nummer	
99999B, 99999C, 99999D, 99999F, 99999S	5011	Sachkosten-Bezeichnung	**Sachkosten-Bezeichnung** zur Nr. … gemäß „Abrechnung von Sachkosten … ab 01.04.05“ (2.6.3 Abrechnungshinweise)
	5012	Sach-/Material-kosten (Cent)	**Sachkosten/Materialkosten** (Rechnungsbetrag) zur Nr. … gem. „Abrechnung von Sachkosten …“ (2.6.3 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
01214, 01216, 01218	5009	freier Begründungs-text	Wird bei der ersten Inanspruchnahme im Notfall oder im organisierten Not(-fall)dienst die GOP 01205 oder 01207 berechnet, sind **die GOPen … nur mit ausführlicher schriftlicher medizin. Begründung** berechnungsfähig.
Besuch(e), Visite(n), Schwestern-besuch, etc.	5006	Um-Uhrzeit	**weiterer Arzt-Patienten-Kontakt (APK) am Tag** Bei mehr als einer Inanspruchnahme derselben Betriebsstätte (wie auch bei mehreren Fahrten zur selben sozialen Gemeinschaft) am selben Tag sind die Uhrzeitangaben erforderlich, sofern berechnungsfähige Leistungen erbracht werden. ***ambulant:*** Lt. Präambel zu Abschnitt 1.4 Nr. 2 EBM ist bei Berechnung von mehr als einem Besuch pro Tag bei demselben Patienten eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. ***belegärztlich:*** Lt. Belegarztvertrag (§ 2 (2)) ist bei d. Berechnung von mehr als einer Visite pro Tag - entgegen der o. g. Präambel zum Abschnitt 1.4 Nr. 2 – eine Begründung (Uhrzeitangabe) erforderlich. **Bei Ausschluss von Leistungen im APK** sind **weitere APK am Tag durch Angabe der Uhrzeit** hinter jeder betreffenden Leistung zu **begründen**.
01420	5009	freier Begründungs-text	Die **Berechnung** … **im Behandlungsfall neben der GOP 37711** setzt die **Angabe der medizinischen Begründung** voraus.
01422, 01424	5009	freier Begründungs-text	**In begründeten Einzelfällen** können Maßnahmen der psychiatrischen häuslichen Krankenpflege mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99 verordnet werden, wenn aus der Verordnung die in § 4 (10) der „Häusliche Krankenpflege-Richtlinie“ des G-BA genannten Voraussetzungen hervorgehen.
01450	5006	Um-Uhrzeit	… im Zusammenhang mit den GOPen 01442, 30210, 30706, 30948, 37120, 37320, 37400, 37550 und 37720 **als Videofallkonferenz**… oder im Zusammenhang mit den GOPen 14221, 21221, 22222, 30933, 35112, 35113, 35173 bis 35178, 35503 bis 35508, 35513 bis 35518, 35523 bis 35528, 35533 bis 35538, 35543 bis 35548, 35553 bis 35558, 35703 bis 35708 und 35713 bis 35718 **als Gruppenbehandlung**… ist die **Uhrzeit anzugeben**.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
01731, 01737 (-M), 01738 (-M)	5020	Wieder-holungsunters.	Wiederholungsuntersuchung? (0 = nein ; 1 = ja)
	5021	Jahr der letzten Krebsfrüherk.-Untersuchung	Format: JJJJ (Angabe nur, wenn im Feld 5020 der Eintrag „1“ (ja) erfolgte
01750 und 01751	5006	Um-Uhrzeit	**Sofern** die Leistungen nach den GOPen … **am selben Behandlungstag durchgeführt** werden, **sind die jeweiligen Uhrzeiten anzugeben**.
01758	5016*	Name des Arz-tes	Frauen- und Hausärzte müssen, sofern sie keiner Screening-Einheit zugeordnet sind, den Namen des programmverantwortlichen Arztes angeben
01762, 01763, 01766, 01767	5009	freier Begrün-dungs-text	… nicht neben … **GOPen des Kapitels 19 für (dasselbe) Untersuchungsmaterial**, das für die Untersuchung **gemäß Teil III. C. § 6 bzw. § 7 oK-FE-RL** gewonnen wurde, berechnungsfähig.
01771, 01772, 01773, 01774, 01775	6001 6003	ICD-Code Diagnosen-sicherheit	**Bei Mehrlingen** ist die GOP … **entspr. der Zahl der Mehrlinge mehrfach berechnungsfähig** und **durch die Angabe der entspr. Diagnose** zu plausibilisieren.
01793	5009	freier Begrün-dungs-text	wg. EBM-Best. „je Fötus, einmal im Krankheitsfall“: **Anzahl der Föten (bei einer Mehrlings-schwangerschaft)** sowie **bei einer erneuten Schwangerschaft im selben Krankheitsfall**
01949	5009	freier Begrün-dungs-text	… **nur mit medizinischer Begründung in der Behandlungswoche neben** der **GOP 01950** be-rechnungsfähig.
03008 04008	5009	freier Begründungs-text	Die **Berechnungsfähigkeit** der GOP … **ab dem 24. Kalendertag nach Feststellung der Behand-lungsnotwendigkeit** setzt die Angabe einer med. Begründung voraus.
03062, 03063	5009	freier Begründungs-text	**… in begründetem Einzelfall neben Besuchen** nach den GOPen 01410 bis 01413, 01415 u. 01418 berechnungsfähig.
04411; 04413, 04414; 04415, 04416 sowie jeweils mit Kenn-zeichnung (-I, -J,-K)	6001 6003	ICD-Code Diagnosen-sicherheit	Die GOP 04411 ist bzw. die GOPen 04413 u. 04414 / 04415 u. 04416 sind in Summe … höchstens fünfmal im Krankheitsfall ber.-fähig. **Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie** durchgeführt wird, **besteht** mit Begründung im Krankheitsfall **keine Obergrenze**. **Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung** bei der Abrechnung anzugeben.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
04414 bzw. 04416 sowie jeweils mit Kenn-zeichnung (-I, -J,-K)	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung … setzt im Krankheitsfall mind. eine Funktionsanalyse gemäß d. GOP 04413 bzw. 04415 - möglichst in der Arztpraxis des telemed. überwachenden Vertragsarztes - voraus. **Erfolgte die Funktionsanalyse in einer anderen Arztpraxis o. im Krankenhaus, ist die BSNR der Arztpraxis oder der Name des KH anzugeben.**
06362	5009	freier Begründungs-text	… **je Auge höchstens zweimal im Krankheitsfall** berechnungsfähig. **Die dreimalige Berechnung** … im Krankheitsfall **setzt eine ausführliche Begründung d. med. Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.
08621	5009	freier Begründungs-text	**Die dreimalige** (08621) **bzw. viermalige** (08622) **Berechnung** … **im Krankheitsfall** ist **mit Begründung der medizinischen Notwendigkeit** zulässig.
08622			
08635			… **im Zyklusfall mit med. Begründung bis zu dreimal** berechnungsfähig.
10320	5009	freier Begründungs-text	**Im Fall eines Rezidivs** ist die GOP … erneut berechnungsfähig und setzt eine **ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.
10322			
10324			
GOPen der Abschnitte 11.4.2 / 11.4.3	5002 oder 5009	Art der Unters. oder freier Begr.-T.	Vor Durchführung einer Leistung nach den GOPen der Abschnitte 11.4.2 und 11.4.3 sind die Voraussetzungen gemäß § 6 der Qualitätssicherungsvereinbarung Molekulargenetik gem. § 135 (2) SGB V zu überprüfen und falls erforderlich, festzustellen. **Liegen zum Indexpatienten keine oder nur unvollständige Informationen vor, so ist dies mit einer Begründung anzugeben. Gegenüber der KV ist** lediglich **d. Kenntnis der Information anzugeben.**
	5009	freier Begründungs-text	**Ist (sind) in der Familie (eine) krankheitsauslösende Mutation(en) gesichert und** gemäß Präambel Nr. 3 zum Abschnitt 11.4. **festgestellt**, so sind nur die GOP 11518 sowie die "bei bekannter Mutation" des Abschnitts 11.4.2 berechnungsfähig. Wird das Untersuchungsziel durch die Beschränkung auf die bekannten Mutationen des/der Indexpatienten nicht erreicht, sind **darüber hinausgehende Untersuchungen nur mit besonderer Begründung im Einzelfall** berechnungsfähig.
11508, 11513	5009	freier Begründungs-text	… sofern nach einer Prüfung gem. Präambel Nr. 3 des Abschnitts 11.4 zum Indexpatienten keine oder nur unvollständige Informationen bezogen auf das Untersuchungsziel vorliegen, sind die GOPen … **mit ausführlicher Begründung der medizin. Notwendigkeit im Einzelfall** berechnungsfähig.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
13571; 13573, 13574; 13575, 13576 sowie jeweils mit Kenn-zeichnung (-I, -J,-K)	6001 6003	ICD-Code Diagnosen-sicherheit	Die GOP 13571 ist bzw. die GOPen 13573 u. 13574 / 13575 u. 13576 sind in Summe … höchstens fünfmal im Krankheitsfall ber.-fähig. **Bei Versicherten, bei denen gleichzeitig eine Strahlentherapie** durchgeführt wird, **besteht** mit Begründung im Krankheitsfall **keine Obergrenze**. **Als Begründung ist der ICD-10-Kode der für die Strahlentherapie maßgeblichen Erkrankung** bei der Abrechnung anzugeben.
13574 bzw. 13576 sowie jeweils mit Kenn-zeichnung (-I, -J,-K)	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung … setzt im Krankheitsfall mindes-tens eine Funktionsanalyse gemäß der GOP 13573 bzw. gemäß der GOP 13575 - möglichst in der Arztpraxis des telemedizinisch überwachenden Vertragsarztes - voraus. **Erfolgte die Funktionsanalyse in einer anderen Arztpraxis oder im Krankenhaus, ist die BSNR der Arztpraxis oder der Name des Kranken-hauses anzugeben.**
13652 (-I)	5009	freier Begrün-dungs-text	Bei Vorliegen einer Erkrankung … J96.0- … nur mit medizinischer Begründung berechnungsfähig.
GOPen des Kapitels 14	5009	freier Begrün-dungs-text	… sind für Versicherte bis zum voll. 21. Lebensjahr berechnungsfähig. **Für Versicherte jenseits des vollendeten 21. Lebensjahres** sind die GOPen dieses Kapitels **nur bei Fortführung einer bereits aufgenommenen Behandlung unter Angabe ei-ner besonderen Begründung** berechnungsfähig.
01768 / 19320 - 19322 01743 / 19310, 01768 / 19310, 01826 / 19310, 19310 / 19315; 19310 / 19318, 19310 / 19319, 19318 / 01762, 01766, 01826, 19331	5009	freier Begrün-dungs-text	… sind **bei demselben Material nebeneinander nicht berechnungsfähig**.
19315	5009	freier Begrün-dungs-text	… kann **bei demselben Material nur mit besonde-rer Begründung** (z. B. Differenzial-diagnostik bei Lymphom) **neben den GOPen des Abschnitts 19.4** berechnet werden. Die Begründung ist einschl. des ICD-10-Kodes für die betreffende Erkrankung ... anzugeben.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
25316 bzw. 25321	5009	freier Begründungs-text	**Muss die Mindestreferenzdosis von 0,5 Gy bzw. 1,5 Gy im Zielvolumen** im Einzelfall **unterschritten werden**, ist eine Begründung ... erforderlich. (Präambel z. Abschnitt 25.1 EBM Nr. 6)
25316, 25321, 25328, 25329	5009	freier Begründungs-text	Die GOP … ist **am Behandlungstag** einmal, **mit besonderer Begründung zweimal berechnungsfähig**.
25335, 25336	5009	freier Begründungs-text	Eine **zweifache Berechnung** … **im Krankheitsfall** ist **mit ausführlicher Begründung der med. Notwendigkeit** im Einzelfall zulässig.
25340, 25341, 25342, 25345, 34360, 34460	5009	freier Begründungs-text	Die GOPen … können **je Zielvolumen einer Bestrahlungsserie** berechnet werden. Eine **mehrfache Berechnung** … allein oder nebeneinander **bei der Behandlung desselben Zielvolumens** ist **nur** zulässig, **wenn** während der Behandlung **wesentliche Änderungen der Bestrahlungsplanung** … notwendig werden. Die entspr. Begründung ist anzugeben. (Präambel zum Abschnitt 25.1 EBM Nr. 7)
25345	5009	freier Begründungs-text	… im Behandlungsfall **für dasselbe Zielvolumen nicht neben der GOP 25340** berechnungsfähig. (Die entspr. Begründung ist ggf. anzugeben.)
30131, (30130)	5006	Um-Uhrzeit	... mit Angabe des jeweiligen Injektionszeitpunkts bis zu viermal am Behandlungstag berechnungsfähig. Die **Berechnung** ... **neben d. GOP 30130 und die mehrmalige Berechnung d. GOP 30131** setzen **jeweils** ... d. **Angabe** d. jeweiligen **Behandlungszeitpunktes** auch bei d. GOP 30130 voraus.
30201	5009	freier Begründungs-text	**Nach zweimaliger Erbringung im Quartal** kann **jede weitere Behandlung** im Ausnahmefall **nur mit ausführlicher Begründung** zur Segmenthöhe, Blockierungsrichtung, muskulären reflektor. Fixierung u. d. vegetativen u. neurologischen Begleiterscheinungen erfolgen.
30210	5009	freier Begründungs-text	**Eine zweifache Berechnung** … **im Krankheitsfall** ist zulässig … mit **schriftl. Begründung bei** Vorliegen (einer) **zum Zeitpunkt der Erstberechnung nicht behandlungsrelevanter/n Wunde(n)** bzw. **ausführlicher Begründung** d. med. Notwendigkeit im Einzelfall **für die gleiche(n) Wunde(n)**.
30212			
30791	5009	freier Begr.-Text	… je dokumentierter Indikation bis zu 10mal, mit besonderer Begründung bis zu 15mal im KHF

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
30800, 30810, 30811	5002 oder 5009	Art der Unters. oder freier Begr.-T.	Schwer psychisch Erkrankte mit Diagnosen aus dem Bereich F00 bis F99, die nicht unter § 2 (4) der Soziotherapie-Richtlinie genannt sind, erhalten **in begründeten Einzelfällen eine ärztliche Verordnung von Soziotherapie** (GAF-Wert ≤ 40).
30984	5009	freier Begr.-Text	**Die zweimalige Berechnung** … **im Krankheitsfall** setzt **eine ausführliche Begründung der medizin. Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.
31010, 31011, 31012, 31013	Dokumentation in der Patientenakte		Die Berechnung einer präoperativen GOP … **vor Durchführung einer intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM)** gemäß d. GOPen 31371 - 31373 bzw. 36371 - 36373) setzt die **Begründung der med. Notwendigkeit** … **im Einzelfall** voraus.
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 u. Kindern **bis zum vollendeten 12. Lebensjahr** nach d. (links) genannten GOPen d. Abschn. 31.2 / 36.2 berechnungsfähig, sofern der Eingriff in Narkose erfolgt. Die Voraussetzungen lt. § 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 GOPen d. Abschnitts 31.4 nicht berechnungsfähig. Die in der Präambel 31.2.1 Nr. 8 / 36.2.1 Nr. 4 genannten Einschränkungen entfallen …, es gelten die Abrechnungsregelungen der o. g. GOPen.
31364, 36364	5009	freier Begründungstext	… **je Auge höchstens einmal im Krankheitsfall** berechnungsfähig. **Die zweimalige Berechnung** … im Krankheitsfall **setzt eine ausführliche Begründung der med. Notwendigkeit im Einzelfall voraus.**
31502 / 36502	Dokumentation in der Patientenakte		Die Berechnung der GOP … für die **postoperative Überwachung nach**
31821 / 36821			**Anästhesie u./o. Narkose im Rahmen der** Durchführung **einer intravitrealen Medikamenteneingabe (IVM)** gemäß den GOPen 31371 - 31373 / 36371 - 36373 setzt e. **ausführliche Begründung der med. Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
32030	5002*	Art der Untersuchung	**Bei mehrfacher Berechnung** ... ist die **Art der Untersuchungen** anzugeben.
32571 (32640)	5002*	Art der Untersuchung	Die Bestimmung von Toxoplasma-IgA-Antikörpern nach der GOP 32571 ist neben der GOP 32640 nicht berechnungsfähig. Die **Art der bestimmten Toxoplasmaantikörper** ist hinter der GOP 32571 anzugeben.
32692 (32688, 32689)	5002*	Art der Untersuchung	... neben 32688, 32689 nur berechnungsfähig, wenn es sich um verschiedene Pilz-/ Hefearten handelt. Die **Anzahl der verschiedenen Pilz- bzw. Hefearten** ist hinter jeder GOP anzugeben.
Die GOP (en) … ist/sind **bei demselben Material nicht neben den GOPen** berechnungsfähig.			
32720, 32722, 32723	5002*	Art der Untersuchung	… 32725 bis 32727 …
32721			… 32725 bis 32727 und 32740 …
32724			… 32725 bis 32727 und 32741 bis 32746 …
32725			… 32720 bis 32724, 32726 und 32741 bis 32746 …
32726			… 32720 bis 32725 und 32740 …
32727			… 32720 bis 32724 und 32740 bis 32746 …
32740			… 32721, 32726 und 32727 …
32741 - 32746			… 32724, 32725 und 32727 …
Daher ist hinter jeder GOP die **Anzahl der verschiedenen Materialien** anzugeben.			
32759, 32760 bis 32765	5002*	Art der Untersuchung	... nebeneinander nur berechnungsfähig, wenn es sich um verschiedene Bakterienarten handelt. Die **Anzahl der verschiedenen Bakterienarten** ist hinter jeder GOP anzugeben.
32772, 32773, 32777	5009	freier Begründungs-text	**bei mehr als einer Untersuchungsprobe: Anzahl der Untersuchungsproben**
32818, 32831	5002*	Art der Untersuchung	… nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen und/oder Antigennachweisen zum Nachweis von Cytomegalievirus (CMV)
32852	5002*	Art der Untersuchung	… nur in begründeten Einzelfällen neben kulturellen Untersuchungen zum Nachweis von Neisseria gonorrhoeae

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
32901	5002*	Art der Untersuchung	Die GOP 32901 ist im Krankheitsfall je untersuchte Person höchstens 2-mal berechnungsfähig. **Wird mehr als eine Person untersucht bzw. die GOP mehr als 2-mal im Krankheitsfall** berechnet, … **nur mit Angabe einer Begründung** (Benennung der untersuchten Personen) ….
32902, 32904, 32906, 32908	5002*	Art der Untersuchung	Die GOP … ist im Krankheitsfall je Genort und je untersuchte Person höchstens 2-mal berechnungsfähig. **Wird mehr als eine Person untersucht bzw. die GOP mehr als 6-mal im Krankheitsfall** berechnet, … **nur mit Angabe einer Begründung** (Benennung der untersuchten Personen u. Genorte)
GOPen d. Ab. 34.4.1 - 34.4.6 und 34.4.7	5009	freier Begründungs-text	GOPen der Abschnitte 34.4.1 bis 34.4.6 und 34.4.7 sind **nebeneinander nur mit besonderer Begründung** berechnungsfähig.
34505	5009	freier Begründungs-text	Die **Berechnung** ... **bei anderen als den genannten Erkrankungen setzt eine ausführliche Begründung der med. Notwendigkeit** … **voraus**. Die Begründung ist einschl. d. ICD-10-GM Kodes für die betreffende Erkrankung … anzugeben.
34700, 34701, 34702, 34703	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung der GOPen 34700 und 34701 **im Behandlungsfall neben** … 34702 und 34703 setzt eine **ausführliche Begründung der medizin. Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.
34704, 34705, 34706, 34707	5009	freier Begründungs-text	Die Berechnung der GOPen 34704 und 34705 **im Behandlungsfall neben** … 34706 und 34707 setzt eine **ausführliche Begründung der medizin. Notwendigkeit im Einzelfall** voraus.
34800	5009	freier Begründungs-text	Die GOP 34800 ist nur einmal im Behandlungsfall berechnungsfähig. **Die zweimalige Berechnung** … **im Behandlungsfall** setzt eine **ausführliche Begründung der medizinischen Notwendigkeit** im Einzelfall voraus.
37700	5009	freier Begründungs-text	Die GOP 37700 ist höchstens zweimal im Krankheitsfall berechnungsfähig. **Die dreimalige Berechnung** … **im Krankheitsfall setzt eine ausführliche Begründung der med. Notwendigkeit** im Einzelfall voraus.
38100, 38105	5009	freier Begründungs-text	… **im begründeten Einzelfall neben Besuchen** nach den GOPen 01410 bis 01413, 01415 u. 01418 berechnungsfähig.

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
40701	5009	freier Begründungs-text	… [berechnungsfähig] nur im Falle eines bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung unter Quarantänebedingungen erfordert. **Darüber hinaus** … **bis** … **zum** Vorliegen eines **bestätigten labordiagnostischen Befundes, der eine Lagerung ohne Quarantänebedingungen erlaubt**… Die **Berechnung** setzt **in diesem Fall** die **Angabe einer Begründung** voraus.
40840	5009	freier Begründungs-text	Die Kostenpauschale … ist berechnungsfähig: - **bei Bestrahlung von gutartigen Erkrankungen** je Zielvolumen höchstens 2 mal, **insgesamt je Behandlungsfall unter Angabe einer Begründung höchstens 6 mal** - bei Bestrahlung unter Verwendung von 2-D-Technik je Zielvolumen höchstens 4 mal, bei Bestrahlung unter Verwendung von 3-D-Technik je Zielvolumen höchstens 8 mal, **insgesamt je Behandlungsfall unter Angabe einer Begründung höchstens 15 mal**
51041 (-A); 50600	5009	freier Begründungs-text	Die **zweimalige Berechnung** … **im Kalendervierteljahr** ist im Einzelfall möglich und setzt die **Begründung der med. Notwendigkeit** voraus.
88895	5009	freier Begründungs-text	… unter Angabe einer **besonderen Begründung**, **wenn** die sozialpsychiatrische **Behandlung nach Vollendung des 21. Lebensjahres** des Patienten **fortgesetzt wird**

GOP / Nr. / EBM-Abschn.	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
98105E 98105F 98125 - 98130	5009	freier Begründungs-text	PsycheAktiv Sachsen: **Gründe für die Unterschreitung der Mindest-menge d. Therapiebegleiterleistungen i. R. d. IPV** - zu einer Leistung (Pauschale) des Facharztes - oder ggf. zu einer erbrachten Leistung des Therapiebegleiters
Nrn. des DMP COPD neben den Nrn. des DMP Asthma	5009	freier Begründungs-text	Die Leistungen des DMP Chronisch obstruktive Lungenerkrankungen (COPD) sind neben den Leistungen des DMP Asthma bronchiale (Asthma) ausgeschlossen, da … der Versicherte nicht gleichzeitig an beiden DMP teilnehmen kann. **Bei Änderung der behandlungsrelevanten Diagnose ist eine entspr. Begründung anzugeben.**
Nrn. des DMP Diab. m. Typ 1 bzw. der Diabetes-Vereinbarung Sachsen neben d. Nrn. des DMP Diab. m. Typ 2 und (Nach-) Schulungen, Schulungs-materialien des DMP KHK	5009	freier Begründungs-text	Leistungen des DMP Diabetes mellitus Typ 1 bzw. der Diabetes-Vereinbarung Sachsen (außer Diagnosen Diabetes mellitus Typ 1 u. Typ 2) sind neben Leistungen … im Zusammenhang mit der Diagnose „Diabetes mellitus Typ 2“ (Leistungen des DMP Diabetes mellitus Typ 2 und Schulungen/Schulungsmaterialien/Nachschulungen des DMP Koronare Herzkrankheit (KHK) ausgeschlossen. **Bei Änderung der behandlungsrelevanten Diagnose ist eine entspr. Begründung anzugeben.**

* 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

GOPen des EBM	Feld-kennung	Feld-bezeichnung	Begründung
01110, 01223*, 01224*, 01226*, 01422, 01424, GOPen des Abschnitts 1.7.4 EBM „Mutter-schaftsvorsorge“ (01770 bis 01870), 02325 bis 02328, 03220, 03360, 03362, 04220, 04355, 04356, 04433 (-I), 07345, 08345, 09345, 09364, 10345, 10350, 11302 (-X), 11303, 13435 (-I), 13675 (-I), 13652 (-I), 14313, 14314, 15345, 16222, 16230, 16231, 16233, 19402, 19421, 19424, 19451, 19452, 19453, 19456, 20364, 21230, 21231, 21233, 25321, 26315, 30401, 30440 30790, 30791, 30800, 30810, 30811 30942, 30944, 30950, Abschnitt 30.13, Abschnitt 32.3.15.1, 34505, 34600	6001	ICD-Code	Die **Angabe der Diagnose** nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung … bzw. Die GOP/Nr./ … ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Er-krankungen berechnungsfähig … …
	6003	Diagnosen-sicherheit	
	6008	Diagnosen-ausnahme-tatbestand	
	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
	3674	Diagnosen-sicherheit Dauerdiagnose	

Abr.-Nrn. der Verträge der KV Sachsen	**Feld-kennung**	**Feld-bezeichnung**	**Begründung**
Diabetes-Begleiterkrankungen, Diabetes-Vereinbarung Sachsen, DFS Sachsen: 98313M Rahmenvertrag, Anlage 1 „Onkologie“ AOK PLUS: Nrn. 96531A, 96531B Sozialpsychiatrie: 88895 DMP Diabetes m. Typ 2 DMP Diabetes m. Typ 1 DMP KHK DMP Asthma bronchiale DMP COPD DMP Brustkrebs OsteoporosePLUS Sa. Vertrag „Willkommen Baby!“ PsycheAktiv Sachsen	6001	ICD-Code	Die **Angabe der Diagnose** nach ICD-10 ist Voraussetzung für die Berechnung … bzw. Die GOP/Nr./ … ist nur bei mindestens einer der im Folgenden genannten Er-krankungen berechnungsfähig … …
	6003	Diagnosen-sicherheit	
	6008	Diagnosen-ausnahme-tatbestand	
	3673	Dauerdiagnose (ICD-Code)	
	3674	Diagnosen-sicherheit Dauerdiagnose	

* Die Berechnungsfähigkeit der Gebührenordnungspositionen 01223, 01224 bzw. 01226 ist u. a. durch die Nr. 8 bzw. die Nr. 9 der Präambel zum Abschnitt 1.2 EBM geregelt.

Die **Liste von Diagnosen**, die die Vorgaben gemäß Nr. 8 bzw. Nr. 9 der Präambel 1.2 EBM erfüllen, findet sich auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Honorar und Abrechnung > Allgemeine Informationen unter „Dokumente“ als Datei im *.pdf-Format.

5.4 Abrechnungsbesonderheiten in Gemeinschaftspraxen und Medizinischen Versorgungszentren, ab 01.04.05

5.4.1 Kennzeichnung der Leistungen in versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifenden Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren, ab 01.04.05

Gemäß Bundesmantelvertrag und EBM sind bei der Abrechnung die Leistungen in **versorgungsbereichs- und/oder fachgruppenübergreifenden** Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren **arztbezogen** zu kennzeichnen.

Gemäß EBM sind bei der Abrechnung von Leistungen durch Berufsausübungsgemeinschaften, Medizinische Versorgungszentren und angestellte Ärzte die Gebührenordnungspositionen nach Maßgabe der KV Sachsen unter Angabe der Arztnummer sowie aufgeschlüsselt nach Betriebs- und Nebenbetriebsstätten gemäß § 44 (7) Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä) zu kennzeichnen.

Hinweis:
Die Umsetzung der neuen Regelungen zur Kennzeichnungspflicht erfolgt mit der Einführung der neuen Nummern-Systematik (Lebenslange Arztnummer, BSNR) im Zusammenhang mit dem Vertragsarztrechtsänderungsgesetz (VÄG).

Die Vergabe der Kennzeichen erfolgt durch die jeweilige Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen.

5.5 Abrechnung Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten

5.5.1 Wesentliche Grundlagen

Für die Abrechnung der Leistungen Psychologischer Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten **sind in der jeweils gültigen Fassung zu beachten** (Änderungen bitte fortlaufend der „Ausgabe PP“ des Deutschen Ärzteblattes entnehmen):

Verträge der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV), insbesondere
- Bundesmantelvertrag - Ärzte (BMV-Ä),
- Psychotherapie-Vereinbarung und **Psychotherapie-Richtlinie,**
- Vordruck-Vereinbarung und Erläuterungen

ICD-10-GM des jeweiligen Jahres, Systematisches Verzeichnis

Einheitlicher Bewertungsmaßstab (EBM)

Abrechnungshinweise der KV Sachsen

Vereinbarung zur Honorarverteilung im Bereich der KV Sachsen (Honorarverteilungsmaßstab) einschl. der Anlagen
1 „Übersicht über die qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen“ (Übersicht QZV) und
2b „Leistungserbringer der Vergleichsgruppe 200“

sowie Abrechnungsordnung der KV Sachsen

Richtlinie der KV Sachsen zur Erstellung der Abrechnung.

Der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesauschusses (G-BA) über die Durchführung der Psychotherapie (**Psychotherapie-Richtlinie**), einschließlich der Anlage, sind die näheren Bestimmungen zu entnehmen zu
- Allgemeines (Abschnitt A.)
- den psychotherapeutischen Behandlungs- und Anwendungsformen (Abschnitt B.),
- der psychosomatischen Grundversorgung (Abschnitt C.),
- den Anwendungsbereichen (Abschnitt D.),
- dem Leistungsumfang (Abschnitt E.),
- dem Konsiliar-, Antrags- und Gutachterverfahren (Abschnitt F.),
- der Qualifikation zur Durchführung … und Dokumentation (Abschnitt G.) sowie
- dem Regelungsbereich der Psychotherapie-Vereinbarung (Abschnitt H.).

Weitere Regelungen ergeben sich aus der Vereinbarung über die Anwendung von Psychotherapie in der vertragsärztlichen Versorgung (**Psychotherapie-Vereinbarung**, zum 01.07.2020 in überarbeiteter Form in Kraft getreten)
als Anlage 1 zum BMV-Ä mit Regelungen
- Allgemeines (Teil A),
- zur Ausübung Berechtigte (Teil B),
- Durchführung der Behandlung (Teil C),
- Abrechnung (Teil D),
- Formblätter (Teil E) sowie Anlage 1,
- Übergangsbestimmungen (Teil F).

Zum 01.07.2020 änderten sich einige Regelungen für Psychotherapeuten (Höhere Stundenkontingente für Bezugspersonen, mehr Testverfahren, neue Zusatzziffern und Formulare) - die **Psychotherapie-Vereinbarung** wurde entspr. angepasst.

Für die **psychotherapeutische Akutbehandlung von Kindern u. Jugendlichen sowie Menschen mit geistiger Behinderung** stehen **künftig höhere Stundenkontingente** zur Verfügung, **um Bezugspersonen in die Therapie einbeziehen zu könne**n.

Dabei gilt dasselbe wie für die Richtlinien-Psychotherapie: Für jeweils vier Einheiten des Patienten kommt maximal eine Einheit für den Einbezug der Bezugspersonen dazu.

Bei Menschen mit geistiger Behinderung ist das Vorliegen einer Diagnose des Abschnitts Intelligenzstörung (F70-F79) nach ICD-10 Voraussetzungen dafür, dass Bezugspersonen einbezogen werden können. Der Therapeut muss dies im neuen Formblatt PTV 12 entspr. angegeben.

Alle Formblätter wurden überarbeitet und insbesondere für die **Systemische Therapie bei Erwachsenen** angepasst, die **als viertes Richtlinienverfahren eingeführt** wurde.

Psychotherapeuten dürfen **nur noch die neuen Formblätter verwenden**, **alte Formulare, Umschläge oder Leitfäden können nicht aufgebraucht oder weiter genutzt werden.**

Erstmals wurde in den Formularen – soweit möglich – auf geschlechtsneutrale und inklusive Sprache geachtet. Das Formblatt PTV 12 wird nur noch für die Anzeige einer Akutbehandlung genutzt.

Mehr psychodiagnostische Testverfahren
Eine weitere Neuerung betrifft die Testverfahren (**GOPen 35600 bis 35602**).
Aufgrund der Änderungen in der Psychotherapie-Vereinbarung **können** sie **in der Langzeittherapie in allen Psychotherapieverfahren häufiger abgerechnet werden**:
insgesamt bis zu 7-mal (statt bisher 5-mal) im Therapieverlauf.

Bewilligungsbescheid
Für Krankenkassen wird eine alte Pflicht wiedereingeführt: **ab 01.07.2020** müssen sie den Bewilligungsbescheid für die Psychotherapie **auch in der Kurzzeittherapie** an den Therapeuten versenden.

- **Psychotherapeutische Sprechstunde:**
  Dieses verpflichtende Angebot dient der frühzeitigen diagnostischen Abklärung und stellt einen niedrigschwelligen Zugang zur Psychotherapie dar. Eine Sprechstunde dauert mindestens 25 Minuten pro Patient und kann im Krankheitsfall höchstens
  - bei Erwachsenen 6-mal (insgesamt bis 150 Minuten);
  - bei Kindern/Jugendlichen sowie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung 10-mal im Krankheitsfall (insgesamt bis zu 250 Minuten)

  durchgeführt werden.
  Die Sprechstunden werden nicht auf die Therapiekontingente angerechnet. Erst wenn eine Sprechstunde durchgeführt wurde, kann mit probatorischen Sitzungen oder einer Akutbehandlung begonnen werden - dieses Erstgespräch ist Pflicht (auch für Patienten), vorgeschrieben sind min. 50 Minuten (§ 14 (2) Psychotherapie-Vereinb.).

- **Akutbehandlung:**
  Diese soll zur Besserung akuter psychischer Krisen beitragen. Patienten, für die eine Akutbehandlung nicht ausreicht, sollen so stabilisiert werden, dass sie auf eine Psychotherapie vorbereitet sind oder ihnen andere ambulante, teil-/ vollstationäre Maßnahmen empfohlen werden können.
  Die Akutbehandlung dauert mindestens 25 Minuten und kann als Einzeltherapie im Krankheitsfall durchgeführt werden
  - bei Erwachsenen bis zu 24-mal (insgesamt bis zu 600 Minuten),
  - bei Kindern/Jugendlichen sowie bei Menschen mit einer geistigen Behinderung bis zu 30-mal, wenn die Bezugspersonen einbezogen werden (max. 750 Minuten).

  Die Akutbehandlung ist nicht genehmigungspflichtig, die Kasse muss aber informiert werden. Für die Anzeige ist das Formular PTV 12 zu verwenden.
  Soll nach der Akutbehandlung eine Richtlinientherapie erfolgen, sind mindestens 2 probatorische Sitzungen nötig. Erbrachte Stunden der Akutbehandlung sind mit den Stunden der KZT oder LZT zu verrechnen.

- **Probatorische Sitzungen:**
  Vor einer KZT oder LZT sind mindestens 2 probatorische Sitzungen durchzuführen,
  - bei Erwachsenen bis zu 4
  - bei Kindern/Jugendlichen (Versicherten bis zum vollendeten 21. Lebensjahr) und bei Versicherten mit Vorliegen einer Intelligenzstörung (ICD-10-GM: F70-F79) bis zu 6 (relevante Bezugspersonen können einbezogen werden) sind dabei möglich.

  Dies gilt auch, wenn eine Sprechstunde und/oder Akutbehandlung durchgeführt wurde. Ein Antrag auf KZT oder LZT kann i. R. der probatorischen Sitzung gestellt werden, wenn der Termin für die 2. Sitzung bereits feststeht. Verbliebene probatorische Sitzungen können auch nach Antragsstellung durchgeführt werden.

  Erfolgt im Zusammenhang mit der Durchführung von probatorischen Sitzungen im Krankenhaus (gemäß § 12 Abs. 6 der Psychotherapie-Richtlinie) **die Abrechnung der GOP 01410** (Besuch) **bzw. 01413** (Besuch eines weiteren Kranken), **so sind diese GOPen mit dem Buchstaben „K“ zu kennzeichnen**.

- **Kurzzeittherapie (KZT):**
  Die antragspflichtige KZT umfasst bis zu 24 Therapieeinheiten, die Beantragung erfolgt in zwei Schritten für jeweils ein Kontingent von 12 Therapieeinheiten und ist grundsätzlich nicht mehr gutachtenpflichtig. Die Beantragung bei der Krankenkasse soll möglichst schon während der probatorischen Sitzungen erfolgen.
  Aus der KZT 1 kann nach der 7. Sitzung eine KZT 2 beantragt werden.
  Ein Antrag gilt 3 Wochen nach Eingang bei der Krankenkasse auch ohne Bescheid als bewilligt, in der Regel erhält der Patient eine formlose Bewilligung seiner Krankenkasse. Bei einer Ablehnung werden Patient und Therapeut informiert.

  Für KZTen (als Einzeltherapie) gibt es jeweils zwei Gebührenordnungspositionen (GOPen) für die Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, für die Analytische Psychotherapie, für die Verhaltenstherapie und ab 01.07.2020 für die Systemische Therapie: eine für die KZT 1 und eine für die KZT 2. Beide Therapieeinheiten umfassen jeweils bis zu 12 Sitzungen.

  Die Umwandlung einer KZT in eine LZT ist gutachtenpflichtig und bei der Krankenkasse zu beantragen.

- **Langzeittherapie (LZT):**
  Der 1. Bewilligungsschritt bleibt antrags- und gutachtenpflichtig.

  Fortführungsanträge können durch die Krankenkassen auch ohne Gutachterverfahren bewilligt werden. Ob ein Bericht an den Gutachter notwendig ist, wird dem Therapeuten nach Eingang des Antrags unverzüglich mitgeteilt.

  Für alle Verfahren bei Erwachsenen bzw. Kindern/Jugendlichen kann mit dem Fortführungsantrag (zweiter Bewilligungsschritt) direkt das Höchstkontingent beantragt werden. Es müssen nicht zwingend alle Stunden beantragt werden.

  Die Krankenkasse teilt dem Versicherten/Therapeuten die Entscheidung formlos mit.

- **Seit 01.07.2020 ist** in der Abrechnung **die Beendigung einer Richtlinientherapie** (KZT oder LZT) **anzugeben**. Dafür gibt es zwei Kennzeichnungsziffern:
  - **88130**: **Beendigung** einer Psychotherapie **ohne anschließende Rezidivprophylaxe**,
  - **88131**: **Beendigung mit anschließender Rezidivprophylaxe**.

  Diese sind in der Praxissoftware hinterlegt und werden i. R. d. Abrechnung übermittelt.

  Somit hat sich lediglich die Form der Beendigungsmitteilung geändert, die bis 30.6.2020 mittels PTV 12 erfolgte.

  Die o. g. Kennzeichnungsziffern sollen - soweit möglich - dem Datum zugeordnet werden, an dem die letzte bewilligte Stunde erfolgt ist. Kann ein Therapieende noch nicht sicher abgesehen werden, ist die Übermittlung auch in den zwei darauffolgenden Quartalen zulässig.

  Wird eine Psychotherapie länger als ein halbes Jahr unterbrochen ist nach § 11 (13) der Psychotherapie-Vereinbarung weiterhin eine formlose Begründung der Therapiepause an die Krankenkasse erforderlich. Die Übermittlung der Kennzeichnung erfolgt dann (nach Wiederaufnahme der Behandlung) mit der regulären Beendigung.

- **Rezidivprophylaxe**
  Um Rückfälle zu vermeiden kann nach Beendigung einer LZT eine Rezidivprophylaxe erfolgen. Dafür werden Stunden aus dem Kontingent der LZT genutzt:
  - max. 8 Std. Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer ≥ 40 Std.,
  - max. 16 Stunden Rezidivprophylaxe bei einer Behandlungsdauer ≥ 60 Std.

  Für Kinder, Jugendliche und Menschen mit geistiger Behinderung können mehr Stunden für die Rezidivprophylaxe verwendet werden (10 bzw. 20 Stunden).

  Die Rezidivprophylaxe kann bis zu 2 Jahre nach Abschluss der LZT durchgeführt werden. Dazu ist bereits im Antrag für eine LZT (PTV 2) anzugeben, wie viele Stunden für die Rezidivprophylaxe eingesetzt werden sollen oder dass dies zum Zeitpunkt der Antragsstellung noch nicht absehbar ist.

  Wichtig ist, dass eine **Rezidivprophylaxe nicht im Vorfeld ausgeschlossen wird.** Voraussetzung ist die **Übermittlung der Kennzeichnungsziffer 88131** für die Beendigung einer Psychotherapie mit anschließender Rezidivprophylaxe über die Praxissoftware im Rahmen der Abrechnung.

- **Einzeltherapie:**
  Die Abrechnung erfolgt nach d. Gebührenordnungspositionen im Abschnitt 35.2.1 EBM. Eine Besonderheit betrifft die KZT: Für jedes Richtlinien-Verfahren gibt es zwei GOPen, eine für die KZT 1 und eine für die KZT 2.
  Diese Unterteilung gilt nur für die Einzeltherapien.

- **Gruppentherapie:**
  Die Gruppengröße beträgt einheitlich 3 bis 9 Teilnehmer festgelegt, Einzel- und Gruppentherapie können kombiniert werden. Einzel- und Gruppensitzungen können ohne Mitteilung an die Krankenkasse getauscht werden, sofern sich die überwiegende Anwendungsform nicht ändert. Ansonsten genügt in einer KZT eine formlose Mitteilung an die Krankenkasse, während in der LZT ein Antrag gestellt werden muss.

  Die Gebührenordnungspositionen (GOPen) zur Abrechnung bzw. die Höhe ihrer Bewertung richten sich nach der Anzahl der Teilnehmenden.
  Für jedes Therapieverfahren gibt es jeweils sieben GOPen für die KZT und für die LZT.

  Es ist jeweils die GOP für die Gesamtgruppengröße abzurechnen, unabhängig davon wie sich die Gruppe zusammensetzt (Privat-/GKV-Versicherte, Teilnehmer mit KZT o. LZT) oder ob die Gruppentherapie von mehr als einem Therapeuten durchgeführt wird.

- Eine **Therapieeinheit** umfasst 50 Min. bei Einzel- und 100 Min. bei Gruppentherapie.

- **Seit 01.10.2021** ist die **gemeinsame Durchführung von Gruppentherapien und probatorischen Sitzungen durch zwei Therapeuten** in der Abrechnung **anzugeben** (gemäß § 18 (7) Psychotherpie-Vereinbarung).
  Dafür gibt es die Kennzeichnungsziffer

  88135 Kennzeichnung der gemeinsamen Durchführung von Gruppentherapien und probatorischen Sitzungen durch zwei Therapeuten

- **EBM-Struktur:**
  Der **Abschnitt 35.1 enthält alle nicht antragspflichtigen Leistungen** wie die Differentialdiagnostische Klärung psychosomatischer Krankheitszustände, Verbale oder Übende Intervention(en), Bericht/Ergänzungsbericht an den Gutachter, Probatorische Sitzung, Psychotherapeutische Sprechstunde, Akutbehandlung sowie (neu seit 01.10.2021) die Probatorische Sitzung im Gruppensetting und die Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung.

  Der **Abschnitt 35.2 enthält alle antrags- und genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen** mit den Unterabschnitten:

  - **35.2.1 Einzeltherapien** (GOPen 35401 … 35435),
  - **35.2.2 Gruppentherapien** (GOPen 35503 … 35559, 35703 … 35719),
  - **35.2.3 Zuschläge** (GOPen 35571 bis 35573, 35591 bis 35559).

  Der **Abschnitt 35.3** enthält die **psychodiagnostischen Testverfahren**.

Weitere, detaillierte Informationen über das ambulante Versorgungsangebot „Psychotherapie“, über die verschiedenen Leistungen und deren Vergütung, zu Formularen zur Antragstellung und Begutachtung, zum Gutachterverfahren, zur Fortbildungsverpflichtung, zu den rechtlichen Grundlagen der psychotherapeutischen Versorgung, Hinweise zur Verordnung für Psychotherapeuten und auch aktuelle Neuigkeiten finden sich unter https://www.kbv.de/html/psychotherapie.php.

5.5.2 Einreichung der Abrechnungsunterlagen/Vordrucke

Ab der Zulassung/Ermächtigung müssen Psychologische Psychotherapeuten bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten mit einem Lesegerät für die elektronische Gesundheitskarte (eGK) und einem entsprechenden Drucker ausgestattet sein. Eine Liste der Vertriebs- und Herstellerfirmen zertifizierter Lesegeräte ist bei der jeweiligen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen erhältlich.

Die Abrechnung der Leistungen ist nur zulässig:
für Therapeuten, die mit Praxiscomputer abrechnen, auf:
- einem Datensatz, der dem Muster 5/6 entspricht
  Abrechnungsgebiet (FK 4122): 00
  Scheinuntergruppe (FK 4239): 00 (Satzart 0101) bzw.
  20, 21, 23, 24 (Satzart 0102)
  > kein Ausdruck des Muster 5, sofern die eGK eingelesen wurde,
  nur bei defekter Technik/fehlerhafter eGK sog. Ersatzverfahren anwenden,
  d. h. Muster 5 ausstellen, vom Patienten unterschreiben lassen und einreichen
  > keine Einreichung des Muster 6, dieses jedoch 4 Quartale in der Praxis aufbewahren

Bei Abrechnung von durch die Krankenkasse genehmigter „anerkannter Psychotherapie“ ist auf dem entspr. Datensatz (bzw. Muster 5) im betreffenden Feld das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse anzugeben.
Liegt bei einer beantragten Kurzzeittherapie (KZT) keine (formlose) Bewilligung der Krankenkasse vor, ist das Datum des Fristendes (lt. § 34 (1) d. Psychotherapie-Richtlinie / PT-RL) einzutragen, da nach Ablauf einer 3-Wochen-Frist nach Antragstellung der Antrag auch ohne Bescheid als bewilligt gilt.

Um die Erfassung der Information bewilligter Leistungen i. R. der KVDT- Abrechnung zu ermöglichen, wurden die Feldkennungen 4244 - 4246 eingeführt.

Aufgrund der zunehmend papierlosen Abrechnung und der online-Übertragung der Daten des Anerkennungs- (Bewilligungs-) Bescheides möchten wir auf das Ausfüllen der Feldkennungen hinweisen.

Bei Durchführung von bewilligungspflichtigen Psychotherapieleistungen sind folgende Feldkennungen zu füllen (gemäß Datensatzbeschreibung der KBV):

Feldkennung (FK)	**Feldbezeichnung** *(Umgangssprachliche Bezeichnung)*	**Beispiel**
4234	Anerkannte Psychotherapie	1 (= ja)
4235	Datum des Anerkennungs- (*Bewilligungs-*) Bescheides oder das Datum des Fristendes (nach § 33 (1) PT-RL)	
4299	Lebenslange Arztnummer (LANR) des Vertrags-psychotherapeuten *(bei Kombinationsbehandlung durch zwei Therapeuten in einer psychotherapeutischen Berufsausübungsgemeinschaft)*	
4247	Antragsdatum des Anerkennungsbescheides *(oder Datum der Antragstellung des Versicherten)*	
4244	Bewilligte Leistung	GOP 35401
4245	Anzahl bewilligter Leistungen	25
4246	Anzahl abgerechneter Leistungen	8

Mit der Strukturreform der psychotherapeutischen Versorgung und der damit in Zusammenhang stehenden Überarbeitung der Psychotherapie-Richtlinie sowie der Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung (ab 01.04. bzw. 01.07.2017) wurden auch **neue Feldkennungen eingeführt**, die zu füllen sind (lt. Datensatzbeschreibung der KBV):

Feldkennung (FK)	**Feldbezeichnung** *(Umgangssprachliche Bezeichnung)*	**Beispiel**
4250	Kombinationsbehandlung aus Einzel- und Gruppentherapie	1 (= ja)
4251	Durchführungsart der Kombinationsbehandlung *1 = Alleinige Durchführung mit überwiegend Einzeltherapie* *2 = Alleinige Durchführung mit überwiegend Gruppentherapie* *3 = Einzeltherapie-Anteil bei Durchf. durch 2 Therapeuten* *4 = Gruppentherapie-Anteil bei Durchf. durch 2 Therapeuten*	
4252	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für den Versicherten	
4253	Bewilligte GOP für den Versicherten	35401
4254	Anzahl der abgerechneten GOPen für den Versicherten	
4255	Gesamtanzahl bewilligter Therapieeinheiten für die Bezugsperson	
4256	Bewilligte GOP für die Bezugsperson	35401B
4257	Anzahl der abgerechneten GOPen für die Bezugsperson	

Bitte übernehmen Sie nur die jeweils für das Abrechnungsquartal relevanten Daten aus dem Anerkennungs- (Bewilligungs-) Bescheid in diese Felder.

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 (Psych-PT) bzw. Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (KiJu-PT) finden sich insbesondere in den folgenden Teilen des EBM: Allgemeine Bestimmungen, Kapitel 23, 35, 40.

Die **Berechnung der Gebührenordnungspositionen (GOPen) des Kapitels 23 durch KiJu-PT** erfolgt ausschl. für die Behandlung v. Patienten bis zum voll. 21. Lebensjahr bzw. bei Patienten, deren Behandlung vor Vollendung des 21. Lebensjahres begonnen wurde.

Für Psych-PT und KiJu-PT sind neben den GOPen aus Kap. 23 nur die GOPen berechnungsfähig, die im Punkt 5 der Präambel (Abschnitt 23.1) zum Kapitel 23 aufgeführt sind.

Werden die in den Grundpauschalen enthaltenen Leistungen entspr. der GOPen 01600 und 01601 erbracht, sind für die Versendung bzw. den Transport die Kostenpauschalen nach den Nrn. 40110 und 40111 berechnungsfähig.

Die **Abrechnung der GOPen des Kapitels 35 durch KiJu-PT** 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 (§1 (2) Psychotherapiegesetz bzw. § 7 (6) Psychotherapie-Vereinbarung).

Übende und suggestive Interventionen (Übende Interventionen und Hypnose) nach den GOPen 35111, 35112, 35113 und 35120 dürfen gemäß Psychotherapie-Richtlinie (Psychotherapie-RL, Abschnitt C, § 26) der während einer tiefenpsychologisch fundierten oder analytischen Psychotherapie grundsätzlich nicht angewendet werden.

Probatorische Sitzungen sind nur als Einzeltherapie zulässig und bei Unterteilung in 2 Einheiten von je 25 Minuten nur einmal nach mind. 50 Minuten berechnungsfähig. Nach der Psychotherapie-RL sind vor der ersten Antragstellung mind. 2 und bis zu 4 probatorische Sitzungen möglich. Probatorische Sitzungen werden nicht auf die für die Therapie genehmigten Behandlungsstunden angerechnet. Bei Kindern/Jugendlichen können darüber hinaus 2 weitere prob. Sitzungen durchgeführt werden. In der Systemischen Therapie können auch prob. Sitzungen im Mehrpersonensetting stattfinden.

Gemäß Abschnitt F der Psychotherapie-RL hat der Psych-PT bzw. KiJu-PT den Patienten spätestens nach Beendigung der probatorischen Sitzungen und vor Beginn der Richtlinientherapie gemäß § 15 an einen nach § 32 (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 an einen Vertragsarzt vor Aufnahme einer Psychotherapie zur Abklärung somatischer Ursachen ist Muster 7 der Vordruckvereinbarung zu verwenden.

Das Muster 22a-d (Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie) ist dem Muster 7 für den Vertragsarzt beizufügen.

Der Vertragsarzt rechnet seine Leistungen auf einem Muster 5 (Abrechnungsschein) ab, erstellt den Konsiliarbericht (Muster 22a-d) und verteilt ihn entsprechend.
Die Ausfertigung für den Therapeuten des Konsiliarberichtes (Muster 22a) ist dem Psychologischen oder Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten möglichst zeitnah, spätestens aber drei Wochen nach der Untersuchung zu übermitteln.

Die Psychotherapeutische Sprechstunde stellt einen niedrigschwelligen Zugang des Versicherten zur Psychotherapie dar und soll eine erste diagnostische Abklärung ermöglichen.

Über das Ergebnis erhält der Patient eine schriftliche Rückmeldung durch das Formblatt PTV 11 (aktueller Stand: 7.2020). Mit der allgemeinen Patienteninformation (PTV 10) wird der Patient über die verschiedenen Psychotherapieverfahren u. Behandlungsmöglichkeiten informiert.

Der Patient muss in den letzten vier Quartalen mind. 50 Minuten Psychotherapeutische Sprechstunde in Anspruch genommen haben („Zugangsvoraussetzung“), bevor er eine Akutbehandlung oder eine Psychotherapie beginnt (außer Patienten aus stationärer oder rehabilitativer Behandlung mit einer Psychotherapie indizierenden Entlassdiagnose).

Die Psychotherapeutische Akutbehandlung dient der schnellen Intervention bzw. kurzfristige Symptomverbesserung bei akuten Krisen zu ermöglichen und auf eine anschließende Psychotherapie oder andere ambulante, teilstationäre oder stationäre Maßnahmen vorzubereiten.

Die Akutbehandlung muss der Krankenkasse des Patienten mit dem Formblatt PTV 12 angezeigt werden.

Soll danach eine Richtlinientherapie erfolgen, sind mind. 2 probatorische Sitzungen nötig. Erbrachte Stunden der Akutbehandlung werden mit den Stunden der KZT oder LZT verrechnet. Die Behandlungsstunden der Akutbehandlung werden auf das beantragte Therapiekontingent angerechnet.

Für diese Leistungen ist **keine zusätzliche Genehmigung** der KV erforderlich.

Testverfahren (GOPen 35600 bis 35602) sind während der Durchführung / Fortsetzung einer bewilligten (laufenden) Psychotherapie bei Kurzzeittherapie bis zu 3-mal, bei Langzeittherapie darüber hinaus 4-mal, somit insgesamt bis zu 7-mal, berechnungsfähig (§ 18 (2) Psychotherapie-Vereinbarung).

Antragspflichtige Leistungen
Die im Abschnitt 35.2 EBM aufgeführten GOPen können ausschließlich von Vertragsärzten/ -therapeuten berechnet werden, die über eine Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung psychotherap. Leistungen gemäß d. Psychotherapie-Vereinbarung verfügen.

Gemäß 2.1.4 der Allgemeinen Bestimmungen des EBM gilt die „Berichtspflicht“ auch für die GOPen des Abschnitts 35.2 EBM:

Für GOPen des Abschnittes 35.2 ist die Berichtspflicht erfüllt, wenn **zu Beginn und nach Beendigung einer Psychotherapie, mind. jedoch einmal im Krankheitsfall** bei Therapien, die länger als ein Jahr dauern, **ein Bericht an den Hausarzt entsprechend d. GOP 01600 bzw. ein Brief entsprechend d. GOP 01601** erstellt und versendet wird.

Einzelheiten zum Antragsverfahren und zur Feststellung der Leistungspflicht der Krankenkassen sind in der Psychotherapie-Richtlinie (im Abschnitt F) sowie in der Psychotherapie-Vereinbarung (im Teil C, §§ 11 – 13) geregelt.

Bei **Überführung einer bewilligten Kurzzeit- (KZT) in eine Langzeit-Therapie (LZT)** ist die Anrechnung der KZT auf das Kontingent der LZT bereits bei der Antragstellung zu berücksichtigen, d. h. die höchstzulässige Anzahl der LZT-Sitzungen ist um die Anzahl der bewilligten KZT-Sitzungen zu reduzieren.

Gemäß § 18 der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 BMV-Ä) sind bestimmte **Leistungen zu kennzeichnen**, indem der entspr. EBM-GOP ein bestimmter Buchstabe angefügt wird. (siehe “Sonstige Abrechnungsbestimmungen und Kodierungsvorschriften“)

Kennzeichnung von bzw. der …	**Kennzeichnung** der entspr. GOP des EBM **mit dem Buchstaben**
Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie (KZT/LZT), Verhaltenstherapie (KZT/LZT), Systemische Therapie (KZT/LZT), **mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten,** **im Rahmen einer Videosprechstunde**	**A**
Psychotherapie-Leistungen **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten	**B**
Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**, **im Rahmen einer Videosprechstunde**	**C**
Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie) **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe** **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten** **und im Rahmen einer Videosprechstunde**	**D**
Verhaltenstherapie (KZT) als Gruppentherapie **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten **und im Rahmen einer Videosprechstunde**	**E**
Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemische Therapie) **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe** **und im Rahmen einer Videosprechstunde**	**F**
Tiefenpsychologischen bzw. Analytischen Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Systemischen Therapie **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe** **mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten,** **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten **im Rahmen einer Videosprechstunde**	**G**

Probatorischen Sitzung (Gruppenbehandlung), Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie (KZT/LZT), Verhaltenstherapie (KZT/LZT), Systemische Therapie (KZT/LZT), **mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten**	**H**
Probatorischen Sitzung (Gruppenbehandlung) **durch Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten und im Rahmen einer Videosprechstunde**	**K**
Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung) **durch Arztgruppen gemäß § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten**, **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten**	**M**
Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung) **durch Arztgruppen lt. § 87b (2) Satz 4 SGB V mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten**	**O**
Probatorische Sitzung **durch Arztgruppen lt. § 87b (2) Satz 4 SGB V**	**P**
Probatorische Sitzung **durch Arztgruppen lt. § 87b (2) Satz 4 SGB V unter Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten**	**Q**
Tiefenpsychologischen bzw. Analytischen Psychotherapie, Verhaltenstherapie bzw. Systemischen Therapie, **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**	**R**
Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Tiefenpsychologische bzw. Analytische Psychotherapie (KZT/LZT), Verhaltenstherapie (KZT/LZT), Systemische Therapie (KZT/LZT), **mit einer Sitzungsdauer von mindestens 50 Minuten, unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten **und im Rahmen einer Videosprechstunde**	**T**
Tiefenpsychologischen Psychotherapie, Analytischen Psychotherapie, Verhaltenstherapie bzw. Systemischen Therapie , **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**	**U**
Kennzeichnung von (Gesprächs-)Leistungen, die **im Rahmen einer Videosprechstunde** durchgeführt werden	**V**
Tiefenpsychologischen Psychotherapie, Analytischen Psychotherapie, Verhaltenstherapie bzw. Systemischen Therapie **unter Einbeziehung von Bezugsperson(en) des Patienten und im Rahmen einer Videosprechstunde**	**W**
Tiefenpsychologischen Psychotherapie, Verhaltenstherapie bzw. Systemischen Therapie mit einer **Sitzungsdauer von mindestens 50 aber weniger als 100 Minuten im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**	**X**

Tiefenpsychologischen bzw. Analytischen Psychotherapie, Verhaltens-therapie bzw. Systemischen Therapie als Einzelbehandlung **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe und im Rahmen einer Videosprechstunde** sowie Tiefenpsychologischen bzw. Analytischen Psychotherapie, Verhaltens-therapie bzw. Systemischen Therapie als Gruppenbehandlung mit einer **Sitzungsdauer von mindestens 50 aber weniger als 100 Minuten unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten **im Rahmen der Langzeittherapie als Rezidivprophylaxe**	**Y**
Probatorische Sitzung (Gruppenbehandlung), Gruppenpsychotherapeutische Grundversorgung, Tiefenpsychologischen Psychotherapie (KZT/LZT), Analytische Psychotherapie (KZT/LZT), Verhaltenstherapie (KZT/LZT) bzw. Systemischen Therapie (KZT/LZT) mit einer **Sitzungsdauer von mind. 50 aber weniger als 100 Minuten unter Einbeziehung von Bezugsperson(en)** des Patienten	**Z**

Die Abrechnung dieser gekennzeichneten GOPen erfolgt auf dem Behandlungsausweis des psychotherapeutisch zu behandelnden Patienten.

5.5.4 Sonstige Hinweise

Vertretung bei genehmigungspflichtigen psychotherapeutischen Leistungen einschließlich der probatorischen Sitzungen **ist grundsätzlich unzulässig** (§ 14 (3) BMV-Ä).

Überweisungen können **nur im Rahmen des** in der Psychotherapie-Richtlinie geregelten **Konsiliarverfahrens** vorgenommen werden (gemäß § 24 (13) BMV-Ä).

Eine **Vergütung** von bewilligungspflichtigen Leistungen aus dem Kapitel 35.2 kann nur erfolgen, wenn die für den Patienten zuständige Krankenkasse die Übernahme der Kosten bestätigt hat (ggf. formlos) bzw. bei einer beantragten Kurzzeittherapie (KZT) die 3-Wochen-Frist verstrichen ist und der Antrag danach auch ohne Bescheid als bewilligt gilt (lt. § 33 (1) der Psychotherapie-Richtlinie / PT-RL).

Wir bitten Sie daher, unbedingt im Feld 4235 das Datum des Anerkennungsbescheides der Krankenkasse zu erfassen bzw. bei einer beantragten KZT das Datum des Fristendes (lt. § 33 (1) PT-RL) einzutragen, sofern keine (formlose) Bewilligung der Krankenkasse vorliegt.

Im Feld 4234 ist zwingend die Angabe „Anerkannte Psychotherapie“ zu hinterlegen und aus dem Feld 4247 muss das Datum des Antrages an die Krankenkasse hervorgehen.

Zur **Diagnoseverschlüsselung** gemäß § 295 SGB V sei auf Kapitel V „Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)“ des systematischen Verzeichnisses der ICD-10-GM (Internationale Klassifikation der Krankheiten in der jeweils vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des BMG herausgegebenen deutschen Fassung) hingewiesen.

Zur Angabe der Diagnosesicherheit muss eines der folgenden Zusatzkennzeichen hinter jeder Schlüsselnummer angefügt werden (obligatorische Anwendung):

A ausgeschlossene Diagnose

V Verdachtsdiagnose bzw. auszuschließende Diagnose

Z (symptomloser) Zustand nach der betreffenden Diagnose

G gesicherte Diagnose

Auch bei der Abrechnung von Leistungen der Psychotherapie sind abrechnungsbegründende Diagnosen anzugeben.

Werden Psychologische bzw. Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten, die **bisher im Kostenerstattungsverfahren** tätig waren, **im Laufe eines Quartals zugelassen oder ermächtigt**, ist wie folgt zu verfahren:

- Die Abrechnung bis zum Datum der Zulassung/Ermächtigung erfolgt wie bisher mit der Krankenkasse.
- Eine Abrechnung ist ab dem Datum der Zulassung/Ermächtigung bei der KV einzureichen. Bei laufenden Psycho-/Verhaltenstherapien müssen die noch offenen bewilligten Restsitzungen erkennbar sein, indem zu den bewilligungspflichtigen Psychotherapieleistungen die entspr. Feldkennungen gefüllt werden (siehe Punkt 5.5.2). Dafür sind (nur) die für das Abrechnungsquartal relevanten Daten aus dem Anerkennungsbescheid in diese Felder zu übernehmen.
- Nachträge aus Vorquartalen bis zum Datum der Zulassung/Ermächtigung sind noch weiterhin mit der Krankenkasse direkt abzurechnen.

Mit den „Neuerungen in der Psychotherapie“ und der damit einhergehenden Anpassung der Psychotherapie-Vereinbarung (Anlage 1 zum BMV-Ä) mit Wirkung zum 01.07.2020 wurden auch alle PTV-Formulare überarbeitet und insb. für die Systemische Therapie bei Erwachsenen angepasst, die als viertes Richtlinienverfahren eingeführt wurde.

Ab 01.07.2020 dürfen nur noch die neuen Formblätter verwendet werden, alte Formulare, Umschläge oder Leitfäden können nicht aufgebraucht oder weiter genutzt werden.
Das Formular PTV 12 wird nur noch für die Anzeige einer Akutbehandlung genutzt.

Gleich geblieben sind wiederum die Muster 7 (Abklärung somatischer Ursachen …) und 22 (Konsiliarbericht vor Aufnahme einer Psychotherapie). Lt. einer Information der KBV sind alle Formulare ab Juli 2020 auch in der Praxissoftware hinterlegt.

Psychologische sowie Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten dürfen verordnen:

- Krankenhausbehandlung (Muster 2) und Krankenbeförderung (Muster 4, i. d. F. 7.2020),
- mit Genehmigung der KV Soziotherapie (Muster 26 und 27) und Leistungen zur psychotherapeutischen Rehabilitation (Muster 61, in der angepassten Fassung 7.2022),
- seit 01.09.2020 psychiatrische häusliche Krankenpflege, <u>jedoch erst nach</u> einem entspr. Beschluss des Bewertungsausschusses zur Anpassung des EBM.

Dafür gelten grundsätzlich dieselben Vorgaben wie für Vertragsärzte, Unterschiede gibt es im Indikationsspektrum. In den angepassten Richtlinien ist festgelegt, bei welchen Indikationen die o. g. Leistungen verordnet werden dürfen.

Die Verordnungen sind auf den entspr. Mustern der „Vordruck-Vereinbarung“ vorzunehmen; in diesen Bereichen sind <u>keine PTV-Formblätter</u> (Psychotherapie-Vordrucke) zu verwenden.

Verordnungsvordrucke bzw. das Sicherheitspapier für die Blankoformularbedruckung sind über die „Allgemeine Verwaltung“ der jeweils zuständigen Bezirksgeschäftsstelle der KV Sachsen erhältlich.

Ausführliche Informationen zu den Grundlagen und spezifischen Regeln zur Ausstellung von Verordnungen durch Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder- und Jugendlichen-Psychotherapeuten stehen auf unserer Internetpräsenz (www.kvsachsen.de) zur Verfügung unter > Für Praxen > Verordnungen.

5.6 Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung

Eine aktuelle Übersicht zur Bedeutung der Leistungskennzeichen in der Honorarzusammenstellung finden Sie auf der Internetpräsenz der KV Sachsen (www.kvsachsen.de) unter > Für Praxen > Honorar und Abrechnung > Allgemeine Informationen unter „Weiterführende Informationen“ als Datei „Leistungskennzeichen der Honorarunterlagen“ (*.pdf).