

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Inhaltsverzeichnis

	Seite
Ambulantes Operieren, Katarakt.....	44 – 47
Ambulantes Operieren, Modellvorhaben Praxisklinik Herderstraße.....	43
Arztanfrage bei Arbeitslosigkeit.....	42
Arztanfrage, Facharztanfrage bei Spezialuntersuchung.....	42
Belegarztstätigkeit, Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes.....	3
Betreuung in der Schwangerschaft.....	25 – 27
Chronische Niereninsuffizienz, IV-Vertrag.....	27
Chronische Wunden, IV-Vertrag der KV Management-Gesellschaft.....	18
Diabetiker Betreuung und Schulungen unabhängig von DMP-Teilnahme.....	39
Diabetisches Fußsyndrom und Hochrisikofuß.....	21
DMP Asthma/COPD.....	34 – 39
DMP Brustkrebs.....	33 – 34
DMP Diabetes Mellitus Typ I.....	28 – 32
DMP Diabetes Mellitus Typ II.....	51 – 56
DMP KHK.....	57 – 62
EBM-Nrn. die im Rahmen der Früherkennung, Substitution, Immunologischen Untersuchung, Antragspflichtigen Psychotherapie, Künstlichen Befruchtung, Physikalisch-medizinische Leistungen einer Kennzeichnung durch Anhängen eines Buchstaben an die Gebührenordnungsposition bedürfen.....	66 – 71
EBM-Nrn. die durch die KV hinzugesetzt werden.....	72 – 73
Einbeziehungsvereinbarungen, prä- und postoperative Leistungen.....	48 – 49
Früherkennungsuntersuchungen: augenärztliche Vorsorgeuntersuchung bei Kleinkindern.....	41
Früherkennungsuntersuchungen: Hautvorsorge.....	42
Früherkennungsuntersuchungen: U10, U11, J2.....	40
Gestationsdiabetes, Behandlung, Betreuung und Schulungen.....	50
Geriatrischer Reha-Komplex.in Schwerpunktpraxen.....	24
Hausarztzentrierte Versorgung (HZV)	4 – 13
Homöopathievereinbarungen.....	14 – 15
Hörsturzvereinbarung.....	23
Impfungen.....	63 – 64
Kardiologie-Vereinbarung.....	12
Kennziffer zur Abrechnung von Sachkosten.....	16
Kennziffer zur Kennzeichnung von ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115 b.....	16
Kennziffer zur Kennzeichnung Versicherter mit Kostenerstattungsprinzip	16
Lungenemphysem, Substitutionstherapie.....	42
MDK Anforderungen und Anfragen.....	3
Onkologievereinbarung.....	15

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

	Seite
SAPV, Vertrag der KV Management Gesellschaft.....	19 – 20
Sozialpsychiatrie-Vereinbarung.....	16
Telefonkosten zur stationären Einweisung.....	3
Tonsillitomievereinbarung.....	22 – 23
Trauma first Vereinbarung.....	40
Urologievereinbarung, Prostatakarzinom.....	13
Wegepauschalen.....	17
Zuzahlungsbeträge bei physikalisch-medizinischen Leistungen.....	67

Bitte beachten Sie die Leistungsinhalte entsprechend der veröffentlichten Vereinbarungen: http://www.kvsa.de/praxis/vertraege_recht.html

Die Aufstellung hat den Stand 4. Quartal 2014 und wird durch uns regelmäßig überarbeitet.

Sollten Sie Anregungen für eine bessere Übersichtshandhabung haben, wenden Sie sich bitte an das Sekretariat der Abteilung Abrechnung.

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
40170	Kostenersatz bei Vorhalten eines vom Belegarzt zu vergütenden ärztlichen Bereitschaftsdienstes, je Patient und Pfl egetag	AOK SA, IKK WOP*, BKK, Sozialämter Sa.-Anh.: 3,07 €; übrige PK: 2,56 € EK-Bereich: 3,10 €	alle* * vorbehaltlich der vertraglichen Regelungen	Nein	nur belegärztliche Abrechnung
Der Kostenersatz ist entsprechend der bundesmantel- und belegarztvertraglichen Regelungen nicht für die durch die Absicherung des eigenen Bereitschaftsdienstes entstehenden Kosten berechnungsfähig. Die Kosten für die Absicherung des Bereitschaftsdienstes durch hinzugezogene Ärzte sind gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung nachzuweisen. In der Regel entstehen die Kosten für die Nutzung von Krankenhauspersonal, wenn diese z. B. im Vertretungsfall oder aber in Notfällen hinzugezogen werden und das Krankenhaus entsprechende Kosten berechnet. Sollte z. B. das Krankenhaus als Gegenleistung keine finanziellen Mittel sondern z. B. die Teilnahme am Bereitschaftsdienst des Krankenhauses verlangen ist auch dies möglich und müsste entsprechend im Umfang nachgewiesen werden können. Insofern ist zu beachten, dass an Tagen an denen Sie selbstständig den Bereitschaftsdienst abgesichert und für die für den Bereitschaftsdienst hinzugezogenen Ärzte, die Ihnen vom Krankenhaus unentgeltlich überlassen wurden, keine Berechnung der Nr. 40170 möglich ist.					
80230	Telefonkosten zur stationären Einweisung	0,06 € je Einheit	alle	nein	
81000	Befundanforderung durch den MDK, von pflegerelevanten Befunden zur Pflegebedürftigkeit nach d. Pflegeversicherungsgesetz (gem. Anlage 1 der Vereinbarung)	6,14 €	MDK (85886)	nein	<ul style="list-style-type: none"> Abrechnung über extra Schein bei verstorbenen Patienten „Selbstausssteller“ möglich
81001	Arztanfrage durch den MDK zur Feststellung d. Pflegebedürftigkeit nach d. Pflegeversicherungsgesetz (gem. Anlage 2 der Vereinbarung)	15,34 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
81110	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Grundpauschale für die Koordination der Versorgung des Patienten bei einem Arzt-Patienten-Kontakt, je Behandlungsfall	4,00 €	Knappschaft	Teilnahme an der hausarztzentriert. Versorgung	Vertrag: Herr Krüger 0391 627 6342 Genehmigung: Frau Dressler 0391 627 6344 Die unterschriebenen Teilnehmerklärungen des Patienten sind innerhalb von 14 Tagen an die KV Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf, Fax: (02 11) 59 70-82 87. Die Pseudo-Nr. 81110 wird bei erfüllten Voraussetzungen automatisch hinzugesetzt. Zeitnah nach dem Medi-check ist die Verordnungsliste inkl. dokumentierter Maßnahmen an die Krankenkasse zu übermitteln. Darüber hinaus ist die Verordnungsliste als Abrechnungsbeleg mit der Quartalsabrechnung einzureichen.
81112	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Medikationscheck für einen von der Knappschaft identifizierten Patienten gemäß Anlage 10 des Vertrages	80,00 €			
81113	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Medikationscheck mit Konsil gemäß Anlage 10 des Vertrages (in Abstimmung mit FA und/oder Krankenhaus und mehr als 240 Min. Aufwand)	160,00 €			
98700	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Einschreibepauschale, je rechtskräftig eingeschriebenen Patienten	5,00 €	Barmer GEK (..601) DAK Gesundheit (..602) KKH (..603) HEK (..606) HKK (..607)	Teilnahme an der hausarztzentriert. Versorgung	Vertrag: Herr Krüger 0391 627 6342 Genehmigung: Frau Dressler 0391 627 6344 Die Pseudo-Nrn. 98700, 98701 und 98702 werden bei erfüllten Voraussetzungen automatisch hinzugesetzt. Bei Ansatz der GOP 40240, 40260, 40870 oder 40872 erfolgt eine Umwandlung in die Pseudo-Nr. 98703 oder 98704 bzw. bei IKK gesund plus Patienten eine Hinzusetzung der Pseudo-Nrn. 98703 oder 98704. Ersatzkassen: Neben den Besuchen der VERAH sind die EBM-Nrn. 40240, 40260, 40870 und 40872 nicht berechnungsfähig. IKK gesund plus: Die Pseudo-Nrn. 98703 bzw. 98704 sind zusätzlich zu den Besuchen der VERAH nach den EBM-Nrn. 40240, 40260, 40870 und 40872 berechnungsfähig. Voraussetzung ist, dass mindestens 30 IKK gesund plus-Versicherte im 3. Quartal des Vorjahres in der Praxis eingeschrieben sind.
98701	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Kontaktabhängige Grundpauschale, je Behandlungsfall	5,00 €			
98702	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Zuschlag je eingeschriebenen Versicherten pro Quartal bei nachgewiesener angestellter nichtärztlicher Praxisassistentin (VERAH)	1,50 €			
98703	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Hausbesuch durch VERAH, analog der Leistungsbeschreibung der EBM-Nrn. 40870 bzw. 40240 bei eingeschriebenen Versicherten der teilnehmenden Ersatzkassen oder bei allen IKK gesund plus Versicherten	17,00 €			
98704	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Mitbesuch für das Aufsuchen eines weiteren Kranken derselben sozialen Gemeinschaft durch VERAH, analog der Leistungsbeschreibung der EBM-Nrn. 40872 bzw. 40260 eingeschriebenen Versicherten der teilnehmenden Ersatzkassen oder bei allen IKK gesund plus Versicherten	12,50 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
98705	Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) Medikationsscheck, als Auftragsleistung der Krankenkassen	17,50 €	Barmer GEK (..601) DAK Gesundheit (..602) KKH (..603) HEK (..606) HKK (..607)	Teilnahme an der hausarztzentriert. Versorgung	Hausarzt wird durch die KK angeschrieben
99010	HZV – hausärztliche Leistung Information, Beratung und Einschreibung eines Versicherten ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, einmalig – im ersten Quartal	11,00 €	nur teilnehmende BKK'n der BKK-Vertragsarbeitsgemeinschaft Ost (Katalog ↓)	Teilnahme an der hausarztzentriert. Versorgung	Vertrag: Herr Krüger 0391 627 6342 Genehmigung: Frau Dressler 0391 627 6344
99011	HZV hausärztliche Leistung Steuerungspauschale je Quartal, bei mindestens einem persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt im Quartal	9,00 €			
Katalog teilnehmender BKK'n der Vertragsarbeitsgemeinschaft Ost:					

VKNR	BKK
01417	BKK S-H
02402	BKK Beiersdorf AG
02406	Securivita BKK
02407	NOVITAS BKK
02409	BKK Shell/LIFE
02413	Esso BKK
02419	BKK PHOENIX
02422	Die Conitnetale BKK
03407	ATLAS BKK ahlmann
03412	BKK firmus
07417	BKK Salzgitter
07430	BKK Publik
08425	BKK Technoform
09402	BKK exklusiv
09409	BKK RWE
09416	BKK24
09450	Energie-BKK
09452	BKK TUI
09455	BKK Mobil Oil

VKNR	BKK
12407	BKK EWE
18403	BKK Achenbach Buschhütten
18405	BKK VOR ORT
18415	BKK BJB
18515	BKK der SIEMAG
18544	BKK VDN
19402	BKK Diakonie
19409	BKK Dürkopp Adler
19410	BKK Gildemeister Seidensticker
19418	Heimat Krankenkasse
19473	BKK Miele
19479	BKK Herford Minden Ravensberg
19540	BKK Melitta Plus
21405	actimonda Krankenkasse
21407	BKK EUREGIO
24413	BKK Deutsche Bank AG
24430	BKK VICTORIA – D.A.S.
25408	BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI
31418	E.ON BKK

VKNR	BKK
37431	Vaillant BKK
40410	Salus BKK
40417	BKK KARL MAYER
40418	Vereinigte-BKK
40426	BKK Braun-Gillette
42401	BKK B. Braun Melsungen
42402	Ernst & Young BKK
42405	BKK PricewaterhouseCoopers
42406	BKK Wirtschaft & Finanzen
42419	BKK Herkules
42420	BKK Werra-Meissner
45402	BKK IHV
45405	R+v BKK
45411	BKK Linde
47410	Debeka BKK
47419	BKK KEVAG KOBLENZ
47434	BKK ZF & Partner
48412	BKK advita
49402	pronova BKK

VKNR	BKK
49409	BKK VITAL
49411	BKK Pfalz
49417	BKK PFAFF
52405	Südzucker-BKK
58430	BKK Aeskulap
58434	Schwenninger BKK
58435	BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg
58440	BKK Rieker.Ricosta.Weisser
61421	mhplus BKK
61435	BKK MAHLE
61449	BKK Scheufelen
61477	WMF BKK
61487	BKK Würth
61491	Daimler BKK
	BKK Voralb
61493	HELLER*LEUZE*TRAUB
62418	G&V BKK
62461	BKK VerbundPlus
63405	BKK Mobil Oil München

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

64414	AUDI BKK	67411	BKK Akzo Nobel –Bayern-	69405	BKK Faber-Castell & Partner	90403	BKK MEM
65424	BKK Textilgruppe Hof	67412	SKD BKK	72421	BKK VBU	95408	BKK MEDICUS
67407	BKK KBA/West	68404	BKK Kronos	89407	BKK der Thüringer Energievers.		

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99022	<p>Hausarztprogramm Erweiterter Check up ab dem vollendeten 18. Lebensjahr gemäß Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ergänzt um ein EKG, und folgende Werte:</p> <p><i>obligat</i> BSG (32042), HDL (32061), LDL (32062), Triglyceride (32063), Harnsäure (32064), Kreatinin (32066), GOT (32069), GPT (32070), Gamma-GT (32071), TSH (32101), kl. Blutbild (32120), vollst. Blutstatus (32122)</p> <p><i>fakultativ</i> GLDH (32076),</p> <p><i>Zusatzmodule</i></p> <ul style="list-style-type: none"> - Sonographie Schilddrüse - Sonographie Oberbauch oder dessen Organe und/oder Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. Nieren - Belastungs-Echokardiographie 	46,11 €	IKK BIG gesund direkt (18306)	Hausarzt, mit Teilnahmeerklärung am HZV der IKK BIG	<p>für alle Versicherten der IKK BIG, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</p> <p>anstelle der EBM-Nr. 01732, 32880, 32881, 32882 sowie der übrigen Labor-Nrn.</p> <p>Innerhalb von 2 Kalenderjahren ist nur eine der Leistungen 01732 oder 99022 berechnungsfähig.</p> <p>Wird im zeitlichen Zusammenhang mit dem erweiterten Check up die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt, ist anstelle der 01745 die 01746 zu berechnen.</p> <p>Im Zusammenhang mit dem Check up plus können in demselben Quartal aufgeführte Zusatzmodule erbracht werden. Die Abrechnung erfolgt über die EBM-Nrn. 33012, 33042 und/oder 03321.</p> <p>Genehmigung/Vertrag: Frau Dressler (0391) 627 6344</p>
33012	- Sonographie Schilddrüse	8,41 €			
33042	- Sonographie Oberbauch oder dessen Organe und/oder Retroperitoneums oder dessen Organe einschl. Nieren	15,60 €			
03321	- Belastungs-Echokardiographie	19,80 €			
	jedes 2. Kalenderjahr				
93300	<p>Hausarztprogramm Überprüfung des Impfstatus einschließlich ausführlicher Beratung und Hinwirken auf das Erreichen eines vollständigen, altersgerechten Impfstatus, für Versicherte ab dem vollendeten 18. Lebensjahr, jedes 2. Kalenderjahr</p>	10,00 €			<p>für alle Versicherten der IKK BIG, die das 18. Lebensjahr vollendet haben</p> <p>Genehmigung/Vertrag: Frau Dressler (0391) 627 6344</p>

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99022	<p>Hausarztprogramm Erweiterter Check up <u>mit</u> Empfehlung eines Präventionskurses</p> <p>Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ergänzt um ein EKG, Beratung zur Einschreibung in ein geeignetes DMP und folgende Werte:</p> <p><i>obligat</i> BSG (32042), HDL (32061), LDL (32062), Triglyceride (32063), Harnsäure (32064), Kreatinin (32066), GOT (32069), GPT (32070), Gamma-GT (32071), TSH (32101), kl. Blutbild (32120), vollst. Blutstatus (32122)</p> <p><i>fakultativ</i> GLDH (32076), ab vollendeten 35. Lebensjahr, jedes 2. Kalenderjahr</p>	46,13 €			<p>Inanspruchnahme des Patienten der IKK gesund plus nur nach Vorlage des Nachweises „Präventions-Scheck“</p> <p>Die Beratung zur Einschreibung in ein entsprechendes DMP sollte nur erfolgen sofern die Voraussetzungen vorliegen und der Patient nicht bereits Teilnehmer ist.</p> <p>Anstelle der EBM-Nr. 01732, 32880, 32881, 32882 sowie der übrigen Labor-Nrn.</p> <p>Innerhalb von 2 Kalenderjahren ist nur eine der Leistungen 01732, 99022 oder 99023 berechnungsfähig.</p> <p>Wird im zeitlichen Zusammenhang mit dem erweiterten Check up die Hautkrebsvorsorgeuntersuchung durchgeführt, ist anstelle der 01745 die 01746 zu berechnen.</p> <p>Genehmigung/Vertrag: Frau Dressler (0391) 627 6344</p>
99023	<p>Hausarztprogramm Erweiterter Check up <u>ohne</u> Empfehlung eines Präventionskurses</p> <p>Gesundheitsuntersuchungs-Richtlinien ergänzt um ein EKG, Beratung zur Einschreibung in ein geeignetes DMP und folgende Werte:</p> <p><i>obligat</i> BSG (32042), HDL (32061), LDL (32062), Triglyceride (32063), Harnsäure (32064), Kreatinin (32066), GOT (32069), GPT (32070), Gamma-GT (32071), TSH (32101), kl. Blutbild (32120), vollst. Blutstatus (32122)</p> <p><i>fakultativ</i> GLDH (32076), ab vollendeten 35. Lebensjahr, jedes 2. Kalenderjahr</p>	46,13 €	IKK gesund plus (87301)	Hausarzt, mit Teilnahmeerklärung am HZV der IKK gesund plus	<p>Genehmigung/Vertrag: Frau Dressler (0391) 627 6344</p>

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99027	Hausarztprogramm Zweitmeinungsverfahren zur Steuerung der Vermeidung von stationären Einweisungen – Dringende Vermittlung eines Facharzttermins innerhalb von 48 Stunden einschl. Anamnese, Befundbericht und Fragestellung, pro Überweisungsfall	10,00 €	IKK gesund plus	Hausarzt, mit Teilnahmeerklärung am HZV der IKK gesund plus	Genehmigung/Vertrag: Frau Dressler (0391) 627 6344 Nur für Diagnostische Untersuchungen - Neurologische Untersuchungen - erweiterte kardiologische Abklärung zur Vermeidung stationärer Diagnostik - Diagn. Katheterunters. An Herz u. Kreislauf - Pneumologische Funktionsuntersuchungen - Diagnostische Endoskopie der oberen Atemwege - Diagnostische Tracheobronchoskopie - Diagn. Endoskopie oberer/unterer Verdauungstrakt - Funktionsuntersuch. Verdauungstrakt - Arteriographie - Endosonographie - Diagnostische Endoskopie der Harnwege
99028	Hausarztprogramm Zweitmeinungsverfahren zur Steuerung der Vermeidung von stationären Einweisungen – Konsultation des Facharztes innerhalb von 48 Stunden auf dringende Überweisung des Hausarztes (Kennzeichnung –A- im Auftragsfeld durch Hausarzt); pro Überweisungsfall	10,00 €		Facharzt mit Zulassung bzw. Anstellung im Fachgebiet: Orthopädie Neurologie Neurochirurgie Psychiatrie Nervenheilkunde SP Angiologie SP Kardiologie SP Pneumologie SP Gastroenterologie SP Nephrologie Urologie	Nur für Therapien/Krankheitsbilder - Krankheiten des Rückens und der Wirbelsäule (Diagnoseziffern M50-M54), wie: o Bandscheibenschäden (M50.0, M50.1, M51.0, M51.1) o Zervikozephalales Syndrom o Zervikobrachial-Syndrom o Krankheiten der Sakrokokzygealregion o Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens o Radikulopathie o Zervikalneuralgie o Lumboschmerz o Kreuzschmerz o Schmerzen im Bereich Brustwirbelsäule

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99701	Hausarztprogramm Weiterbehandlung bei positiven Testergebnis aus der Screeningmaßnahme zur frühzeitigen Erkennung einer Fettleber bzw. schwerwiegender Krankheitsstadien der Leber, einmal pro Patient	15,00 €	AOK SAN (85101) gültig vom 01.04.2014 bis 31.12.2014	Hausarzt mit Teilnahmeerklärung am HZV der AOK SAN	Vertrag Herr Krüger (0391) 627 6340 Genehmigung Frau Dressler 0391 627 6344 Die Weiterbehandlung ist für Patienten mit positivem Befund aus der Screeningmaßnahme im Zeitraum vom 01.01.2014 bis 30.09.2014 unter Angabe der entsprechenden ICD-Codes möglich.
99790	Hausarztprogramm Besondere Betreuung chronischer Herzinsuffizienz durch VERAH Durchführung des Telefonmonitorings mittels definierten Fragebogen (Anlage 4) – einschl. Dokumentation, und Koordination, je Telefonat; mindestens 1-mal, höchstens 3-mal im Quartal	10,00 €	AOK SAN (85101) gültig vom 01.04.2014 bis 31.12.2015	Hausarzt mit Teilnahmeerklärung am HZV der AOK SAN und nicht-ärztliche Praxisassistentin (VERAH) mit Schulung Herzinsuffizienz	Vertrag Herr Krüger (0391) 627 6340 Genehmigung Frau Dressler 0391 627 6344 Ausschluss der GOPs 01410, 40240, 40260, 40870 und 40872 in derselben Sitzung; bei mehreren Inanspruchnahmen am Tag sind Uhrzeiten anzubeden
99791	Hausarztprogramm Besondere Betreuung chronischer Herzinsuffizienz durch VERAH Hausbesuch der VERAH im Sinne eines Monitorings mit Schulungseinheit (Anlage 3); mindestens 1-mal am Anfang des Case-Managements; bei Progression/Hospitalisierung maximal ein 2. Mal im Betreuungszeitraum	17,00 €			Die Pseudo-Nr. sind für Patienten im Hausarztprogramm der AOK mit gesicherter Diagnose Herzinsuffizienz I50.* berechnungsfähig. Die Angabe der Diagnose ist Abrechnungsvoraussetzung.
99792	Hausarztprogramm Besondere Betreuung chronischer Herzinsuffizienz durch VERAH Schulungseinheit (Anlage 3) von mindestens 45 Min. in der Praxis (anstelle der Pseudo-Nr. 99791 bei Schulung in Praxis)	17,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99840	Hausarztprogramm Medikations-Check: Gezielte Beratung des Patienten im Sinne eines umfassenden Medikationsmanagements, 1-mal im Kalenderjahr	AOK: 15,00 € IKK: 17,50 €	AOK SAN (85101) IKK gesund plus (87301)	Hausarzt, mit Teilnahmeerklärung am HZV der IKK gesund plus bzw. AOK SAN	
99842	Hausarztprogramm Nachbetreuung bei positiven Testergebnis aus der Screeningmaßnahme zur frühzeitigen Erkennung von diabetischen Neuropathien mit Inspektion des Fußstatus und ggf. weiteren Pflegehinweisen innerhalb eines Zeitraums von etwa 4 bis 6 Monaten nach Diagnosestellung; einmal pro Patient	15,00 €	AOK SAN (85101) gültig vom 01.04.2014 bis 31.12.2014	Hausarzt mit Teilnahmeerklärung am HZV der AOK SAN	Vertrag: Herr Krüger (0391) 627 6340 Genehmigung: Frau Dressler 0391 627 6344 Die Nachbehandlung ist für Patienten mit positivem Befund aus der Screeningmaßnahme im Zeitraum vom 01.01.2014 bis 30.09.2014 unter Angabe der entsprechenden ICD-Codes möglich.

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
-	Hausarztprogramm Verdacht auf Herzinsuffizienz Für in das HZV eingeschriebene Patienten <ul style="list-style-type: none"> - Diagnostik durch Hausarzt - dringlich abzuklärende Fälle die mindest. 2 Kriterien gemäß Zugangsbogen erfüllen - Terminabklärung mit Kardiologen per Fax mittels Zugangsbogen - Ausstellen einer Überweisung und Übermittlung der aktuellen Befunde und Medikationsplan		AOK Sachsen-Anhalt gültig vom 01.07.2014 bis 31.12.2014	Hausarzt, mit Teilnahmeerklärung am HZV der AOK SAN	Vertrag: Herr Krüger (0391) 627 6342
99070	Hausarztprogramm Verdacht auf Herzinsuffizienz <ul style="list-style-type: none"> - Konsultation des Facharztes innerhalb von 14 Tagen auf dringende Überweisung des Hausarztes - Kardiologische Erstdiagnostik durch ausführliche Anamnese, BNP-Wert, Echokardiographie und ggf. weitere Maßnahmen - Befundbericht an den Hausarzt nach abgeschlossener Diagnostik und Einleitung der Therapie	15,00 € + 40,00 € bei RLV Überschreitung		Facharzt mit Zulassung bzw. Anstellung im Fachgebiet SP Kardiologie	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99090A	Hausarztprogramm Behandlung von urologischen Erkrankungen Überprüfung des Behandlungsplans bei Patienten mit Prostatakarzinom bei active surveillance; 1-mal im Behandlungsfall	15,00 €			Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338
99090B	Hausarztprogramm Behandlung von urologischen Erkrankungen Überprüfung des Behandlungsplans bei Patienten mit Prostatakarzinom bei watchful waiting; 1-mal im Behandlungsfall	15,00 €			<ul style="list-style-type: none"> - Abrechnungsvoraussetzung für 99090A, 99090B und 99091 ist der ICD C61 mit Diagnosesicherheit G - bei 99090A bis 99090D: bisher und aktuell keine adjuvante Therapie (Prostatektomie, Zytostatikatherapie, Hormontherapie Bestrahlung)
99090C	Hausarztprogramm Behandlung von urologischen Erkrankungen Überprüfung des Behandlungsplans bei Patienten mit Prostatakarzinom bei active surveillance mit zusätzlicher Depression; 1-mal im Behandlungsfall	20,00 €	AOK Sachsen Anhalt	FÄ für Urologie	<ul style="list-style-type: none"> - Abrechnungsvoraussetzung für 99090C und 99090D ist der ICD C61 mit Diagnosesicherheit G und ein ICD aus dem Bereich F32.0 bis F32.3, F33.0 bis 33.4 C61 mit Diagnosesicherheit G
99090D	Hausarztprogramm Behandlung von urologischen Erkrankungen Überprüfung des Behandlungsplans bei Patienten mit Prostatakarzinom bei watchful waiting mit zusätzlicher Depression; 1-mal im Behandlungsfall	20,00 €			
99091	Hausarztprogramm Behandlung von urologischen Erkrankungen Überprüfung des Krankheitsverlaufs mittels Rebiopsie zusätzlich zur Pseudo-Nr. 99090A oder 99090C im Krankheitsverlauf; 1-mal je Patient	40,00 €			<ul style="list-style-type: none"> - taggleicher Abrechnungsausschluss der EBM-Nrn. 26341, 33043 und 33092 neben der Pseudo-Nr. 99091 - bei transkavitärer Untersuchung kann taggleich die EBM-Nr. 33090 berechnet werden
99092	Hausarztprogramm Behandlung von urologischen Erkrankungen Schulung und Beratung zur Stärkung der Therapie-Compliance, 1-mal je Behandlungsfall, max. 2-mal im Kalenderjahr	20,00 €			Abrechnungsvoraussetzung für 99092 ist einer der ICD N31.0 bis N31.2, N31.80 bis N31.82, N31.88 oder N31.9 mit Diagnosesicherheit G

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
81200	Homöopathische Erstanamnese bis zum vollend. 12. Lj. nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftl. Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopath. Behandlung (mind. 40 Min.), einmal pro Patient	60,00 €	BKK Securvita (02406) BKK Linde (45411) Daimler BKK (61491) BKK Essanelle (70438) BKK 24 (09416) BKK Pfaff (49417) BKK Herkules (42419) actimonda Krankenkasse (21405) Novitas BKK (02407) IKK classic (02301, 18333, 61320, 89301, 95301)	ja	Die Leistungen 81200, 81202, 81205 und 81206 sind an demselben Tag nicht berechnungsfähig.
81201	Homöopathische Erstanamnese ab Beginn des 13. Lj. nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftl. Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopath. Behandlung (mind. 60 Min.), einmal pro Patient	90,00 €			
81202	Repertorisation, höchstens 2-mal im Kalenderjahr	20,00 €			Ansprechpartner Genehmigung: Frau Schönemeyer (0391) 627 7453 Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339
81203	Homöopathische Analyse, höchstens 2-mal im Kalenderjahr	20,00 €			
81204	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 30 Min.), höchstens 1-mal im Behandlungsfall	45,00 €			
81205	Homöopathische Folgeanamnese (Mindestdauer 15 Min.) höchstens 2-mal im Behandlungsfall	22,50 €			
81206	Homöopathische Beratung (Mindestdauer 7 Min.) höchstens 5-mal im Behandlungsfall	10,00 €			Die Leistungen 81200, 81202, 81205 und 81206 sind an demselben Tag nicht berechnungsfähig.
99001	Erstanamnese im Rahmen einer Homöopathischen Behandlung	92,03 €	IKK (WOP*)	ja	Frau Schönemeyer (0391) 627 7453
99001A	Erweiterung der Anamnese im 1. Folgequartal	61,36 €			
99001B	Erweiterung der Anamnese im 2. Folgequartal	40,90 €			
99001C	Erweiterung der Anamnese im 3. – 5. Folgequartal	30,68 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99001	Homöopathische Erstanamnese nach homöopathisch-individuellen Gesichtspunkten mit schriftlicher Aufzeichnung zur Einleitung einer homöopathischen Behandlung, einmal im Krankheitsfall	90,00 €	Barmer GEK	ja	99001 und 99001A sind in demselben Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig Genehmigung: Frau Schönemeyer (0391) 627 7453 Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339
99001A	Homöopathische Folgeanamnese (mindestens 15-30 Minuten) nach erfolgter Erstanamnese, einmal im Behandlungsfall	40,00 €			
99003	Homöopathische Fallanalyse/Repertorisation einmal im Behandlungsfall, höchstens zweimal im Krankheitsfall	30,00 €			
86510	Behandlung florider Hämoblastosen, 1-mal im Behandlungsfall	37,89 €	alle	ja	Bei Abrechnung der Leistungen 86514 oder 86516 ist Angabe des Medikaments und bei Abrechnung der Nr. 86512 die Angabe der Therapieform erforderlich. Abrechnungsausschluss neben 86510 bis 86516 im Behandlungsfall: 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 Abrechnungsausschluss der PFG in Behandlungsfällen mit einer der Leistungen 86510 bis 86518 Genehmigung: Frau Platenau (0391) 627 6443 Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338
86512	Behandlung solider Tumore, 1-mal im Behandlungsfall	24,36 €			
86514	Zuschlag für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie, 1-mal im Behandlungsfall	25,56 €			
86516	Zuschlag für die intravenös und/oder intraarteriell applizierte zytostatische Tumortherapie, 1-mal im Behandlungsfall	175,22 €			
86518	Zuschlag für die Palliativversorgung (Versorgung krebserkrankter Patienten bei progredientem Verlauf des Tumorleidens nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie), 1-mal im Behandlungsfall	175,22 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
88115	Kennziffer für Behandlungsscheine, deren Leistungen im Zusammenhang mit ambulanten Operationen und stationersetzenden Eingriffen gemäß § 115 b (AOP-Vertrag) erbracht wurden		alle	nein	
88190	Kennziffer für Versicherte, die anstelle des Sachleistungsprinzips das Kostenerstattungsprinzip nur für den Bereich der ärztlichen Behandlung gewählt haben		alle	nein	
88895	Sozialpsychiatrie-Vereinbarung Sozialpsychiatrische Behandlung eines Patienten bis zum vollendeten 18. Lj. mit mindestens drei Patienten-Kontakten, einmal im Behandlungsfall	- bis 350. Fall: 163,0 0 € ab 351. Fall: 122,25 €	alle	ja	Der Anspruch des Patienten besteht nur, wenn nicht bereits eine laufende Behandlung bei einem anderen Arzt, sozialpsychiatrischen Zentrum etc. wahrgenommen wurde. Der Patient bzw. dessen Eltern sind dahingehend zu befragen und das Ergebnis der Befragung zu dokumentieren. Die SPV kann nach Vollendung des 21. Lebensjahres nur mit einer besonderen Begründung fortgesetzt werden. Fallzahlobergrenze: 400 Genehmigung: Frau Rothe (0391) 627 6545 Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338
90009	Kennziffer für die Abrechnung von Sachkosten (außer künstliche Befruchtung) in Euro		alle	nein	Benennung der Sachkosten und Nachweis durch Rechnung Die Hälfte der Kosten im Rahmen der künstlichen Befruchtung ist für GKV-Versichertes durch die Patientin zu tragen. Unter der Pseudo-Nr. 90009X bitte den entsprechend halbierten Betrag eintragen.
90009X	Kennziffer für die Abrechnung von Sachkosten im Rahmen der künstlichen Befruchtung in Euro				

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
<p>Der Vertragsarzt erhält für jeden Besuch nach den EBM-Nrn. 01410, 01411, 01412, 01415 oder 01721 bzw. dringende Visite nach Nr. 01412 sowie für die erste Visite/Anästhesie nach den Nr. 01414 bzw. 05230 einmal je Visitentag/Anästhesietag eine Wegepauschale.</p> <p>Der Vorstand der KVSA hat in seiner Sitzung vom 13.08.2007 folgende Regelungen zur Berechnung der nachfolgend aufgeführten Wegepauschalen getroffen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Die Wegepauschalen sind vom Vertragsarztsitz aus zu berechnen. - Die Bereiche für die Wegepauschalen sind vom Vertragsarzt selbst – ausgehend vom Praxissitz als Zentrum – auf einer Karte mit dem Maßstab 1:25.000 zu bestimmen. - Die Wegepauschalen sind je Besuch berechnungsfähig, unabhängig davon ob und wie Besuchsfahrten ggf. miteinander verbunden werden. Die tatsächlich zurückgelegte Entfernung wird bei der Ermittlung der jeweiligen Wegepauschale nicht berücksichtigt. Ausschlaggebend ist allein die Lage der Besuchsstelle innerhalb eines der Wegebereiche. - Für die Berechnung der Wegepauschale ist es unerheblich, auf welche Weise bzw. mit welchem Verkehrsmittel und mit welchem Zeitaufwand die Besuchsstelle erreicht worden ist. - Die Rückfahrten sind mit den Wegepauschalen abgegolten. 					
90201	Wegepauschale für Besuche im Bereich bis 2 km Radius	5,20 €	alle Kassen	nein	Die Bewertungen gelten vorbehaltlich der Anerkennung der Schiedsamtentscheidung vom 09.05.2014 durch die Krankenkassen.
90202	Wegepauschale für Besuche im Bereich bei mehr als 2 km bis zu 5 km Radius	9,80 €			
90203	Wegepauschale für Besuche im Bereich bei mehr als 5 km bis zu 10 km Radius	14,00 €			
90210	Zuschlag zu Pseudo-Nr. 90203 für Besuche im Bereich von mehr als 10 km Radius, pro angefangene 5 km; jedoch höchstens 6-mal	2,30 €			
90212	Nachtzuschlag zu den Pseudo-Nrn. 90201, 90202 oder 90203 zwischen 19:00 und 07:00 Uhr ausgeführt	6,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
Vertrag der KV Management-Gesellschaft					
91019	IV-Vertrag Chronische Wunde Grunddiagnostik durch den zuweisenden Arzt	52,00 €	AOK SAN	berechnungs-fähig , nach Bestätigung des Patienten durch das Paul-Gerhardt-Diakonie KH	Neben der Pseudo-Nr. 91019 ist die taggleiche Abrechnung der EBM-Nrn. 02310, 02311, 02312 und 02313 ausgeschlossen.
91020	IV-Vertrag Chronische Wunde Grunddiagnostik durch den zuweisenden Arzt	52,00 €	AOK SAN	berechnungs-fähig , nach Bestätigung des Patienten durch das MVZ Herderstr.	Neben der Pseudo-Nr. 91020 ist die taggleiche Abrechnung der EBM-Nrn. 02310, 02311, 02312 und 02313 ausgeschlossen.

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
Vertrag der KV Management-Gesellschaft					
SAPV-Vereinbarung: Vergütung der additiven Teilversorgung					
91030	<p>Überleitungskonsil einschl. Erstellung des SAPV-Behandlungsplans in der Häuslichkeit des Patienten (zusätzlich zum Hausbesuch nach EBM-Nr. 01410, 01411, 01412, 01413 oder 01415):</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abstimmung und Festlegung der individuellen SAPV-Versorgungsinhalte und des Betreuungsaufwandes mit allen Leistungserbringern - Dokumentation - besondere Praxisorganisation - Absicherung der Medikation und notwendiger weiterer Verordnungen - Organisation einer Rund-um-die-Uhr haus-/fachärztlichen Rufbereitschaft - Austausch patientenbezogener Befunderhebungen und Diagnostik (auch bereichsübergreifend); <p>einmal pro Patient</p>	67,50 €	alle Primärkassen Ersatzkassenbereich	nein	Grundlage ist die Verordnung mittels des Musters 63 durch den Haus-/Facharzt
91031	<p>Zusatzpauschale für die SAPV zum Hausbesuch nach EBM-Nr. 01410, 01411, 01412, 01413 oder 01415</p> <ul style="list-style-type: none"> - notwendige haus-/fachärztliche Symptomkontrolle - Prüfung/Anpassung der Medikation der Verordnungen etc. 	25,00 €			
91032	<p>Zuschlag zum Hausbesuch nach EBM-Nr. 01410, 01411, 01412, 01413 oder 01415 für die SAPV-Notfallversorgung (außerhalb des organisierten Notfalldienstes)</p>	25,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
SAPV-Vereinbarung: SAPV-Versorgung durch qualifizierte Haus- und Fachärzte als verantwortliche Ärzte des Palliativ-Care-Teams des PZ's (Dienstleistung) bezogen auf den einzelnen SAPV-Patienten					
91035A	Überleitungskonsil in der Häuslichkeit des Patienten gemeinsam mit dem den Patienten behandelnden Haus-/Facharzt als ärztlich verantwortliches Mitglied des P-C-T des PZ - Abstimmung der individuellen SAPV-Versorgungsinhalte mit dem Haus-/Facharzt sowie verantwortliche Versorgungsplanerstellung für alle Leistungserbringer der SAPV für den genehmigten Zeitraum; einmalig in der ersten Woche	100,00 €	alle Primärkassen Ersatzkassenbereich	ja Zusatzbezeichnung PA	Grundlage ist die Verordnung mittels des Musters 63 durch den Haus-/Facharzt
91035B		90,00 €		ja Basiskurs BA	
91035C		60,00 €		ja Internes Curriculum	
	Rufbereitschaft für das PZ - verantwortliche Koordination des individuellen SAPV-Versorgungsplanes, Prüfung auf Aktualität der med. und pflegerischen Festlegungen in der SAPV zwischen jeweiligen Haus-/Facharzt und PZ sowie allen SAPV-Leistungserbringern - ggf. auch umfassendes weiteres Konsil in der Häuslichkeit mit dem jeweiligen Haus-/Facharzt/SAPV-Leistungserbringer Kalenderwochenpauschale, ab der zweiten Woche	200,00 €		ja Zusatzbezeichnung PA	
		150,00 €		ja Basiskurs BA	
		120,00 €		ja Internes Curriculum	
91037A	SAPV-Notfall oder SAPV-Hausbesuch der durch den Vertragsarzt als PZ-Palliativ-Arzt des P-C-T und nicht durch Haus-/Facharzt des SAPV-Patienten erbracht werden kann - Vor-Ort-SAPV-Realisierung einer Bereitschaft durch spezialisierten Palliativarzt des PZ aufgrund - notwendiger spezialisierter SAPV-Systemkontrollen oder - Anpassung/Prüfung der Medikation der Verordn. Etc.	70,00 €		ja Zusatzbezeichnung PA	
91037B		60,00 €		ja Basiskurs BA	
91037C		50,00 €		ja Internes Curriculum	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
92000	Vereinbarung Diabetisches Fußsyndrom und Hochrisikofuß Erstbesuch (Anamnese, Ausführlicher Fußstatus, Fotodokumentation, Wundbehandlung, Schuh- und Einlagenbegutachtung, ...), einmal im Krankheitsfall	70,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen (EK)	ja	Frau Hahne (0391) 627 6454 Die Leistungen nach den Nrn. 92002 und 92004 sind in demselben Behandlungsfall für denselben Fuß nicht nebeneinander berechnungsfähig. AOK: maximale Obergrenze je Quartal 280 Patienten/Arzt IKK'n: maximale Obergrenze je Quartal 20 Patienten/Arzt BKK: maximale Obergrenze je Quartal 280 Patienten/Arzt EK: maximale Obergrenze je Quartal 280 Patienten/Arzt
92002	Vereinbarung Diabetisches Fußsyndrom und Hochrisikofuß Kontrolluntersuchung (Fußinspektion, Wundkontrolle, BZ-Werte, Dokumentation des Verlaufs, Beratung ...), pro Fuß einmal im Behandlungsfall	100,00 €			
92004	Vereinbarung Diabetisches Fußsyndrom und Hochrisikofuß Rezidiv (Anamnese zur Ursachenverfolgung, Labor, Schuh- u. Einlagenbegutachtung, Wundbehandlung, Fußstatus, ...), pro Fuß einmal im Behandlungsfall	50,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
93070	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie	292,00 €	Bahn-BKK (40401) DAK (.602) KKH (.603) Knappschaft (.701) Novitas BKK (02407)	Ja	Genehmigung: Frau A. Schmidt (0391) 627 6453 Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338 Vereinbarung gilt nur für Patienten die zum Zeitpunkt des Eingriffs das 7. Lebensjahr noch nicht vollendet haben und bei denen der Eingriff ambulant durchgeführt wird. Teilnahmeerklärung des Patienten erforderlich. Der Operateur ist verpflichtet die Teilnahmeerklärung innerhalb eines Monats an die jeweilige Kasse zu übermitteln: Bahn BKK per Post (KompetenzCenter Ambulante Versorgung, Franklinstraße 54, 60486 Frankfurt am Main) oder per Fax (069 77 079 85 777) DAK per Post (DAK-Vertragsgebiet, Gr. Diesdorfer Str. 228/229, 39108 Magdeburg) KKH per Post (Regionalzentrum Halle, Bereich Sonstige Leistungen, PF 200742, 06008 Halle) oder per Fax (0345 1210 025) Knappschaft per Post (Dezernat VIII.3.1, Knappschaftsstr. 1, 44799 Bochum) oder per Fax (0234 3048 7388) Novitas BKK per Post: (Novitas BKK, Schifferstr. 92 – 100, 47059 Duisburg) oder per Fax (0203 54 59 543) Die Durchführung der ersten postoperativen Nachbehandlung ein bis zwei Tage nach der Operation ist mit der Vergütung der OP-Leistung abgegolten.
93071	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese <u>mit</u> Paukendrainage, <u>einseitiger</u> Eingriff	329,00 €			
93072	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese <u>ohne</u> Paukendrainage, <u>einseitiger</u> Eingriff	312,00 €			
93073	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese <u>mit</u> Paukendrainage, <u>beidseitiger</u> Eingriff	344,00 €			
93074	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Parazentese <u>ohne</u> Paukendrainage, <u>beidseitiger</u> Eingriff	327,00 €			
93075	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie	402,00 €			
93076	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese <u>mit</u> Paukendrainage, <u>einseitiger</u> Eingriff	439,00 €			
93077	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese <u>ohne</u> Paukendrainage, <u>einseitiger</u> Eingriff	422,00 €			
93078	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Parazentese <u>mit</u> Paukendrainage, <u>beidseitiger</u> Eingriff	454,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
93079	Tonsillotomievereinbarung Durchführung einer Tonsillotomie in Kombination mit einer Adenotomie und einer Prazentese <u>ohne</u> Paukendrainage, <u>beidseitiger</u> Eingriff	437,00 €	Bahn-BKK (40401) DAK (..602) KKH (..603) Knappschaft (..701) Novitas BKK (02407)	Ja	Abrechnungsausschlüsse neben 93070 bis 93083 im Behandlungsfall: 31231, 31232, 31233, 31238, 31502, 31503, 31504, 31656, 31657, 31658, 31659, 36231, 36232, 36233, 36238, 36502, 36503, 36504
93080	Tonsillotomievereinbarung Durchführung der Anästhesie zu den Operationsleist. Entsprechend der Pseudo-Nrn. 93070, 93075	213,00 €		FÄ für Anästhesie mit Vertragsarztsitz in Sachsen-Anhalt	
93081	Tonsillotomievereinbarung Durchführung der Anästhesie zu den Operationsleist. Entsprechend der Pseudo-Nrn. 93071, 93072, 93073, 93074, 93076, 93077, 93078, 93079	246,00 €			
93082	Tonsillotomievereinbarung Durchführung der <u>2.</u> postoperativen Nachbehandlung <u>eine</u> Woche nach erfolgter Operation	10,00 €		FÄ für HNO-Heilkunde	
93083	Tonsillotomievereinbarung Durchführung der <u>3.</u> postoperativen Nachbehandlung <u>vier bis sechs</u> Wochen nach erfolgter Operation	10,00 €			
93084	Tonsillotomievereinbarung Postoperative Überwachung (Aufwachraum) durch den Operateur oder dem Anästhesisten	85,00 €		Teiln. HNO-Arzt od. Anästhesist mit Vertragsarztsitz in SAN	
93200	Vereinbarung Akuter Hörsturz Behandlungskomplex I: Indikationsstellung, Infusionstherapie vom 1. – 3. Tag, Infusionstherapie und audiologische Untersuchung am 10. Tag sowie Abschlusskontrolle nach 3 Monaten, durch den HNO-Arzt	270,00 €	IKK (WOP*)	ja	Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338 Genehmigung: Frau Frau Schönemeyer (0391) 627 7453 Mit den Komplexeleistungen sind sämtliche obligaten Leistungs-inhalte nach dem Vertrag abgegolten. Die gleichzeitige Abrechnung der obligaten Leistungsinhalte nach EBM ist somit ausgeschlossen.
93202	Vereinbarung Akuter Hörsturz Behandlungskomplex II: Infusionstherapie vom 4. bis 9. Tag, bei nicht ausreichender Besserung nach Behandlungskomplex I, durch den HNO-Arzt oder Hausarzt	90,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Anspruchspartner
94001	Ambul. Geriatrischer Reha-Komplex Ambulante geriatrische Komplexbehandlung in der geriatrischen Schwerpunktpraxis Schönebeck, geminderte Tagespauschale	AOK, IKK: 101,60 € KN: 98,00 €	AOK SAN (85101) IKK gesund plus (87301) Knappschaft (18701)	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 IKK: maximale Obergrenze von jährlich 30 Patienten KN: maximale Obergrenze von jährlich 50 Patienten
94002	Ambul. Geriatrischer Reha-Komplex Ambulante geriatrische Komplexbehandlung in der geriatrischen Schwerpunktpraxis Schönebeck, Tagespauschale	AOK, IKK: 111,60 € KN: 108,00 €			
94001A	Ambul. Geriatrischer Reha-Komplex Ambulante geriatrische Komplexbehandlung in der geriatrischen Schwerpunktpraxis <u>Klötze</u> , geminderte Tagespauschale	98,00 €	AOK SAN (85101)	ja	AOK: maximale Obergrenze von jährlich 120 Patienten
94002A	Ambul. Geriatrischer Reha-Komplex Ambulante geriatrische Komplexbehandlung in der geriatrischen Schwerpunktpraxis <u>Klötze</u> , Tagespauschale	108,00 €			
Vertrag der KV Management-Gesellschaft					
94001	Ambul. Geriatrischer Reha-Komplex Ambulante geriatrische Komplexbehandlung in der geriatrischen Schwerpunktpraxis Schönebeck, geminderte Tagespauschale	101,60 €	Barmer EK Sachsen-Anhalt (88601)	ja	Barmer: maximale Obergrenze von jährlich 40 Patienten
94002	Ambul. Geriatrischer Reha-Komplex Ambulante geriatrische Komplexbehandlung in der geriatrischen Schwerpunktpraxis Schönebeck, Tagespauschale	111,60 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
81103	Beratung, Durchführung Infektionsscreening [K.I.S.S] zwischen der 16. bis 24. SSW , (Abstrichentnahme, Versand, ggf. Einleitung der Therapie inkl. Nachkontrolle)	26,00 €	IKK BIG direkt gesund	Niedergelassene FÄ für Gynäkologie und Geburtshilfe	Versicherte erklären Teilnahme mit Anforderung der Unterlagen, IKK BIG händigt Informationsblatt (Anlage 1) und Versandunterlagen für Übermittlung an das benannte Labor aus
94100	Vereinbarung „Hallo Baby“ Betreuung der Schwangeren gemäß § 9 des Vertrages; einmal pro Schwangerschaft	26,50 €	nur teilnehmende BKK'n (Katalog ↓)	Teilnahme-erklärung	Teilnahme der schwangeren BKK-Versicherten bis zur 30. SSW nach Teilnahmeerklärung der Versicherten möglich, die Teilnahmeerklärung senden Sie bitte innerhalb von 14 Tagen an: Spektrum K GmbH „Hallo Baby“ Spittelmarkt 12 10117 Berlin Tel: 0180/22 13 310 / Fax: 030/21 23 36 299 Genehmigung: Frau A. Schmidt (0391) 627 6453 Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339
94110	Vereinbarung „Hallo Baby“ Sonographische Diagnostik, einmal pro Schwangerschaft, bei Mehrlingen entsprechend der Anzahl	33,50 €	nur teilnehmende BKK'n die in der Spalte Beitritt Sonographie mit (+) gekennzeichnet sind (Katalog ↓)	Teilnahmeerklärung. + Ultraschallgen. Geburtshilfliche Basisdiagnostik oder Ultraschall-screening in der MuVo	

Katalog teilnehmender BKK'n:

Teilnehmende BKK	VKNR	Beitritt Sonografie
BKK 24	09416	(+)
BKK AESCULAP	58430	
BKK advita	48412	
BKK Akzo Nobel –Bayern-	67411	
actimonda Krankenkasse	21405	
BKK A. T. U	68415	
Atlas BKK ahlmann	03407	
Audi BKK	64414	
BKK Basell	27484	
BKK Beiersdorf AG	02402	
Bertelsmann BKK	19557	
BKK BJB	18415	(+)

Teilnehmende BKK	VKNR	Beitritt Sonografie
BKK BMW	69401	
Brandenburgische BKK	81401	(+)
BKK B. Braun Melsungen AG	42401	
BKK Braun-Gillette	40426	
BKK exklusiv	09402	
Debeka BKK	47410	
Die Continentale BKK	02422	
BKK DEMAG KRAUSS-MAFFEI	25408	
BKK der SIEMAG	18515	
BKK Deutsche Bank	24413	
BKK Diakonie	19402	
Heimat Krankenkasse	19418	

Teilnehmende BKK	VKNR	Beitritt Sonografie
BKK Dürkopp Adler	19409	
Energie-BKK	09450	(+)
E.ON BKK	31418	
BKK VerbundPlus	62461	(+)
Ernst & Young BKK	42402	
ESSO BKK	02413	
BKK EUREGIO	21407	
BKK EWE	12407	
BKK Faber-Castell & Partner	69405	
BKK firmus	03412	
BKK Freudenberg	53408	
BKK Gildemeister	19410	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Seidensticker		
BKK Herford Minden Ravensberg	19479	
HypoVereinsbank BKK	63405	(+)
BKK IHV	45402	(+)
BKK Karl Mayer	40417	
BKK KBA	67407	
BKK Linde	45411	(+)
BKK MAHLE	61435	
BKK Medicus	95408	
BKK Melitta plus	19540	
BKK MEM	90403	(+)
mhplus BKK	61421	(+)
BKK Miele	19473	
BKK Mobil Oil	09455	(+)
Vereinigte BKK	40418	(+)
NOVITAS BKK	02407	(+)

BKK Pfaff	49417	(+)
BKK Pfalz	49411	
BKK PricewaterhouseCoopers	42405	
pronova BKK	49402	(+)
BKK Publik	07430	(+)
BKK R+V	45405	(+)
BKK Rieker.Ricosta.Weisser	58440	(+)
BKK RWE	09409	(+)
BKK Salus	40410	(+)
BKK Salzgitter	07417	(+)
BKK Scheufelen	61449	
BKK Schwarzwald-Baar-Heuberg	58435	(+)
securvita BKK	02406	
BKK Shell/LIFE	02409	
SKD BKK	67412	(+)

Südzucker-BKK	52405	
BKK der Thüringer Energieversorgung	89407	(+)
BKK Technoform	08425	
BKK Textilgruppe Hof	65424	(+)
TUI BKK	09452	(+)
Vaillant BKK	37431	(+)
BKK VICTORIA – D.A.S.	24430	(+)
BKK Vital	49409	
BKK VOR ORT	18405	(+)
BKK Werra-Meissner	42420	
BKK Wirtschaft und Finanzen	42406	
WMF BKK	61477	
BKK Würth	61487	(+)
BKK VBU	72421	
BKK VDN	18.544	(+)
BKK ZF & Partner	47.434	(+)

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
94100	Vereinbarung „Willkommen Baby“ Betreuung der Schwangeren gemäß § 9 des Vertrages; einmal pro Schwangerschaft	30,00 €	DAK	Teilnahme- erklärung	Genehmigung: Frau A. Schmidt (0391) 627 6453 Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Teilnahme der schwangeren DAK-Versicherten bis zur 30. SSW nach Teilnahmeerklärung der Versicherten möglich, die Teilnahmeerklärung senden Sie bitte innerhalb von 14 Tagen an: DAK Vertragsbereich Sachsen-Anhalt Große Diesdorfer Str. 228 /229 39108 Magdeburg Fax: 0391 8868437000
94110	Vereinbarung „Willkommen Baby“ Erweiterte sonographische Diagnostik ab der 18. SSW; einmal pro Schwangerschaft, bei Mehrlingen entsprechend der Anzahl	33,30 €		Teilnahmeerklär. + Ultraschallgen. Geburtshilfliche Basisdiagnostik oder Ultraschallscreeni ng in der MuVo	
94111	Vereinbarung „Willkommen Baby“ Überweisungspauschale zur Sonographie ab der 18. SSW (nur im Zusammenhang mit der Ausstellung eines Überweisungsscheines)	10,00 €		Teilnahme- erklärung	
94300	IV „Chronische Niereninsuffizienz“ Phase 0 – Screening mittels Streifentestverfahren bei Patienten mit Diabetes mellitus, arterieller Hypertonie oder Hinweisen auf andere renale Erkrankungen, 1-mal je Kalenderjahr	3,00 €	AOK SAN	Hausarzt ohne gesonderte Genehmigung	Bei Abrechnung der Pseudo-Nr. 94300 ist die Abrechnung der EBM-Nr. 32135 in demselben Quartal ausgeschlossen. Voraussetzungen: - Teilnahme des Hausarztes ohne gesonderte Einschreibung möglich - Teilnahmeerklärung des AOK- Versicherten Ansprechpartner: Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338 Genehmigung: Frau Imer (0391) 627 7440
94301	IV „Chronische Niereninsuffizienz“ Abrechnung der Pauschale durch den Zuweisenden Hausarzt bei Einschreibung des Patienten durch den Nephrologen, einmalig je Patient	8,50 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
96019	DMP Diabetes Typ I Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3 des DMP-DM1-Vertrages und Führung des Diabetespasses	22,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen	ja	Versicherte der AOK und IKK mit mehreren DMP Diagnosen können anhand der wesentlichen Behandlungsbedürftigkeit (Leitdiagnose) in ausschließlich ein DMP eingeschrieben werden. Für Versicherte der Knappschaft, BKK'n und Ersatzkassen ist im Arztfall nur die Dokumentation eines DMP-Programms berechnungsfähig.
96023	DMP Diabetes Typ I Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch Ärzte nach § 3 und Führung des Diabetespasses	22,50 €			
96019	DMP Diabetes Typ I Strukturierte Versorgung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln sowie intensives Patientengespräch, einmal pro Patient	20,00 €	LKK'en		Versicherte der LKK müssen nicht eingeschrieben werden, ebenso braucht keine Erst- und Folgedokumentation erstellt werden
96023	DMP Diabetes Typ I Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln, einmal im Behandlungsfall	15,00 €			
96028	DMP Diabetes Typ I Behandlung und Betreuung eines eingeschriebenen Patienten bei halbjährlichen Dokumentation in einem Quartal, in dem keine Dokumentation erstellt wurde, aber ein Arzt-Versicherten-Kontakt erfolgte	10,00 €:	alle AOK'en		Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
96020G	DMP Diabetes Typ I SPOG Schulungs- und Behandlungs-programm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung, 4 Unterrichtseinheiten für bis zu 6 Patienten in wöchentlichen Abständen	20,00 €			
96020K	DMP Diabetes Typ I Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. DTTP, 12 Unterrichtseinheiten für bis zu 4 Patienten	25,00 €			
96021K	Schulungsmaterial	7,70 €			
96020L	DMP Diabetes Typ I Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM, 2 bis 10 Unterrichtseinheiten, die möglichst innerhalb von 8 Wochen erteilt werden für 8 bis 12 Patienten	12,50 €			
96021L	Schulungsmaterial, je Modul	2,00 €			
96020M	DMP Diabetes Typ I LINDA Diabetes-Selbstmanagement-schulung, 10 Unterrichtseinheiten (Module 1 bis 5) für bis zu 10 Patienten	25,00 €			
96021M	Schulungsmaterial	6,00 €			
96020P	DMP Diabetes Typ I Diabetesbuch für Kinder, in der Regel 8 Schulungseinheiten	25,00 €			
96021P	Schulungsmaterial	19,90 €			
96020I	DMP Diabetes Typ I Schulung HyPOS, 5 Unterrichtseinheiten für 4 bis 6 Patienten	20,00 €			
96021I	Schulungsmaterial	6,00 €			

alle AOK'en
alle IKK'en,
alle BKK'en,
Knappschaft
LKK'en
Ersatzkassen
Sozialämter Sachsen-Anhalt
Polizei Sachsen-Anhalt
(VKNR: 85871, 86870,
86871, 87871)
PostbeamtenKK-A

ja

Vertrag:
Frau Scherbath
(0391) 627 6339

Genehmigung:
Frau Hahne
(0391) 627 6454

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
96020J	DMP Diabetes Typ I Jugendliche mit Diabetes, 16 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 6 Tagen erteilt werden sollten, für bis zu 10 Patienten	25,00 €			
96021J	Schulungsmaterial	100,00 €			
96020S	DMP Diabetes Typ I Hypertonieschulung (HBSP), für 4 bis 6 Patienten, bzw. Hypertonieschulung (ZI), bis zu 4 Patienten, je Teilnehmer 4 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 4 Wochen erteilt werden sollen	20,00 €			
96021S	Schulungsmaterial	9,00 €			
96020R	DMP Diabetes Typ I NASA: Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker und AFAS: die ambulante Fürther Asthmaschulung, 6 Unterrichts-einheiten á 60 Min., bis zu 8 Patienten	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en, alle BKK'en, Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
96021R	Schulungsmaterial	9,00 €			
96020Q	DMP Diabetes Typ I Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., 18 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Kinder und 12 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Eltern (über den BHS des Ki. Bzw. Ju. Abzurechnen); bis zu 8 Pat.	20,00 €			
96021Q	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
96020T	DMP Diabetes Typ I Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambul. Schulungsprogramm für COPD-Patient. (COBRA) und das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis u. Lungenemphysem (AFBE), 6 Unterrichtseinheiten á 60 Min.; bis zu 8 Pat.	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
96021T	Schulungsmaterial	9,00 €			
96020U	DMP Diabetes Typ I INRatio Gerinnungsselbstmanagement; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Min. für bis zu 6 Patienten	20,00 €			
96020X	DMP Diabetes Typ I Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für 8 bis 15 Patienten	20,00			
96021X	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99872	DMP Diabetes Typ I Behandlung und Betreuung von Diabetikern Typ 1 durch SPP, je Behandlungsfall und Quartal	37,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen PostbeamtenKK-A		Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
99872	DMP Diabetes Typ I Behandlung und Betreuung von Kindern und Jugendlichen durch diabetologisch qualifizierte Pädiater, je Behandlungsfall und Quartal	37,50 €			
96026	DMP Diabetes Typ I Früherkennungsleistung b. Diabetikern hinsichtlich der Retinopathia diabetika	10,00 €	alle AOK'en alle IKK'en, alle BKK'en, Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	FÄ für Augenheilkunde	einmal im Jahr auf Überweisung Bei AOK, IKK und LKK ist die 06333 daneben ausgeschlossen.
96027	DMP Diabetes Typ I Untersuchung zur Vermeidung der Dialysepflichtigkeit bei diabetischer Nephropathie	10,00 €	alle BKK'en, Knappschaft	Nephrologe	abrechenbar vom Nephrologen auf Überweisung

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
96219A	DMP Brustkrebs Einschreibung nach histologischen Erstbefund/Rezidiv vor OP: Information, Beratung und Einschreibung der Patientin, Erstellung der Erstdokum. Sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte § 3	22,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft	ja	Genehmigung: Frau Frau Münzel (0391) 627 6441 Vertrag; Frau Scherbath (0391) 6339 Patienten der LKK müssen nicht eingeschrieben werden, ebenso braucht keine Erst- und Folgedokumentation erstellt werden
96219A	DMP Brustkrebs Erstbetreuung, Information und Beratung der Patientin nach histologischem Erstbefund/Rezidiv vor OP	22,50 €	LKK'en		
96219B	DMP Brustkrebs Vervollständigung der Erstdokumentation nach der OP, einmal im Behandlungsfall	22,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft		
96219B	DMP Brustkrebs Folgebetreuung nach OP, einmal im Behandlungsfall	22,50 €	LKK'en		
96219C	DMP Brustkrebs Einschreibung einer bereits operierenden Patientin bzw. bei nicht indizierter Operation: Information, Beratung u. Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation Sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Vertragsärzte § 3	40,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft		
96219C	DMP Brustkrebs Erstbetreuung, Information und Beratung einer bereits operierten Patientin bzw. bei nicht indizierter Operation	40,00 €	LKK'en		
96218A	DMP Brustkrebs Gespräch von ca. 30 Min. zeitnah vor stationärer Aufnahme u. nach histolog. Sicherung der Diagnose, einmal im Krankheitsfall	30,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Sozialämter Sachsen-Anhalt		
96218B	DMP Brustkrebs Gespräch von ca. 30 Min. nach stationärer Behandlung, einmal im Krankheitsfall	30,00 €			
96218C	DMP Brustkrebs Begleitgespräch von ca. 15 Min. ohne Folgedokumentation, einmal je Quartal	12,50 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
96218D	DMP Brustkrebs Begleitgespräch von ca. 15 Min. inkl. Erstell. U. Versand d. Folgedoku, Doku-zeitraum grundsätzlich jedes 2. Quartal , abweichend davon im individ. Fall quartalsweise	27,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft		
96319	DMP Asthma/COPD Information, Beratung u. Einschreibung der Patienten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entspr. Unterlagen durch Vertragsärzte na. § 3	22,50 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft (KN) Ersatzkassen	ja	Versicherte der AOK und IKK mit mehreren DMP Diagnosen können anhand der wesentlichen Behandlungsbedürftigkeit (Leitdiagnose) in ausschließlich ein DMP eingeschrieben werden. Für Versicherte der Knappschaft, BKK'n und Ersatzkassen ist im Arztfall nur die Dokumentation eines DMP-Programms berechnungsfähig.
96323	DMP Asthma/COPD Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch Vertragsärzte nach § 3	22,50 €			
96319	DMP Asthma/COPD Strukturierte Versorgung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln sowie intensives Patientengespräch, einmal pro Patient	20,00 €	LKK'en	ja	Versicherte der LKK müssen nicht eingeschrieben werden, ebenso braucht keine Erst- und Folgedokumentation erstellt werden
96323	DMP Asthma/COPD Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln, einmal im Behandlungsfall	15,00 €			
96328	DMP Asthma/COPD Behandlung und Betreuung eines eingeschriebenen Patienten bei <i>halbjährlicher Dokumentation</i> in einem Quartal, in dem keine Folgedokumentation erstellt wurde, aber ein Arzt-Patienten-Kontakt erfolgt ist	10,00 €	alle AOK'en		Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Irmer (0391) 627 7440

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
96320A	DMP Asthma/COPD Schulungsprogramm Diabetes & Verhalten, für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 10 Unterrichtseinheiten innerhalb von 3-5 Wochen für bis zu 10 Patienten	20,00 €			
96321A	Schulungsmaterial	9,00 €			
96320B	DMP Asthma/COPD Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 Wochen erteilt werden sollten; bis 4 Patienten	20,00 €			
96321B	Schulungsmaterial	9,00 €			
96320C	DMP Asthma/COPD Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 bis 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Imer (0391) 627 7440
96321C	Schulungsmaterial	9,00 €			
96320D	DMP Asthma/COPD Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker die nicht Insulin spritzen; 4 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 bis 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €			
96321D	Schulungsmaterial	9,00 €			
96320E	DMP Asthma/COPD MEDIAS 2 Schulung ohne Insulin; 12 Unterrichtseinheiten die im Laufe von 8 Woche erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €			
96321E	Schulungsmaterial	10,74 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
96320F	DMP Asthma/COPD DiSko-Schulung als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, 1 Unterrichtseinheit für bis zu 10 Patienten im Zusammenhang bzw. nach einer Schulung für Typ 2 Diabetiker	20,00 €			
96320G	DMP Asthma/COPD SPOG Schulungsprogramm orale Gerinnungsstörung, 4 Unterrichtseinheiten für bis zu 6 Patienten in wöchentlichen Abständen	20,00 €			
96320H	DMP Asthma/COPD Diabetes II im Gespräch; bis zu 12 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €			
96321H	Schulungsmaterial	10,74 €			
96320I	DMP Asthma/COPD Schulung HyPOS; 5 Unterrichtseinheiten für 4 bis 6 Patienten	20,00 €		ja	
99321I	Schulungsmaterial	6,00 €			
96320J	DMP Asthma/COPD Jugendliche mit Diabetes, 16 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 6 Tagen erteilt werden sollten; für bis zu 10 Pat.	25,00 €			
96321J	Schulungsmaterial	100,00 €			
96320K	DMP Asthma/COPD Intensivierte Insulintherapie bzw. DTTP, 12 Unterrichtseinheiten für bis zu 4 Pat.	20,00 €			
96321K	Schulungsmaterial	7,70 €			
96320L	DMP Asthma/COPD Modulare Bluthochdruckschulung IPM, 2 – 10 Unterrichtseinheiten, die möglichst innerhalb von 8 Wochen erteilt werden; für 8 bis 12 Patienten	12,50 €			
96321L	Schulungsmaterial je Modul	2,00 €			

alle AOK'en
alle IKK'en
alle BKK'en
Knappschaft
LKK'en
Ersatzkassen
Sozialämter Sachsen-Anhalt
Polizei Sachsen-Anhalt
(VKNR: 85871, 86870,
86871, 87871)
PostbeamtenKK-A

Vertrag:
Frau Scherbath
(0391) 627 6339

Genehmigung:
Frau Imer
(0391) 627 7440

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
96320M	DMP Asthma/COPD LINDA Diabetes-Selbstmanagement-Schulung, 10 Unterrichtseinheiten (Module 1 bis 5) für bis zu 10 Patienten	25,00 €			
96321M	Schulungsmaterial	6,00 €			
96320P	DMP Asthma/COPD Diabetesbuch für Kinder, 8 Unterrichtseinheiten	25,00 €			
96321P	Schulungsmaterial	19,90 €			
96320Q	DMP Asthma/COPD Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern/Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes-/Jugendalter e. V., 18 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Kinder und 12 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Eltern (über den BHS des Ki. Bzw. Ju. Abzurech.); bis zu 8 Pat.	20,00 €			
96321Q	Schulungsmaterial	9,00 €		ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339
96320R	DMP Asthma/COPD NASA: Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker und AFAS: die ambulante Fürther Asthmaschulung; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten; bis zu 8 Pat.	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A		Genehmigung: Frau Imer (0391) 627 7440
96321R	Schulungsmaterial	9,00 €			
96320S	DMP Asthma/COPD Hypertonieschulung (HBSP), für 4 bis 6 Patienten, bzw. Hypertonieschulung (ZI), bis zu 4 Patienten, je Teilnehmer 4 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 4 Wochen erteilt werden sollen	20,00 €			
96321S	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
96320T	DMP Asthma/COPD Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambul. Schulungsprogramm für COPD-Patient. (COBRA) und das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE); 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten; bis zu 8 Patient.	20,00 €			
96321T	Schulungsmaterial	9,00 €			
96320U	DMP Asthma/COPD INRatio Gerinnungsselbstmanagement; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für bis zu 6 Patienten	20,00 €		ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339
96320X	DMP Asthma/COPD Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für 8 bis 15 Patienten	20,00	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A		Genehmigung: Frau Irmer (0391) 627 7440
96321X	Schulungsmaterial	9,00 €			
96330A	DMP Asthma/COPD Strukturierte Schulung für geriatrische Diabetiker; 7 Unterrichtseinheiten á 44 Minuten, innerhalb von 8 Wochen für 4 bis 6 Patienten im höheren Lebensalter	15,00 €			
96331A	Schulungsmaterial	17,95 €			
96330B	DMP Asthma/COPD MEDIAS 2 ICT (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2 Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie); 12 Unterrichtseinheiten für 4 bis 8 Patienten mit einem Hypertonus, innerhalb von 8 Wochen	20,00 €			
96331B	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
96355	DMP Asthma/COPD Prädiagnostik Komplex durch pneumologisch qualifizierten Internisten/Kinderarzt, einmalig pro Patient	LKK: 50,00 € Übrige: 40,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Irmel (0391) 627 7440
96356	DMP Asthma/COPD Diagnostik- und Therapiekomplex durch pneumologisch qualifizierten Internisten/Kinderarzt; einmal im Krankheitsfall	LKK: 50,00€ Übrige: 40,00 €	Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A		
98016	Betreuung der Diabetiker des Typ I und Typ 2 mit Insulin/ bzw. Gestationsdiabetikerinnen durch SPP je Behandlungsfall	56,24 €	LKK'en	ja	Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
98215	Programmierte ärztliche Schulung von Typ II Diabetikern ohne Insulin (je Teilnehmer u. Sitzung 4 Unterrichtseinheiten)	7,70 €	LKK (West)	ja	Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
98216	Kosten für Schulungsmaterial	9,00 €			
98215A	Programmierte ärztliche Schulung von Typ II Diabetikern ohne Insulin (je Teilnehmer u. Sitzung 4 Unterrichtseinheiten)	5,40 €	LKK (Ost)		
98216	Kosten für Schulungsmaterial	9,00 €			
98215B	Diabetikerschulung Typ I (je Teilnehmer u. Sitzung 12 Unterrichtseinheiten)	25,56 €	LKK'en	ja	Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
98216B	Schulungsmaterial Typ I-Diabetiker	6,90 €			
98215C	Diabetikerschulung für Typ II-Diabetiker mit Insulin (je Teilnehmer u. Sitzung 5 Unterrichtseinheiten)	25,56 €	LKK'en	ja	Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
98216C	Schulungsmaterial Typ II-Diabetiker	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
98100	Substitutionstherapie von α 1-Antitrypsin (Prolastin® 60 mg/kg) bei schweren Lungenemphysem, je Behandlungstag	48,00 €	AOK SAN	ja	Abrechnung der EBM-Ziffer 02101 ist am gleichen Behandlungstag ausgeschlossen Vertrag: Frau Jung (0391) 627 6338 Genehmigung: Frau Nitsche (0391) 627 6440
98300	Vereinbarung „Trauma first“ Erstellung der Quartalsberichte durch den Kinder- oder Hausarzt, je Quartal und Patient	40,00 €	Techniker Krankenkasse Sachsen-Anhalt (88605)	nein	Die Abrechnung der Pseudo-Nr. 98300 ist nur möglich, wenn die psychotherapeutische Praxis mit Anlage 8 die den Vorgaben entsprechende Übermittlung bestätigt hat. Ansprechpartner Vertrag: Frau Jung 0391 627 6338
81102	Früherkennungsuntersuchung Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U10, für Versicherte im Alter von 7 bis 8 Jahren	TKK: 53,00 € Übrige: 50,00 €	AOK-Sachsen-Anhalt (WOP) IKK gesund plus Knappschaft Techniker Krankenkasse	alle zugelassenen Kinderärzte für andere Haus-/Fachärzte Genehmigung erforderlich	Teilnahmevoraussetzung bei der IKK gesund plus ist darüber hinaus eine gewisse medizinische Grundausstattung sowie eine bestimmte IT-Ausstattung Bei TKK wird in der Vergütung je Leistung ein Betrag von 0,90 € und bei KN von 0,85 € als Sachkostenpauschale für die Bereitstellung der Dokumentationsunterlagen einbehalten und an den bvkj abgeführt. Vertrag: Frau Scherbath (0391) 6339 Genehmigung: Frau Hahne 0391 627 6454
81120	Früherkennungsuntersuchung Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der U11, für Versicherte im Alter von 9 bis 10 Jahren	TKK: 53,00 € Übrige: 50,00 €			
81121	Früherkennungsuntersuchung Beratung, Aufklärung, Durchführung und Dokumentation der J2, für Versicherte im Alter von 16 bis 17 Jahren	TKK: 53,00 € Übrige: 50,00 €			
93212	Zuschlag zur 81102, 81120 oder 81121 für das Vorliegen des altersgerechten vollständigen Impfschutzes	-	IKK gesund plus		
93213	Zuschlag zur 81102, 81120 oder 81121 für das Fehlen des altersgerechten vollständigen Impfschutzes	-			
93230	Kennziffer für die Durchführung einer Früherkennungsuntersuchung nach GOP 01712 bis 01720 oder 01723 im Rahmen des Kinder- und Jugendprogramms der Barmer GEK zur ergänzenden Angabe bei Abrechnung der GOP 04354 nach pathologischen Ergebnis	-	Barmer GEK	Kinderärzte	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
98090	<p>Augenärztliche Vorsorgeuntersuchung</p> <ul style="list-style-type: none"> - Anamnese des Kindes, ophtalmologische Familienanamnese, Sichtung evtl. Vorbefunde des Kinderarztes, - Visusbestimmung (monokular R und L mit altersgemäßer Methodik, bei Nystagmus auch binokular) - eine Untersuchung auf Stellung der Motilität <ul style="list-style-type: none"> - Hirschberg- und Brückner-Test - Abdeck- und Aufdecktest - Motilität in die 4 Sekundärpositionen - Stereotest • eine morphologische Untersuchung (Vorderabschnittsbeurteilung, Funduskopie in Miose • fakultativ eine objektive Refraktionsbestimmung (ggf. mit Skiaskopie und/oder Autorefraktometrie) • Abschlussgespräch: Befunderläuterung, Beratung zur Sehentwicklung, Ausfüllen und Übergabe des Befundbogens (Anlage). Das Original verbleibt in der Praxis; eine Kopie erhält der Erziehungsberechtigte zur Vorlage beim Kinderarzt, einmalig bei Kleinkindern ab vollendetem 30. Lebensmonat bis zum vollendetem 42. Lebensmonat 	40,00 €	Knappschaft	nur durch niedergelassene Augenärzte und in Praxen, MVZ's bzw. Einrichtungen nach § 311 angestellte Augenärzte	<p>Vertrag: Frau Scherbath (0391) 6339</p> <p>Die Abrechnung der Vorsorgeleistung ist an die Ausstellung eines Befundbogens (Anlage) gebunden. Der Augenarzt dokumentiert diese Vorsorgeuntersuchung mit dem Befundbogen, dieser verbleibt im Original in der Praxis. Der Erziehungsberechtigte erhält eine Kopie zur Vorlage beim Kinderarzt/Hausarzt.</p>

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99130	<p>Vereinbarung Hautvorsorge</p> <ul style="list-style-type: none"> - Information der Versicherten zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung - Anamnese - körperliche Untersuchung - erstmalige Hauttypbestimmung - vollständige Dokumentation <p>für Patienten ab dem vollend. 18. Lj. bis vollend. 35. Lebensjahr; jedes 2. Kalenderjahr</p>	26,00 €	HEK – Hanseatische Krankenkassen:	nur durch niedergelassene Dermatologen und Dermatologen in MVZ's bzw. Einrichtungen nach § 311 mit Genehmigung Hautkrebs-Screening	<p>Vertrag: Frau Scherbath (0391) 6339</p> <p>Genehmigungen: Frau Nitsche (0391) 627 6440</p>
99131	<p>Vereinbarung Hautvorsorge</p> <p>Auflichtmikroskopie als Zuschlag zum Hautcheck nach Pseudo-Nr. 99130 für Patienten ab dem vollend. 18 Lj. bis vollend. 35. Lebensjahr; jedes 2. Kalenderjahr</p>	7,00 €			
99100	Arztanfrage zur Arbeitsunfähigkeit bei Arbeitslosigkeit	7,67 €	AOK SAN	nein	Sekretariat Abrechnung (0391) 627 6102 / 6108 / 7108
99103	Facharztanfrage im Zusammenhang mit einer Spezialuntersuchung von arbeitsunfähig erkrankten krankengeldberechtigten Patienten	30,00 €	AOK SAN	nur Fachärzte	<p>Voraussetzungen:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Terminvereinbarung durch die AOK SAN und Terminvergabe innerhalb von 2 bis max. 3 Wochen - nur auf Überweisung vom behandelnden Haus-/Facharzt - Dokumentation mit Vordrucken gemäß Vertrag

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99199A	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) Präoperative Leistungen und ambulante Nachbetreuung, einmal je Operation	51,14 €	AOK SAN IKK gesund plus BKK verbund plus (62461)	nur zuweisende Haus- und Fachärzte	anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013 und 31600
99202	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) Gefäßchirurgische Operation nach den OP-Methoden ELVeS und VNUS einschl. Anästhesie	1.635,00 €	IKK gesund plus	ja	durch Operateur Obergrenze: max. 25 Patienten im Jahr 2011
99203	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) Exstirpation oder supfasziale Ligatur von Seitenastvarizen oder insuffizienten Perforansvenen, bei 1 Übernachtung	750,00 €	Knappschaft	ja	durch Operateur
99205	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) präoperative Leistungen je Behandlungsfall	35,80 €		nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013
99206	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) Crossektomie u./o. Exstirpation der Vena saphena parva oder der Vena saphena magna, bei 3 Übernachtungen	970,00 €		ja	durch Operateur
99204	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) Anästhesie zur 99203, bei 1 Übernachtung	160,00 €		ja	durch Anästhesisten
99207	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) Anästhesie zur 99206, bei 3 Übernacht.	175,00 €			
99208	Modellvorhaben amb. Operieren (Praxisklinik Herderstraße) amb. Nachbetreuung	15,34 €		nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99209	Vertrag amb. Kataraktoperationen Feststellung der OP-Tauglichkeit im Zusammenhang mit den Ops 99212, 99213, 99214, 99215	20,00 €	LKK Mittel- und Ostdeutschland (79201) Knappschaft	nein	durch Hausarzt neben 31010, 31011, 31012 oder 31013 möglich
99210	Vertrag amb. Kataraktoperationen präoperative Pauschale im Zusammenhang mit den Ops 99212, 99213, 99214, 99215	17,50 €		ja	durch niedergel. Augenarzt und Augenärzten in Einrichtungen n. §311 (2) SGB V (Ebene 1)
99210	Vertrag amb. Kataraktoperationen präoperative Pauschale - Untersuch. u. Indikationsstell. Zur amb. Katarakt-OP - umfassende Erörterung der individuellen Voraussetzungen und Risiken des Patienten bei der Durchführung der amb. Operation - Überweisung des Patienten zur ambulanten Operation einschl. Befundmitteilung, einmal je Kataraktoperation	17,50 €	IKK WOP	nein	nur durch niedergel. Augenarzt und Augenärzten in Anstellung, MVZ und Einrichtungen nach §311 (2) SGB V
99211	Vertrag amb. Kataraktoperationen postoperative Behandlung	37,50 €	LKK Mittel- und Ostdeutschland (79201) Knappschaft	ja	durch niedergel. Augenarzt und Augenärzten in Einrichtungen n. §311 (2) SGB V (Ebene 1) oder Operateur (Ebene 2)
99212	Vertrag amb. Kataraktoperationen Extrakapsuläre OP des grauen Stars mittels gesteuertem Saug-Spülverfahren, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer IOL	450,00 €		ja	Genehmigungen: Frau A. Schmidt (0391) 627 6453 durch niedergel. Augenarzt und Augenärzten in Einrichtungen n. §311 (2) SGB V (Ebene 2) Die Dokumentationen sind quartalsweise einzureichen.
99213	Vertrag amb. Kataraktoperationen Phakoemulsifikation, ggf. einschl. Iridektomie, ggf. mit Implantation einer intraokularen Linse	450,00 €			
99214	Vertrag amb. Kataraktoperationen OP nach 99212 oder 99213 und gleichzeitige Glaukomoperation	500,00 €		nein	durch Anästhesist
99215	Vertrag amb. Kataraktoperationen Anästhesiepauschale im Zusammenhang mit den Ops 99212, 99213, 99214, 99215	150,00 €			
99216	Vertrag amb. Kataraktoperationen Regionalanästhesie durch den Operateur einschl. erford. intraoperativer Überwachung der Vitalfunktionen	70,00 €			nein

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99220	Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen Sachkosten PMMA-Linse bzw. nicht faltbare Linse (einschl. Viskoelastika und Spülkassetten)	AOK: 183,00 € Übrige: 180,00 €	AOK WOP IKK WOP LKK Mittel- u. Ostdeutschland Knappschaft	nein	die Abrechnung d. Linsen erfolgt direkt über die AOK SAN, IKK, LKK Mittel- und Ostdeutschland bzw. Knappschaft
99222	Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen Sachkosten Acryllinse bzw. faltbare Linse (einschl. Viskoelastika und Spülkassetten)	AOK: 223,00 € Übrige: 220,00 €			Arznei- und Verbandmittel, Desinfektionsmittel, Nahtmaterial und andere unmittelbar für die OP benötigte Materialien, <u>die in der Anlage zu der in Sachsen-Anhalt gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind</u> , werden über Sprechstundenbedarf bezogen
<p>Die Sammelrechnung erfolgt mit versichertenbezogenen Angaben direkt mit der jeweiligen AOK, IKK, LKK MOD oder Knappschaft. Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Vorname, Geburtsdatum, eGK-Nr. bzw. Versicherten-Nr des Versicherten - Datum der OP - Art der eingesetzten Linse, Sachkostenbetrag, Rechnungsdatum und Rechnungsnummer <p>Versicherte der AOK SAN: AOK Sachsen-Anhalt Postverteiler 32.10.5 Lüneburger Str. 4 39106 Magdeburg</p> <p>Versicherte der IKK gesund plus-Versicherte mit Wohnsitz in Sachsen-Anhalt: IKK gesund plus Vertragspartnerabrechnung Frau Haupt Umfassungsstr. 85 39124 Magdeburg</p> <p>Ansprechpartner bei der AOK: Frau Heidrun Neumann: Tel.: 0391/2878 46953; Frau Karina Köcher: Tel.: 0391/2878 46954; Fax: 0391/2878 46990</p> <p>Ansprechpartner bei der IKK gesund plus: Frau Steffi Haupt: Tel.: 0391/2806 4252, Mail: steffi.haupt@ikk-gesundplus.de</p> <p>Versicherte der LKK MOD: LKK Mittel- und Ostdeutschland Hoppegartener Str. 100 15336 Hönow</p> <p>Versicherte der Knappschaft: Knappschaft GST Aachen Abrechnung Herr Mathebel Monsheimallee 22/24 50062 Aachen</p> <p>Ansprechpartner bei der LKK: Frau Zettl: Tel.: 03342/ 361855 Frau Ritter: Tel.: 03342/ 361856</p> <p>Ansprechpartner bei der Knappschaft: Herr Mathebel: Tel.: 0241/ 9172280</p>					

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99230 (99230A s. letzte Spalte)	Sachkostenvereinbarung amb. Katarakt-OP Sachkosten PMMA-IOL, inkl. viskochirurgischer Materialien	110,00 €	alle BKK'en	nein	<p>Abrechnung der Pseudo-Nrn. über KVSA Der kalkulatorische Anteil viskochirurgischer Materialien beläuft sich innerhalb der Pauschale je implantierter IOL auf 50,70 €.</p> <p>Wird auf Wunsch des Patienten eine Sonder-IOL mit Zusatznutzen implantiert, ist der Differenzbetrag für die Sachkosten der Sonder IOL dem Patienten in Rechnung zu stellen. Vom Preis der Sonder IOL ist der Kassenanteil abzuziehen (z. B. Kassenanteil für Acrylsonderlinse gleich 210 € - 50,70 € = 159,30 €) Den Kassenanteil rechnen Sie über die KVSA ab, unter Kennzeichnung der Pseudo-Nr. mit direkt anschließen den A.</p> <p>Ist eine Sonder-IOL mit Zusatznutzen aus medizinische Gründen notwendig, erfolgt die Abrechnung direkt über die BKK des Patienten. Bitte vor OP durch die entsprechende BKK genehmigen lassen.</p> <p>Ist Kapselspannung oder heparinbeschichtete IOL notwendig, bitte direkt über die jeweilige BKK mit medizinischer Begründung abrechnen.</p> <p>Arznei- und Verbandmittel, Desinfektionsmittel, Nahtmaterial und andere unmittelbar für die OP benötigte Materialien, <u>die in der Anlage zu der in Sachsen-Anhalt gültigen Sprechstundenbedarfsvereinbarung aufgeführt sind</u>, werden über Sprechstundenbedarf bezogen</p>
99231 (99231A s. letzte Spalte)	Sachkostenvereinbarung amb. Katarakt-OP Sachkosten PMMA-IOL als Vorderkammerlinse, inkl. viskochirurgischer Materialien	180,00 €			
99232 (99232A s. letzte Spalte)	Sachkostenvereinbarung amb. Katarakt-OP Sachkosten Acryl-IOL (faltbare Linse), inkl. viskochirurgischer Materialien	210,00 €			
99233 (99232A s. letzte Spalte)	Sachkostenvereinbarung amb. Katarakt-OP Sachkosten Silikon-IOL (faltbare Linse), inkl. viskochirurgischer Materialien	180,00 €			
99234	Sachkostenvereinbarung amb. Katarakt-OP Sachkosten Schlauchspülsystem, Spülkassette und sonstige nicht durch den EBM abgegoltene Sachkosten	35,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
-	Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen Sachkosten PMMA-Linse bzw. nicht faltbare Linse	100,00 €	Ersatzkassen	nein	Mit diesen Pauschalen sind folgende Sachkosten abgegolten: - Linse - Viscoelastikum (Methylzellulose oder Hyaluronsäure, mit einem kalkulatorischen Anteil von 47,47 € - sonstige, nicht gesondert nach EBM oder SSB-Vereinbarung abrechenbare Sachkosten
-	Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen Sachkosten PMMA-Linse als Vorderkammerlinse	210,00 €			
-	Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen Sachkosten faltbare Linse (UV-Schutz, CE-zertifiziert)	210,00 €			
-	Strukturvertrag amb. Kataraktoperationen Sachkosten Spülkassette	30,00 €			
<p>Die Abrechnung erfolgt versichertenbezogen direkt mit der jeweiligen Ersatzkasse. Die Rechnungen müssen folgende Angaben enthalten:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Name, Vorname, Geburtsdatum und eGK-Nr. bzw. Versicherten-Nr. des Versicherten - ICD und Seitenangabe (L oder R) - Datum der OP - Name, BSNR und LANR des Arztes - IK (Bankverbindung) - Pauschalen und Gesamtbetrag <p>Für Sonderlinsen aus medizinischen Gründen ist die Kostenübernahme bei der Ersatzkasse des Versicherten zu beantragen.</p> <p>Bei der Verwendung von nicht medizinisch indizierten Linsen auf Wunsch des Versicherten (z.B. Multifokallinse oder torische Linse) sind die entstehenden Mehrkosten vom Operateur dem Versicherten in Rechnung zu stellen. Über die zuständige Ersatzkasse werden die vertraglich vereinbarten Pauschalen für die Linsen abgerechnet, die entsprechend der medizinischen Indikation angemessen gewesen wäre.</p> <p>Sollte im Einzelfall ein Kapselspannring notwendig sein, so können diese Sachkosten unter Angabe der Begründung mit der jeweiligen Ersatzkasse gesondert in nachgewiesener Höhe abgerechnet werden.</p>					
<p>Versicherte der Barmer GEK BARMER GEK Landesgeschäftsstelle Mitte Abt. Ärzte Ludwig Erhardt Straße 49 04103 Leipzig</p>		<p>Versicherte der DAK Gesundheit DAK-Gesundheit Vertragsgebiet Sachsen-Anhalt Große Diesdorfer Straße 228/229 39108 Magdeburg</p>		<p>Versicherte der TKK Techniker Krankenkasse Abrechnungszentrum (Ärzte) Postfach 130665 47106 Duisburg</p>	
<p>Versicherte der Kaufmännischen Krankenkasse Kaufmännische Krankenkasse – KKH HV33, LVÄ Frau Davids Karl-Wiechert-Allee 61 30625 Hannover</p>		<p>Versicherte der HEK HEK-Hanseatische Krankenkasse Vertragsmanagement/Abrechnungsstelle Wandsbeker Zollstr. 86 – 90 22041 Hamburg</p>		<p>Versicherte der HKK hkk Herr Wilke Martinistr. 26 28195 Bremen</p>	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99301	Einbeziehungsvertrag Marienstift präoperative Leistungen 1-mal im Behandlungsfall	35,80 €	IKK gesund plus (87301) alle Ersatzkassen	nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur 99301 anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013 Beauftragung mittels Qualitätsbogen, welcher vollständig ausgefüllt innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung aus der kurzstationären Behandlung an das Marienstift geschickt werden muss
99302	Einbeziehungsvertrag Marienstift postoperative Leistungen 1-mal im Behandlungsfall	15,34 €			
99301D	Einbeziehungsvertrag Diakonissenkrankenhaus Dessau präoperative Leistungen gem. Anlage 1 1-mal im Behandlungsfall	35,80 €	alle Ersatzkassen	nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur, bei Beauftragung mittels Anlage 1 des Vertrages 99301D anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013 Beauftragung mittels Qualitätsbogen, welcher vollständig ausgefüllt innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung aus der kurzstationären Behandlung an das MLZ Dessau geschickt werden muss
99302D	Einbeziehungsvertrag Diakonissenkrankenhaus Dessau postoperative Leistungen 1-mal im Behandlungsfall	15,34 €			
99301H	Einbeziehungsvertrag Diakoniewerk Halle präoperative Leistungen 1-mal im Behandlungsfall	35,80 €	alle Ersatzkassen	nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur 99301H anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013 Beauftragung mittels Qualitätsbogen, welcher vollständig ausgefüllt innerhalb von 7 Tagen nach der Entlassung aus der kurzstationären Behandlung an das MLZ Dessau geschickt werden muss
99302H	Einbeziehungsvertrag Diakoniewerk Halle postoperative Leistungen 1-mal im Behandlungsfall	15,34 €			
99305	Einbeziehungsvertrag Praxisklinik Sudenburg präoperativ 1-mal je durchgeführter OP im Quartal	35,80 €	alle Kassen	nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur 99305 anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013
99306	Einbeziehungsvertrag Praxisklinik Sudenburg amb. Nachbetreuung 1- mal je durchgeführter OP im Quartal	15,34 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99305D	Einbeziehungsvertrag Diakonissenkrankenhaus Dessau präoperative Leistungen gem. Anlage 1 1-mal je durchgeführter Operation im Quartal	35,80 €	AOK SAN (85101) IKK gesund plus (87301) BKK Landesverband Ost	nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur, bei Beauftragung mittels Anlage 1 des Vertrages – eine Kopie der Anlage 1 ist in der Patientenakte aufzubewahren und eine mit der Quartalsabrechnung in der KVSA einzureichen 99305D anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013
99306D	Einbeziehungsvertrag Diakonissenkrankenhaus Dessau postoperative Leistungen 1-mal je durchgeführter Operation im Quartal	15,34 €			
99305M	Einbeziehungsvertrag Praxis Frau Dr. Stein, Magdeburg Präoperativ, durch den Hausarzt 1-mal je durchgeführter Operation	AOK: 40,78 € Übrige: 35,80 €	AOK Sachsen-Anhalt (85101) IKK gesund plus (87301) Knappschaft (18701)	nein	durch zuweisenden Hausarzt 99305M anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013 durch Operateur oder nachbehandelnden Augenarzt
99306M	Einbeziehungsvertrag Praxis Frau Dr. Stein, Magdeburg amb. Nachbetreuung durch den Augenarzt 1-mal je durchgeführter Operation	57,40 €			
99305H	Einbeziehungsvertrag Saale-Klinik Halle Präoperativ 1-mal je durchgeführter Operation im Quartal nach Bestätigung des Operateurs (Anlage 1) das im Rahmen der IV operiert wird	40,00 €	AOK SAN (85101) IKK gesund plus (87301) Knappschaft (18701)	nein	durch zuweisenden Hausarzt oder zuweisenden Facharzt oder Operateur 99305H anstelle der EBM-Nrn. 31010 bis 31013
99306H	Einbeziehungsvertrag Saale-Klinik Halle amb. Nachbetreuung 1-mal je durchgeführter Operation im Quartal	20,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99813	Behandlung u. Betreuung v. Gestationsdiabetikerinnen durch SPP je Behandlungsfall, höchstens 3-mal im Kalenderjahr	50,00 €	Ersatzkassen alle BKK'en Knappschaft Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871)	ja	abrechnungsfähig vom diabetologisch verantwortlichen Arzt Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
99814	Spezialschulung Gestationsdiabetes ohne Insulin 2 Unterrichtseinheiten für 1 bis 3 Patientinnen	20,00 €	Ersatzkassen alle BKK'en AOK SAN IKK (WOP*) Knappschaft LKK'en Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871)		
99814S	Schulungsmaterial	7,00 €			
99815	Spezialschulung Gestationsdiabetes mit Insulin 5 Unterrichtseinheiten für 1 bis 3 Patientinnen	20,00 €			
99815S	Schulungsmaterial	7,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99819	DMP Diabetes Typ II Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3 des DMP-DM2-Vertrages und Führung des Diabetespasses	22,50 €	alle AOK'en alle IKK'n alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen	ja	Versicherte der AOK und IKK mit mehreren DMP Diagnosen können anhand der wesentlichen Behandlungsbedürftigkeit (Leitdiagnose) in ausschließlich ein DMP eingeschrieben werden. Für Versicherte der Knappschaft, BKK'n und Ersatzkassen ist im Arztfall nur die Dokumentation eines DMP-Programms berechnungsfähig.
99823	DMP Diabetes Typ II Erstellung u. Versand der Folgedokumentationen durch Ärzte nach § 3 und Führung des Diabetespasses	22,50 €			
99819	DMP Diabetes Typ II Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (I) sowie intensives Patientengespräch	20,00 €	LKK'en		Versicherte der LKK müssen nicht eingeschrieben werden, ebenso braucht keine Erst- und Folgedokumentation erstellt werden
99823	DMP Diabetes Typ II Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (II)	15,00 €			
99828	DMP Diabetes Typ II Behandlung und Betreuung eines eingeschriebenen Patienten bei halbjährlichen Dokumentation in einem Quartal, in dem keine Dokumentation erstellt wurde, aber ein Arzt-Versicherten-Kontakt erfolgte	10,00 €	alle AOK'en		Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99820A	DMP Diabetes Typ II Schulungsprogramm Diabetes & Verhalten, für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 10 Unterrichtseinheiten innerhalb von 3 bis 5 Wochen für bis zu 10 Patienten	20,00 €			
99821A	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820B	DMP Diabetes Typ II Behandlungs- und Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker, die Normalinsulin spritzen; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 Wochen erteilt werden sollten; bis 4 Patienten	20,00 €			
99821B	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820C	DMP Diabetes Typ II Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 bis 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patient.	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'n alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen LKK'en Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
99821C	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820D	DMP Diabetes Typ II Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker die nicht Insulin spritzen; 4 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 – 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 – 10 Patienten	20,00 €			
99821D	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820E	DMP Diabetes Typ II MEDIAS 2 Schulung ohne Insulin; 12 Unterrichtseinheiten die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 – 10 Patienten	20,00 €			
99821E	Schulungsmaterial	10,74 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99820F	DMP Diabetes Typ II DiSko-Schulung als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker; 1 Unterrichtseinheit für bis zu 10 Patienten im Zusammenhang bzw. nach einer Schulung für Typ 2 Diabetiker	20,00 €			
99820G	DMP Diabetes Typ II SPOG Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung; 4 Unterrichtseinheiten für bis zu 6 Patienten in wöchentlichen Abständen	20,00 €			
99820H	DMP Diabetes Typ II Diabetes im Gespräch; bis zu 12 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €		ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339
99821H	Schulungsmaterial	10,74 €			Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
99820K	DMP Diabetes Typ II Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. DTTP; 12 Unterrichtseinheiten für bis zu 4 Patienten	20,00 €			
99821K	Schulungsmaterial	7,70 €			
99820L	DMP Diabetes Typ II Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM; 2 bis 10 Unterrichtseinheiten, die möglichst innerhalb von 8 Wochen erteilt werden für 8 bis 12 Patienten	12,50 €			
	Schulungsmaterial, je Modul				
99821L		2,00 €			
99820M	DMP Diabetes Typ II LINDA Diabetes-Selbstmanagement-Schulung; 10 Unterrichtseinheiten (Module 1 bis 5) für bis zu 10 Patienten	25,00 €			
99821M	Schulungsmaterial	6,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99820Q	DMP Diabetes Typ II Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V.; 18 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Kinder und 12 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Eltern (über den BHS des Ki. Bzw. Ju. Abzurechnen); bis zu 8 Pat.	20,00 €			
99821Q	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820R	DMP Diabetes Typ II NASA: Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker und AFAS: die ambulante Fürther Asthmaschulung; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten; bis zu 8 Patienten	20,00 €			
99821R	Schulungsmaterial	9,00 €			
99820S	DMP Diabetes Typ II Hypertoneschulung (HBSP), für 4 bis 6 Patienten, bzw. Hypertoneschulung (ZI), bis zu 4 Patienten; je Teilnehmer 4 Unterrichtseinheiten, die innerhalb von 4 Wochen erteilt werden sollen	20,00 €			
99821S	Schulungsmaterial (HBSP/Therapie)	9,00 €			
99820T	DMP Diabetes Typ II Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambul. Schulungsprogramm für COPD-Patient. (COBRA) und das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE); 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten; bis zu 8 Patienten	20,00 €			
99821T	Schulungsmaterial	9,00 €			

alle AOK'en
alle IKK'en
alle BKK'en
Knappschaft
LKK'en
Ersatzkassen
Sozialämter Sachsen-Anhalt
Polizei Sachsen-Anhalt
(VKNR: 85871, 86870,
86871, 87871)
PostbeamtenKK-A

ja

Vertrag:
Frau Scherbath
(0391) 627 6339

Genehmigung:
Frau Hahne
(0391) 627 6454

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99820U	DMP Diabetes Typ II INRatio Gerinnungsselbstmanagement; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für bis zu 6 Patienten	20,00 €			
99820X	DMP Diabetes Typ II Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für 8 – 15 Patienten	20,00			
99821X	Schulungsmaterial	9,00 €			
99830A	DMP Diabetes Typ II Strukturierte Schulung für geriatrische Diabetiker; 7 Unterrichtseinheiten á 44 Minuten, innerhalb von 8 Wochen für 4 bis 6 Patienten im höheren Lebensalter	15,00 €			
99831A	Schulungsmaterial	17,95 €			
99830B	DMP Diabetes Typ II MEDIAS 2 ICT (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2 Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie); 12 Unterrichtseinheiten für 4 bis 8 Patienten mit einem Hypertonus, innerhalb von 8 Wochen	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Hahne (0391) 627 6454
99831B	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99822C	DMP Diabetes Typ II Behandlung und Betreuung durch SPP Diabetiker Typ 2 mit Insulin; 1-mal im Behandlungsfall, jedoch max. 3-mal im Kalenderjahr	BKK, EK, KN: 37,50 € LKK: 50,00 € Übrige: 30,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Die Pseudo-Nrn. 99822C und 99822D sind insgesamt nur 3-mal im Kalenderjahr berechnungsfähig.
99822D	DMP Diabetes Typ II Behandlung und Betreuung durch SPP Diabetiker Typ 2 ohne Insulin; 1-mal im Behandlungsfall, jedoch max. 3-mal im Kalenderjahr	BKK, EK, KN: 37,50 € LKK: 50,00 € Übrige: 30,00 €			
99826	DMP Diabetes Typ II Früherkennungsleistung b. Diabetikern hinsichtlich der Retinopathia diabetika; 1-mal im Kalenderjahr	10,00 €		abrechenbar durch Augenarzt	einmal im Jahr auf Überweisung Bei AOK und IKK ist die 06333 daneben ausgeschlossen
99827	DMP Diabetes Typ II Untersuchung zur Vermeidung der Dialysepflichtigkeit bei diab. Nephropathie	10,00 €	alle BKK'en Knappschaft	abrechenbar durch Nephrologen	auf Überweisung

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99849	DMP KHK Information, Beratung und Einschreibung des Versicherten, Erstellung der Erstdokumentation sowie Versand der entsprechenden Unterlagen durch Ärzte nach § 3 bzw. der teilnehmende Arzt nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 DMP-KHK-Vertrages	22,50 €	alle AOK'en alle BKK'n alle IKK'n Knappschaft Ersatzkassen	ja	Versicherte der AOK und IKK mit mehreren DMP Diagnosen können anhand der wesentlichen Behandlungs-bedürftigkeit (Leitdiagnose) in ausschließlich ein DMP eingeschrieben werden. Für Versicherte der Knappschaft, BKK'n und Ersatzkassen ist im Arztfall nur die Dokumentation eines DMP-Programms berechnungsfähig.
99853	DMP KHK Erstellung und Versand der Folgedokumentation durch Ärzte nach § 3 bzw. der teilnehmende Arzt nach § 4 Abs. 2 i. V. m. § 3 Abs. 5 DMP-KHK-Vertrages	22,50 €			
99849	DMP KHK Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (I) sowie intensives Patientengespräch	20,00 €	LKK'en		
99853	DMP KHK Strukturierte Behandlung entsprechend der Versorgungsinhalte unter Beachtung der Kooperationsregeln (II)	15,00 €			
99858	DMP KHK Behandlung und Betreuung eines eingeschr. Patienten bei halbjährlichen Dokumentation in einem Quartal, in dem keine Dokumentation erstellt wurde, aber ein Arzt-Versicherten-Kontakt erfolgt ist	10,00 €	alle AOK'en		

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99850A	DMP KHK Schulungsprogramm Diabetes & Verhalten, für Typ 2 Diabetiker die Insulin spritzen; 10 Unterrichtseinheiten innerhalb von 3 – 5 Wochen für bis zu 10 Patienten	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Immer (0391) 627 7440
99851A	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850B	DMP KHK Behandlungs- u. Schulungsprogramm Diabetiker Typ 2 mit Normalinsulin; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 Wochen erteilt werden sollten, bis 4 Patienten	20,00 €			
99851B	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850C	DMP KHK Therapie u. Schulungsprogramm Diabetiker Typ 2 mit Insulin; 5 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 – 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 – 10 Patienten	20,00 €			
99851C	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850D	DMP KHK Therapie u. Schulungsprogramm Diabetiker Typ 2 ohne Insulin; 4 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 4 – 6 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Pat.	20,00 €			
99851D	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850E	DMP KHK Mehr Diabetes-Selbstmanagement für Typ 2 ohne Insulinbehandlung – MEDIAS 2; 12 Unterrichtseinheiten die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patienten	20,00 €			
99851E	Schulungsmaterial	10,74 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/ Ansprechpartner
99850F	DMP KHK DiSko-Schulung als Ergänzung zu einem Schulungsprogramm für Typ 2 Diabetiker; 1 Unterrichtseinheit für bis zu 10 Patienten im Zusammenhang bzw. nach einer Schulung für Typ 2 Diabetiker	20,00 €			
99850G	DMP KHK Schulungs- und Behandlungsprogramm für Patienten mit oraler Gerinnungshemmung (SPOG); 4 Unterrichtseinheiten für bis zu 6 Patienten in wöchentlichen Abständen	20,00 €			
99850H	DMP KHK Diabetes II im Gespräch; 12 Unterrichtseinheiten, die im Laufe von 8 Wochen erteilt werden sollten; für 4 bis 10 Patient.	20,00 €		ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Imer (0391) 627 7440
99851H	Schulungsmaterial	10,74 €			
99850I	DMP KHK Schulung HyPOS; 5 Unterrichtseinheiten für 4 bis 6 Patienten	20,00 €			
99851I	Schulungsmaterial	6,00 €			
99850K	DMP KHK Behandlungs- und Schulungsprogramm für intensivierete Insulintherapie bzw. Diabetes Teaching and Treatment-Programm (DTTP); 12 Unterrichtseinheiten für bis zu 4 Patienten	20,00 €			
99851K	Schulungsmaterial	7,70 €			
99850L	DMP KHK Modulare Bluthochdruck-Schulung IPM (Institut für Präventive Medizin); 2 – 10 Unterrichtseinheiten, die möglichst innerhalb von 8 Wochen erteilt werden für 8 – 12 Patienten	12,50 €			
99851L	Schulungsmaterial, je Modul	2,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99850M	DMP KHK LINDA Diabetes-Selbstmanagement-Schulung; 10 Unterrichtseinheiten (Module 1 bis 5) für bis zu 10 Patienten	25,00 €			
99851M	Schulungsmaterial	6,00 €			
99850Q	DMP KHK Qualitätsmanagement in der Asthmaschulung von Kindern und Jugendlichen der AG Asthmaschulung im Kindes- und Jugendalter e. V., 18 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Kinder und 12 Unterrichtseinheiten á 45 Min. für Eltern (über den BHS des Ki. Bzw. Ju. Abzurechnen); bis zu 8 Pat.	20,00 €			
99851Q	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850R	DMP KHK NASA: Nationales ambulantes Schulungsprogramm für erwachsene Asthmatiker und AFAS: die ambulante Fürther Asthmaschulung, je Teilnehmer 6 Unterrichtseinheiten	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Irmer (0391) 627 7440
99851R	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850S	DMP KHK Strukturiertes Hypertonie-Behandlungs-, Therapie- und Schulungsprogramm (je Teilnehmer 4 Unterrichtseinheiten)	20,00 €			
99851S	Schulungsmaterial	9,00 €			
99850T	DMP KHK Chronisch obstruktive Bronchitis mit und ohne Lungenemphysem – Ambul. Schulungsprogramm für COPD-Patient. (COBRA) und das Ambulante Fürther Schulungsprogramm für Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (AFBE); 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten; bis zu 8 Patient.	20,00 €			
99851T	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99850U	DMP KHK INRatio Gerinnungsselbstmanagement; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für bis zu 6 Patienten	20,00 €			
99850X	DMP KHK Patientenschulung COPD: Chronische Bronchitis und Lungenemphysem nach dem Bad Reichenhaller Modell; 6 Unterrichtseinheiten á 60 Minuten für 8 – 15 Patienten	20,00			
99851X	Schulungsmaterial	9,00 €			
99860A	DMP KHK Strukturierte Schulung für geriatrische Diabetiker; 7 Unterrichtseinheiten á 44 Minuten, innerhalb von 8 Wochen für 4 bis 6 Patienten im höheren Lebensalter	15,00 €			
99861A	Schulungsmaterial	17,95 €			
99860B	DMP KHK MEDIAS 2 ICT (Mehr Diabetes Selbstmanagement für Typ 2 Diabetiker mit intensivierter Insulintherapie); 12 Unterrichtseinheiten für 4 bis 8 Patienten mit einem Hypertonus, innerhalb von 8 Wochen	20,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A	ja	Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Imer (0391) 627 7440
99861B	Schulungsmaterial	9,00 €			

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Pseudo-Nr.	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in EURO	gültige Kasse	Genehm.-pflicht	Anmerkung/Ansprechpartner
99855	DMP KHK Prädiagnostik-Komplex nach § 3 Absatz 1 Ziffer a; einmal im Krankheitsfall	LKK: 50,00 € Übrige: 40,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft LKK'en	ja	nur auf Überweisung eines koordinierenden Vertragsarztes (Hausarzt) gemäß § 3 des DMP KHK Vertrages möglich Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Genehmigung: Frau Irmer (0391) 627 7440
99856	DMP KHK Diagnostik- und Therapie-Komplex nach § 3 Absatz 1 Ziffer b; zweimal im Kalenderjahr	LKK: 50,00€ Übrige: 40,00 €	Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A		
99857	DMP KHK Qualitätssicherungspauschale für Patienten mit Herzinsuffizienz; einmal im Krankheitsfall	10,00 €	alle AOK'en alle IKK'en alle BKK'en Knappschaft Ersatzkassen Sozialämter Sachsen-Anhalt Polizei Sachsen-Anhalt (VKNR: 85871, 86870, 86871, 87871) PostbeamtenKK-A		

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Impfungen (gültig für alle Ersatz- und Primärkassen)

Erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung	ICD	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in Euro	Anmerkung/ Ansprechpartner
Die Impfleistungen des Arztes umfassen neben der Verabreichung (bzw. Verordnung) des Impfstoffes je nach Erfordernis: Information über den Nutzen der Impfung und über die zu verhütende Krankheit; Hinweise auf unerwünschte Arzneimittelnebenwirkungen und Komplikationen; Empfehlungen über Verhaltensmaßnahmen im Anschluss an die Impfung; Aufklärung über Eintritt und Dauer der Schutzwirkung; Hinweise zu Auffrischimpfungen; Erhebung der Anamnese und der Impfanamnese, einschließlich Befragung über das Vorliegen möglicher Kontraindikationen (z.B. Allergien); Feststellung der aktuellen Befindlichkeit zum Ausschluss akuter Erkrankungen; Dokumentation der erfolgten Impfung im Impfausweis bzw. Ausstellen einer Impfbescheinigung						
Einzelimpfungen						Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Verordnungen: Josefine Müller (0391) 627 6439 Dr. Maria-Tatjana Kunze (0391) 627 6437 Heike Drünker, (0391) 627 7438 Bei der Abrechnung der Einzelimpfstoffe hat die Nummer der Standardimpfung Vorrang, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen (Bsp.: Influenza-Impfung eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung [89111]; Influenza-Impfung eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes als Indikationsimpfung [89112]). Bei der Influenza-Impfung von Kindern unter 36 Monaten und bei erstmaliger Influenza-Impfung von Kindern unter 13 Jahren ist die Nummer 89112 zweimal zu dokumentieren. Folgende Impfungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung: - Schutzimpfungen, die von anderen Stellen (z.B. Arbeitgeber) aufgrund gesetzlicher Vorschriften durchzuführen sind - Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen (beruflicher oder privater Natur) - kurative Schutzimpfungen gegen Tollwut und Tetanus im Verletzungsfall, soweit die Applikationen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung bzw. Exposition erfolgen
89100A	89100B	89100R	Z23.6	Diphtherie (Standardimpfung) - Kinder- und Jugendliche bis 17 Jahre	6,70 €	
89101A	89101B	89101R		Diphtherie - sonstige Indikationen	6,70 €	
89102A	89102B	89102R	Z24.1	Frühsommermeningo-Enzephalitis (FSME)	6,70 €	
89103A	89103B		Z23.8	Haemophilus influenzae Typ b (Standardimpfung) - Säuglinge und Kleinkinder	6,70 €	
89104A	89104B			Haemophilus influenzae Typ b - sonstige Indikationen	6,70 €	
89105A	89105B	89105R	Z24.6	Hepatitis A	6,70 €	
89106A	89106B		Z24.6	Hepatitis B (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,70 €	
89107A	89107B	89107R		Hepatitis B - sonstige Indikationen	6,70 €	
89108A	89108B	89108R		Hepatitis B Dialysepatienten	6,70 €	
89110A	89110B		Z25.8	Humane Papillomviren (HPV) - Mädchen und weibliche Jugendliche 12 bis 17 Jahre	6,70 €	
89111			Z25.1	Influenza (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	6,70 €	
89112				Influenza - sonstige Indikationen	6,70 €	
89112N				Influenza nasal - sonstige Indikationen: Kinder (24 Monate bis 6 Jahre)	6,70 €	
89113			Z24.4	Masern (Erwachsene)	6,70 €	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung	ICD	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in Euro	Anmerkung/ Ansprechpartner
89114			Z23.8	Meningokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder	6,70 €	<p>Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339</p> <p>Verordnungen: Josefine Müller (0391) 627 6439 Dr. Maria-Tatjana Kunze (0391) 627 6437 Heike Drückler, (0391) 627 7438</p> <p>Bei der Abrechnung der Einzelimpfstoffe hat die Nummer der Standardimpfung Vorrang, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen (Bsp.: Influenza-Impfung eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung [89111]; Influenza-Impfung eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes als Indikationsimpfung [89112]). Bei der Influenza-Impfung von Kindern unter 36 Monaten und bei erstmaliger Influenza-Impfung von Kindern unter 13 Jahren ist die Nummer 89112 zweimal zu dokumentieren.</p> <p>Folgende Impfungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Schutzimpfungen, die von anderen Stellen (z.B. Arbeitgeber) aufgrund gesetzlicher Vorschriften durchzuführen sind - Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen (beruflicher oder privater Natur) - kurative Schutzimpfungen gegen Tollwut und Tetanus im Verletzungsfall, soweit die Applikationen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung bzw. Exposition erfolgen
89115A	89115B	89115R++	Z23.8	Meningokokken - sonstige Indikationen	6,70 €	
89116A	89116B	89116R	Z23.7	Pertussis (Standardimpfung) ◊ - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,70 €	
89117A	89117B			Pertussis ◊ - sonstige Indikationen	6,70 €	
89118A	89118B		Z23.8	Pneumokokken Konjugatimpfstoff (Standardimpfung) - Kinder bis 24 Monate	6,70 €	
89119				Pneumokokken (Standardimpfung) - Personen über 60 Jahre	6,70 €	
89120		89120R		Pneumokokken - Personen mit erhöhter gesundheitlicher Gefährdung infolge angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion oder infolge einer chronischen Krankheit - bei weiterbestehender Indikation (angeborener oder erworbener Immundefekte mit T- und/oder B-zellulärer Restfunktion, chronische Nierenkrankheiten/nephrotisches Syndrom)	6,70 €	
89121A	89121B	89121R	Z24.0	Poliomyelitis (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,70 €	
89122A	89122B	89122R++		Poliomyelitis - sonstige Indikationen	6,70 €	
89123			Z24.5	Röteln (Erwachsene) ◊	6,70 €	
89124A	89124B	89124R	Z23.5	Tetanus	6,70 €	
89125A	89125B		Z25.8	Varizellen (Standardimpfung) - Säuglinge, Kinder und Jugendliche bis 17 Jahre	6,70 €	
89126A	89126B			Varizellen - sonstige Indikationen	6,70 €	
89127A	89127B		Z25.8	Rotaviren (RV)	6,70 €	
89199A	89199B		Z24.2	Tollwut - im Verletzungsfall ab der 2. Impfung	6,70 €	

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Erste Dosis eines Impfzyklus bzw. unvollständige Impfserie	Letzte Dosis eines Impfzyklus nach Fachinformation	Auffrischungsimpfung	ICD	Kurztext über Leistungsinhalt	Wert in Euro	Anmerkung/ Ansprechpartner
Kombinationsimpfungen++++						Vertrag: Frau Scherbath (0391) 627 6339 Verordnungen: Josefine Müller (0391) 627 6439 Dr. Maria-Tatjana Kunze (0391) 627 6437 Heike Drücker, (0391) 627 7438 Bei der Abrechnung der Einzelimpfstoffe hat die Nummer der Standardimpfung Vorrang, wenn gleichzeitig weitere Indikationen in Betracht kommen (Bsp.: Influenza-Impfung eines 60-jährigen Patienten mit Diabetes gilt als Standardimpfung [89111]; Influenza-Impfung eines 50-jährigen Patienten mit Diabetes als Indikationsimpfung [89112]). Bei der Influenza-Impfung von Kindern unter 36 Monaten und bei erstmaliger Influenza-Impfung von Kindern unter 13 Jahren ist die Nummer 89112 zweimal zu dokumentieren. Folgende Impfungen sind nicht Bestandteil dieser Vereinbarung: - Schutzimpfungen, die von anderen Stellen (z.B. Arbeitgeber) aufgrund gesetzlicher Vorschriften durchzuführen sind - Schutzimpfungen aus Anlass von Auslandsreisen (beruflicher oder privater Natur) - kurative Schutzimpfungen gegen Tollwut und Tetanus im Verletzungsfall, soweit die Applikationen im unmittelbaren zeitlichen Zusammenhang mit der Verletzung bzw. Exposition erfolgen
89200A	89200B		Z27.8	Diphtherie, Tetanus (DT) ◊	7,90 €	
89201A	89201B	89201R		Diphtherie, Tetanus (Td)	7,90 €	
89202A	89202B		Z27.8	Hepatitis A und Hepatitis B (HA-HB) - nur bei Vorliegen der Indikationen für eine Hepatitis A und eine Hepatitis B Impfung	7,90 €	
89203A	89203B		Z27.8	Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (Hib-HB) ◊	7,90 €	
89300A	89300B		Z27.1	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (DtaP)	9,10 €	
89301A	89301B		Z27.4	Masern, Mumps, Röteln (MMR)	9,10 €	
89302		89302R+++	Z27.8	Diphtherie, Tetanus, Poliomyelitis (TdIPV)	9,10 €	
89303		89303R+++	Z27.1	Diphtherie, Pertussis, Tetanus (Tdap)	9,10 €	
89400		89400R+++	Z27.3	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis (TdapIPV)	10,30 €	
89401A	89401B		Z27.8	Masern, Mumps, Röteln, Varizellen (MMRV)	10,30 €	
89500A	89500B		Z27.8	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b (DtaP-IPV-Hib)	11,50 €	
89600A	89600B		Z27.8	Diphtherie, Pertussis, Tetanus, Poliomyelitis, Haemophilus influenzae Typ b, Hepatitis B (DtaP-IPV-Hib-HB)	12,70 €	

◊ zur Zeit kein Impfstoff verfügbar

++ keine routinemäßige Auffrischung

+++ Anmerkungen zur Pertussis-Impfung in der Anlage 1 der Schutzimpfungs-Richtlinie beachten

++++ Bei der Anwendung von Kombinationsimpfstoffen sind ausschließlich die Dokumentationsnummern der entsprechenden Kombinationen zu verwenden.

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Kennzeichnung von bestimmten EBM-Leistungen

Nachfolgend aufgeführte Leistungen des EBM sind nach Maßgabe der KBV ggf. mit einem Buchstaben zur Kennzeichnung eines bestimmten Sachverhalts zu versehen. Die Kennzeichnung ist direkt anschließend an die Gebührennummer (bei Abrechnung mittels DTA im Feld 5001) vorzunehmen.

EBM-Nr. mit Kennzeichnung	Leistungsinhalt
Chronikerpauschalen: Hat der Patient seinen ihn betreuenden Haus-/Kinderarzt im Laufe der letzten 4 Quartale gewechselt, muss der die haus-/kinderärztliche Betreuung übernehmende Haus-/Kinderarzt die bei dem anderen Haus-/Kinderarzt stattgefundenen Arzt-Patienten-Kontakte dokumentieren. Die Chronikerpauschale ist in diesen Fällen mit einem direkt an die Gebührenordnungsposition anschließenden H zu kennzeichnen. Aufgrund der EBM-Änderung, dass die GOP 03221/04221 als Zuschlag zur GOP 03220/04220 für den 2. Arzt-Patienten-Kontakt berechnet wird, ist eine Kennzeichnung der GOP 03221/04221 mit dem H nicht mehr zwingend notwendig.	
03220H	Hausarzt: Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 03000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
04220H	Kinderarzt: Zuschlag zu der Versichertenpauschale nach der Gebührenordnungsposition 04000 zur Behandlung und Betreuung eines Patienten mit mindestens einer lebensverändernden chronischen Erkrankung, ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt
Krebsfrüherkennung: Bei Männern erbrachte Früherkennungsuntersuchungen auf kolorektales Karzinom sowie auf Hautkrebs sind mit „M“ zu kennzeichnen. Darüber hinaus ist die Kostenpauschale im Zusammenhang mit der Vorsorgekoloskopie bei Frauen mit einem F und bei Männern mit einem M zu kennzeichnen.	
01734M	Untersuchung auf Blut im Stuhl
01740M	Beratung zur Früherkennung des kolorektalen Karzinoms
01741M	Koloskopischer Komplex gemäß den Krebsfrüherkennungs-Richtlinien
40160F	Kostenpauschale bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes nach Nr. 01741 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalklerosierungsnadel(n) – Frau
40160M	Kostenpauschale bei Durchführung einer interventionellen endoskopischen Untersuchung des Gastrointestinaltraktes nach Nr. 01741 für die beim Eingriff eingesetzte(n) Einmalklerosierungsnadel(n) – Mann
01742M	Zuschlag zu der Leistung nach der Nr. 01741
01743M	Histologie bei Früherkennungskoloskopie
01745M	Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
01746M	Zuschlag zur Gebührenordnungsposition 01732 für die Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs
Mammographiescreening: Zur Kennzeichnung der Kostenpauschale neben den Leistungen des Abschnitts 1.7.3 „Krebsfrüherkennung von Brustkrebs durch Mammographie-Screening“ ist die Kostenpauschale mit einem M zu versehen.	
40100M	Kostenpauschale für Versandmaterial, Versandgefäße usw. sowie für die Versendung bzw. den Transport von Untersuchungsmaterial, ggf. auch von infektiösem Untersuchungsmaterial, einschl. der Kosten für die Übermittlung von Untersuchungsergebnissen

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Leistungsinhalt	Abzurechnende EBM-Nummer		Zuzahlungshäufigkeit	Zuzahlungsbetrag in Euro	
	bei Zuzahlungsbefreiung	bei Zuzahlungsverpflichtung		Primärkassen	Ersatzkassen
Zuzahlung bei Physikalisch-medizinischen Leistungen: Ärzte, die Heilmittelleistungen in eigener Praxis erbringen und gemäß EBM abrechnen, beachten bitte die einzubehaltenden Zuzahlungen der Patienten. Nach § 32 Abs. 2 SGB V haben Versicherte, die das 18. Lebensjahr vollendet haben, Zuzahlungen an die Heilmittelerbringer zu leisten. Dies gilt auch für die Abgabe von physikalisch-medizinischen Leistungen als Bestandteil der ärztlichen Behandlung. Die Zuzahlungsbeträge verbleiben in der Praxis und werden bei der Abrechnung nachstehender EBM-Nrn. verrechnet. Bei Patienten, die eine Bescheinigung über die Befreiung von Zuzahlungen ihrer Krankenkasse vorlegen, verwenden bitte die jeweilige EBM-Ziffer mit einem direkt an die Leistung anschließenden A.					
Sensomotorische Übungsbehandlung (Einzelbehandlung)	30300A	30300	je vollendete 15 Min., max. 4-mal je Sitzung	1,69	0,00
Massagetherapie	30400A	30400	je Sitzung	0,88	0,95
Unterwasserdruckstrahltherapie	30402A	30402	je Sitzung	1,49	1,58
Atemgymnastik (Einzelbehandlung)	30410A	30410	je Sitzung	1,28	1,02
Atemgymnastik (Gruppenbehandlung)	30411A	30411	je Sitzung und Teilnehmer	0,51	0,68
Krankengymnastik (Einzelbehandlung)	30420A	30420	je Sitzung	1,28	1,37
Krankengymnastik (Gruppenbehandlung)	30421A	30421	je Sitzung und Teilnehmer		

EBM-Nr. mit Kennzeichnung	Leistungsinhalt
Substitution: Bei der Erbringung von Drogensuchtests im ersten und zweiten Quartal der substitutionsgestützten Behandlung von Opiatabhängigen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses sind die Leistungen, zur Umsetzung des entsprechenden Höchstwertes, mit einem „S“ zu kennzeichnen.	
32137S	Buprenorphinhydrochlorid
32140S	Amphetamin/Metamphetamin
32141S	Barbiturate
32142S	Benzodiazepine
32143S	Cannabinoide (THC)
32144S	Kokain
32145S	Methadon
32146S	Opiate (Morphin)
32147S	Phencyclidin (PCP)
32148S	Alkohol-Bestimmung
Immunologische Untersuchungen: Die Untersuchungen sind in begründeten Einzelfällen bei Säuglingen, Kleinkindern und Kindern bis zum vollendeten 6. Lebensjahr zur Umsetzung der unterschiedlichen Höchstwerte mit „U“ zu kennzeichnen	
32426U	Quantitative Bestimmung von Gesamt-IgE
32427U	Untersuchung auf allergenspezifische Immunglobuline in Einzelansätzen (Allergene oder Allergengemische)

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

EBM-Nr. mit Kennzeichnung	Leistungsinhalt
Antragspflichtige Psychotherapie Folgende Leistungen sind gemäß § 14 Abs. 5 Anlage 1 BMV-Ä im Falle der Einbeziehung einer Bezugsperson mit einem „B“ zu kennzeichnen.	
35150B	Probatorische Sitzung
35200B	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeitpsychotherapie einzeln
35201B	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapie einzeln
35202B	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeitpsychotherapie in der Gruppe
35203B	Tiefenpsychologisch fundierte Langzeitpsychotherapie in der Gruppe
35210B	Analytische Psychotherapie einzeln
35211B	Analytische Psychotherapie in der Gruppe
35220B	Kurzzeitverhaltenstherapie einzeln
35221B	Langzeitverhaltenstherapie einzeln
35222B	Kurzzeitverhaltenstherapie, kleine Gruppe
35223B	Langzeitverhaltenstherapie, kleine Gruppe
35224B	Kurzzeitverhaltenstherapie, große Gruppe
35225B	Langzeitverhaltenstherapie, große Gruppe
Antragspflichtige Psychotherapie Werden Psychotherapie-Leistungen, die aus mehreren Einheiten bestehen, an unterschiedlichen Tagen erbracht, so ist die Abrechnung der einzelnen Einheiten unter der Kennzeichnung „C“ vorzunehmen.	
35150C	Probatorische Sitzung, 1 Einheit a 25 Minuten
35200C	Tiefenpsychologisch fundierte Kurzzeitpsychotherapie, 1 Einheit a 25 Minuten
35220C	Kurzzeitverhaltenstherapie einzeln, 1 Einheit a 25 Minuten
35221C	Langzeitverhaltenstherapie einzeln, 1 Einheit a 25 Minuten
Künstliche Befruchtung: Steht die Leistungserbringung im direkten Zusammenhang mit der Durchführung einer Künstlichen Befruchtung , so sind folgende Leistungen mit einem „X“ zu kennzeichnen. Die Bewertung entspricht jeweils 50% des Gebührenwertes der nicht mit X gekennzeichneten Leistungen, da nach Einführung des GMG die Hälfte der Kosten im Rahmen der künstlichen Befruchtung durch die Patienten zu tragen sind. Die Kennzeichnung ist im Feld 5001 direkt anschließend an die Gebührennummer vorzunehmen.	
01510X	Beobachtung und Betreuung – Dauer mehr als 2 Stunden, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
01511X	Beobachtung und Betreuung – Dauer mehr als 4 Stunden, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
01512X	Beobachtung und Betreuung – Dauer mehr als 6 Stunden, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
02100X	Infusion, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
02341X	Punktion II, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
05310X	Präanästhesiologische Untersuchung bei einer ambulanten oder belegärztlichen Operation des Abschnitts 31.2, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
05330X	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
05340X	Überwachung der Vitalfunktionen, im Rahmen der künstlichen Befruchtung

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

EBM-Nr. mit Kennzeichnung	Leistungsinhalt
05341X	Einleitung und Unterhaltung einer Analgesie und/oder Sedierung während eines operativen oder stationersetzenden Eingriffs gemäß § 115b SGB V, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
05350X	Beobachtung und Betreuung eines Patienten nach einem operativen oder diagnostischen Eingriff im Anschluss an die Leistung nach der Nr. 05330
08510X	Erstellung eines Behandlungsplans gemäß § 27 a Abs. 3 SGB V
08530X	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination im Spontanzyklus
08531X	Intrazervikale, intrauterine oder intratubare homologe Insemination nach hormoneller Stimulation
08540X	Gewinnung und Untersuchung(en) des Spermas
08541X	Ultraschallgezielte und/oder laparoskopische Eizellenentnahme
08542X	Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 08541X bei ambulanter Durchführung
08550X	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)
08551X	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechend der Leistung nach Nr. 08550 bis zum Ausbleiben der Zellteilung
08552X	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) entsprechen der Leistung nach Nr. 08550 bis frühestens zwei Tage vor der geplanten Follikelpunktion, vom ersten Zyklustag bis zum Tag des Abbruchs
08560X	In-vitro-Fertilisation (IVF) mit anschließendem Embryo-Transfer (ET), einschl. intrazystoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI), ggf. als Zygotentransfer und/oder als intratubarer Embryo-Transfer (EIFT)
08561X	Maßnahmen zur In-vitro-Fertilisation (IVF) einschl. intrazystoplasmatischer Spermieninjektion (ICSI) entsprechend der Leistung nach Nr. 08560 bis zum Ausbleiben der Zellteilung
08570X	Humangenetische Abklärung gemäß Nr. 16 der Richtlinien über künstliche Befruchtung eines Verdachts auf genetisches und/oder teratogenes Risiko
08571X	Ausführliches schriftliches wissenschaftlich begründetes humangenetisches Gutachten auf der Grundlage zugesandter schriftlicher Befundunterlagen
08572X	Humangenetische Beratung und Begutachtung im Zusammenhang mit einer Maßnahme nach Nr. 10.5 der Richtlinie über künstliche Befruchtung bei evidentem genetischen und/oder teratogenen Risiko
08573X	Chromosomenanalyse aus Zellen des hämatopoetischen Systems
08574X	Zuschlag zu der Leistung Nr. 08573X für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken
11311X	Chromosomenanalyse aus Fibroblasten, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
11312X	Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 11311X für die spezielle Darstellung der Strukturen einzelner Chromosomen durch Anwendung besonderer Techniken, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
11320X	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Hybridisierung menschlicher DANN
11321X	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Amplifikation menschlicher DANN mittels Polymerase-Kettenreaktion
11322X	Nachweis oder Ausschluss einer krankheitsrelevanten genomischen Mutation mittels Sequenzierung menschlicher DANN
11330X	Faktor-V-Leiden-Mutation
11331X	Prothrombin G20210A-Mutation
11332X	HLA-B27
11333X	MTHFR-C677T-Mutation

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

EBM-Nr. mit Kennzeichnung	Leistungsinhalt
11334X	Hämochromatose
11351X	Cystische Fibrose – mehrere Mutationen
11352X	Cystische Fibrose – vollständige Untersuchung
11354X	Cystische Fibrose – bei bekannter Mutation
11360X	Fragiles X-Syndrom – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation
11361X	Fragiles X-Syndrom – weitergehende Untersuchung – auch bei bekannter Mutation
11370X	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – Untersuchung auf Deletionen und Duplikationen – auch bei bekannter Mutation
11371X	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – vollständige Untersuchung
11372X	Muskeldystrophie Typ Duchenne/Becker – bei bekannter Mutation
11380X	Chorea Huntington – auch bei bekannter Mutation
11390X	Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1, Curshman-Steinert) – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation
11391X	Myotone Dystrophie Typ 1 (DM1, Curshman-Steinert) – weitergehende Untersuchung – auch bei bekannter Mutation
11395X	Myotone Dystrophie Typ 2 (DM2, PROMM) – Analyse einer Repeat-Expansion – auch bei bekannter Mutation
11396X	Myotone Dystrophie Typ 2 (DM2, PROMM) – weitergehende Untersuchung – auch bei bekannter Mutation
11400X	Hämophilie A – Analyse einer Inversion – auch bei bekannter Mutation
11401X	Hämophilie A – vollständige Untersuchung
11403X	Hämophilie A – bei bekannter Mutation
11404X	Hämophilie A – bei bekannter Mutation
11410X	Spinale Muskelatrophie – Untersuchung auf eine Deletion und Duplikation – auch bei bekannter Mutation
11411X	Spinale Muskelatrophie – vollständige Untersuchung
11412X	Spinale Muskelatrophie – bei bekannter Mutation
11420X	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ I – Untersuchung auf eine Mutation im GJB2-Gen
11421X	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ 1 – Untersuchung auf eine Mutation im GJB6-Gen – auch bei bekannter Mutation
11422X	Sensorineurale Schwerhörigkeit Typ 1 – bei bekannter Mutation im GJB2-Gen
11430X	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung bei Vorliegen von Tumormaterial
11431X	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – weitergehende Untersuchung bei Vorliegen einer Mikrosatelliteninstabilität entsprechend der Gebührenordnungsposition 11430 oder einer Expressionsminderung eines Gens (MLH1, PMS2, MSH2 oder MSH6) um mehr als 50 % im Tumormaterial
11432X	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – Untersuchung, wenn kein Tumormaterial vorliegt
11433X	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom, HNPCC) – bei bekannter Mutation
11434X	Lynch-Syndrom (Hereditäres non-polypöses kolorektales Karzinom HNPCC) – bei bekannter Mutation
11440X	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – Mutationsanalyse im BRCA1-Gen
11441X	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – Mutationsanalyse im BRCA2-Gen
11442X	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) – bei bekannter Mutation
11443X	Hereditäres Mamma- und Ovarialkarzinom (HBOC) - bei bekannter Mutation

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

EBM-Nr. mit Kennzeichnung	Leistungsinhalt
31272X	Ambulanter urologischer Eingriff der Kategorie Q2, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
31503X	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung nach Nr. 31272X
31600X	Postoperative Behandlung durch den Hausarzt nach Erbringung der Leistung nach Nr. 31272X bei Überweisung durch den Operateur
31608X	Postoperative Behandlung durch den Facharzt nach Erbringung der Leistung nach Nr. 31272X bei Überweisung durch den Operateur
31609X	Postoperative Behandlung nach Erbringung der Leistung nach Nr. 31272X bei Erbringung durch den Operateur
31822X	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung der Leistung nach Nr. 31272X
32354X	Lutropin (LH) , im Rahmen der künstlichen Befruchtung
32356X	Östradiol, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
32357X	Progesteron, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
32575X	Nachweis von HIV-1- und/oder HIV-1/2- Antikörpern (Immunoassay) , im Rahmen der künstlichen Befruchtung
32576X	Nachweis von HIV-2-Antikörpern (Immunoassay) , im Rahmen der künstlichen Befruchtung
32614X	HBc-Antikörper
32618X	HCV-Antikörper
32660X	Abklärungstest auf HIV-1- und/oder HIV- 2-Antikörper (Westernblot) , im Rahmen der künstlichen Befruchtung
32781X	Nachweis von Hepatitis B- Oberflächenantigen, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
33043X	Sonographische Untersuchung eines oder mehrerer Uro-Genital-Organen mittels B-Mode-Verfahren, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
33044X	Sonographische Untersuchung der weiblichen Genitalorgane mittels B-Mode-Verfahren, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
33090X	Zuschlag zu der Leistung nach Nr. 33043X für optische Führungshilfe
36272X	Belegärztlicher urologischer Eingriff der Kategorie Q2, im Rahmen der künstlichen Befruchtung
36503X	Postoperative Überwachung im Anschluss an die Erbringung der Leistung nach Nr. 36272X
36822X	Anästhesie und/oder Narkose, im Rahmen der Durchführung der Leistung nach Nr. 36272X

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

EBM-Leistungen die von der KVSA automatisch hinzugesetzt werden

Soweit die Voraussetzungen zur Abrechnung erfüllt sind, setzt die KVSA folgende Gebührenordnungspositionen automatisch hinzu:

Hinzuzusetzende Leistung	• Leistungsinhalt
01211	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01210 für die Besuchsbereitschaft im Rahmen des organisierten Notfalldienstes
01215	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01214 für die Besuchsbereitschaft im Rahmen des organisierten Notfalldienstes
01217	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01216 für die Besuchsbereitschaft im Rahmen des organisierten Notfalldienstes
01219	Zusatzpauschale zu der Gebührenordnungsposition 01218 für die Besuchsbereitschaft im Rahmen des organisierten Notfalldienstes
01700	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin für die Erbringung von Laborleistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und/oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch bei Probeneinsendung, je Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) der Abschnitte 1.7.4 und/oder 1.7.5
01701	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 01700 aufgeführten Arztgruppen für die Erbringung von Laborleistungen gemäß den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses über die ärztliche Betreuung während der Schwangerschaft und nach der Entbindung (Mutterschafts-Richtlinien) und/oder der Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses zur Empfängnisregelung und zum Schwangerschaftsabbruch bei Probeneinsendung, je Behandlungsfall bei Erbringung von Laboratoriumsuntersuchungen der Abschnitte 1.7.4 und/oder 1.7.5
03040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 03000 und 03030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V
04040	Zusatzpauschale zu den Gebührenordnungspositionen 04000 und 04030 für die Wahrnehmung des hausärztlichen Versorgungsauftrags gemäß § 73 Abs. 1 SGB V
05220	Zuschlag für die anästhesiologische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 05210 bis 05212
06220	Zuschlag für die augenärztliche Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 06210 bis 06212
06225	Zuschlag zu den Grundpauschalen nach den Nrn. 06210 bis 06212 für die Behandlung eines Versicherten ausschließlich durch (einen) konservativ tätige(n) Augenarzt/-ärzte gemäß Nr. 6 der Präambel 6.1 EBM
07220	Zuschlag für die chirurgische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 07210 bis 07212
08220	Zuschlag für die gynäkologische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 08210 bis 08212
08230	Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Reproduktionsmedizin, bei denen Gebührenordnungspositionen 08530, 08531, 08550, 08551, 08552, 08560 und 08561 berechnet werden
08231	Zuschlag zur Grundpauschale im Rahmen der Geburtshilfe, bei denen Gebührenordnungspositionen des Abschnitts 8.4 berechnet werden
09220	Zuschlag für die Hals-Nasen-Ohrenärztliche Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 09210 bis 09212
10220	Zuschlag für die hautärztliche Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 10210 bis 10212
12220	Grundpauschale für Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin und ermächtigte Fachwissenschaftler der Medizin bei Probeneinsendungen, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A

KV-eigene Leistungen und andere Kennzeichnungsleistungen

Stand: 4. Quartal 2014

Hinzuzusetzende Leistung	• Leistungsinhalt
12225	Grundpauschale für Vertragsärzte aus nicht in der Nr. 12220 aufgeführten Arztgruppen bei Probeneinsendungen, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Auftragsleistung(en) des Kapitels 32
13220	Zuschlag für die allgemeine internistische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 13210 bis 13212
14214	Zuschlag für die kinder- und jugendpsychiatrische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 14210, 14211
16215	Zuschlag für die neurologische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 16210 bis 16212
17214	Zuschlag zur Konsiliarpauschale 17210 bei Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
18220	Zuschlag für die orthopädische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 18210 bis 18212
20220	Zuschlag für die phoniatriisch-pädaudiologische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 20210 bis 20212
21218	Zuschlag für die psychiatrische und nervenheilkundliche Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 21210 bis 21215
22216	Zuschlag für die psychotherapeutisch-medizinische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 22210 bis 22212
23216	Zuschlag für die psychotherapeutische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 23210 bis 23212, 23214
25213	Zuschlag zur Konsiliarpauschale 25210 bzw. 25211 bei Behandlung von Neugeborenen, Säuglingen, Kleinkindern und Kindern
26220	Zuschlag für die urologische Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 26210 bis 26212
27220	Zuschlag für die physikalisch rehabilitative Grundversorgung zu den Gebührenordnungspositionen 27210 bis 27212
32001	Wirtschaftliche Erbringung und/oder Veranlassung von Leistungen des Kapitels 32, je kurativ-ambulantem Behandlungsfall mit Ausnahme von Überweisungen mit Auftragsleistungen sowie Behandlungsfälle mit Ausnahmekennziffern

* WOP: Wohnortprinzip, gilt für Patienten die in Sachsen-Anhalt wohnen und in teilnehmenden Kassen versichert sind

** Ersatzkassenbereich: gilt für Ersatzkassen, Bundeswehr, Zivildienst, Bundespolizei, Feuerwehr, Polizei, PostbeamtenKK-A