

An alle

Vertragsärztinnen und Vertragsärzte

Der Vorstand

Ansprechpartner: Service-Center

Tel.: (030) 3 10 03 - 999

Fax: (030) 3 10 03 – 900

service-center@kvberlin.de

16. Oktober 2008

**Vergütung 2008: Übersicht über alle Kassen inkl. Knappschaft,
AOP-Knappschaft: OPS-Kodierung bei Begleitleistungen erforderlich
Impfvereinbarungen: einheitliche Abrechnungsnummern ab dem 01.10.2008
Alle AOP-Förderverträge 2008 beendet, besondere Förderung 2009 offen**

Sehr geehrte Damen und Herren,

mit der Knappschaft hat die KBV die Vergütung für 2008 vereinbart und mit den Ersatzkassen sind die letzten offenen Fragen abgestimmt. Die aktuelle Anlage informiert Sie über Punktwerte und Regelungen, die noch für 2008 gelten. Die Verträge sind wie immer für Sie auf der Internetseite der KV Berlin unter der Rubrik „Für die Praxis /Verträge und Recht“ bereitgestellt.

Die Knappschaftsvergütung 2008 erfolgt außerhalb Ihres Individualbudgets mit einem auf der Bundesebene errechneten Punktwert. Leistungen mit festen Punktwerten sind in der Übersicht genannt. Für das ambulante Operieren und die Begleitleistungen gelten bei der Knappschaft besondere Regeln, die auf der Rückseite beschrieben sind.

Impfen: bei der Knappschaft gelten für die Abrechnung ab 01.10.2008 die gleichen Nummern wie bei den anderen Kassen (s. Brief vom Juni 2008).

Mit allen Kassen enden unsere Verträge zum ambulanten Operieren zum 31.12.2008. Im Rahmen der völlig neu strukturierten Vergütung für 2009 ist es offen, ob es für AOP-Leistungen weiterhin besondere Förderungen gibt.

Für weitere Fragen stehen Ihnen die Mitarbeiter des Service-Centers der KV Berlin gerne telefonisch zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen



Dr. med. Uwe Kraffel
Stellv. Vorstandsvorsitzender



Burkhard Bratzke
Mitglied im Vorstand

Anlage: Tabellarische Übersicht der Vergütungsregelungen 2008, inklusive Knappschaft

Übersicht 2008

Verträge:

www.kvberlin.de

**Knappschaft
Vergütung
2008**

**Impfabrechnung
einheitlich**

**AOP-Verträge
2008 beendet**

☎ 31003-999

Nur für die Knappschaft 2008:

Besondere Regeln für ausgewählte AOP-Leistungen gemäß Katalog nach § 115b SGB V, für sonstige Leistungen gemäß Katalog nach § 115b SGB V und für Begleitleistungen:

Für Versicherte der Knappschaft ist für ausgewählte Leistungen ein Punktwert von 4,7 Cent vereinbart. Abweichend von den Regelungen mit den anderen Krankenkassen gilt dieser Punktwert

- bei ambulanten Operationen/Narkosen (aus EBM 31.2, 31.3 und 31.5) **nur** für Leistungen gemäß Abschnitt 1 des Kataloges zum Vertrag nach § 115b SGB V, die über die OPS-Kodierungen des Kataloges definiert sind,
- für die dazu gehörenden postoperativen Behandlungen nach EBM 31.4,
- für begleitende Leistungen der Pathologie und der intraoperativen Radiologie und
- für sonstige Leistungen gemäß Abschnitt 2 des Kataloges nach § 115b SGB V, die über die OPS-Kodierungen des Kataloges definiert sind, also für Gastroenterologie, Urologie, interventionelle Radiologie usw.

Bitte beachten Sie den Katalog der Leistungen (Anlage 4 zum Knappschaftsvertrag) auf der Internetseite der KV Berlin.

Für Leistungen, die nicht in Anlage 4 zum Knappschaftsvertrag aufgeführt sind, gilt diese Regel nicht, die Vergütung erfolgt aus der budgetierten Gesamtvergütung.

**OPS-Kodierung lt. Knappschaftsvertrag / Anlage 4
auch bei EBM 31.4, Pathologie und intraoperativer Radiologie**

Für die Steuerung der besonderen extrabudgetären Vergütung muss der Operateur bei einem Eingriff aus dem Knappschaftsvertrag, also bei Leistungen gemäß Abschnitt 1 oder 2 des Vertrages nach § 115b, auf der Überweisung an den Pathologen (ggf. den Radiologen) bzw. den nachbehandelnden Arzt für eine postoperative Behandlung gemäß EBM 31.4 die zutreffende OPS-Kodierung angeben.

Der auf diese Überweisung tätige Arzt muss bei allen entsprechenden Leistungen zusätzlich zur EBM-Nummer die richtige und vollständige Ziffern- und Buchstabenfolge der OPS-Kodierung, sowie die bei diversen Kodierungen vorgeschriebene Seitenangabe (L, R oder B) in den dafür vorgesehene KVDT-Feldern (Feldkennung 5035 für die OPS-Kodierung und Feldkennung 5041 für die Seitenangabe) eintragen. Notierungen der OPS-Kodierung an anderer Stelle als in den vorgesehenen Feldern 5035 und 5041 oder zusätzliche freie Textpassagen neben einer OPS-Kodierung sind nicht zulässig.

Wenn diese Kennzeichnung fehlt kann die Vergütung nur mit dem bundeseinheitlichen errechneten Knappschafts-Punktwert aus der budgetierten Gesamtvergütung erfolgen.

Bitte beachten Sie diese Hinweise ab dem 4. Quartal 2008. Über die rückwirkende Vergütung für die Quartale 1 bis 3 / 2008 werden wir Sie gesondert informieren.

Vergütungen 2008, Vertrag bzw. Abstimmungsstand Oktober 2008

Zusätzliche Förderung von Besuchen					
Bereiche / Vergütungen	BKKn	IKKn	AOK Berlin	EKn	Knappschaft
Besuche (bei EBM-Nummern ...)	01411 – 01413: Zuschlag 5 € pro Besuch Extrabudgetär <i>Neu:</i> auch für 01415	01410 – 01413: Förderung 0,7 Cent pro Punkt Extrabudgetär <i>Neu:</i> auch für 01415/05230	<i>Besuche „Nervenärzte in Heimen“:</i> Zuschlag max. 10 € p. Qu., Extrabudgetär <i>Neu:</i> auch bei 01415	Förderung von Besuchen 01410 und 01413, Betrag aus budgetierter Gesamtvergütung	Keine besondere Förderung
Wegepauschalen ...	aus budg. Gesamtvergütung	Extrabudgetär	Extrabudgetär	aus budg. Gesamtvergütung	aus budg. Gesamtvergütung
„Besuch examin. Hilfskräfte“ SNR 90005E	aus budg. Gesamtvergütung	Wegfall, wg. neuer Lstg. EBM 40240 / 40260	aus budg. Gesamtvergütung	---	---

OP-Leistungen mit Umfeldleistungen, Leistungen nach Katalog § 115 b SGB V – extrabudgetär-					
EBM-Bereiche	BKKn	IKKn	AOK Berlin	EKn	Knappschaft
Prä-OP , EBM 31.1 AOP EBM 31.2/ 31.3/ 31.5 Postop. Behandlung , EBM 31.4 Konserv. Leist. , EBM 31.6	errechneter PW 3,5 bis 3,3 Cent	I bis III / 08: 3,52 Cent IV / 08: 3,44 Cent	I u. II / 08: 2,81 bzw. 3,5 Cent III u. IV / 08: 2,81 bzw. 3,4 Cent	I / 08: 3,5 Cent II bis IV / 08: 3,41 Cent	4, 7 Cent / Katalog § 115b ACHTUNG – ABWEICHENDER KNAPPSCHAFTSVERTRAG: - nur für Leistungen gemäß Abschnitt 1 und 2 aus Katalog zum Vertrag nach § 115b SGB V (siehe Anlage 4 Knappschaft, www.kvberlin.de) - nicht für EBM 31.1. EBM 31.4 nur lt. Anlage 4 <i>Auch für</i> Pathologie 19210 bis 19313 und intraoperative Radiologie 34210 bis 34236, 34238 bis 34245, 34255 bis 34260, 34273, 34280 und 34281 und für Zuschlag 34287
div. EBM-Bereiche 01851, 01854, 01855, 01857, 01904 02300, bis 02302, 02321 06351, 06352 / 08311 09351, 09361, 09362 15321 bis 15323 / 26310, 26311, 26322 bis 26324, 26352 34283 bis 34286 / 34291 / 34294 / 34297	<i>Auch für 01904/01905 zuzügl. Narkose / Überwachung</i> <i>Auch für 01520 / 01530 / 01531</i>	<i>Auch für 01904/01905 zuzügl. Narkose / Überwachung und 01856</i> <i>Auch für 01520 / 01530 / 01531</i>			
div. AOP-Leistungen gemäß kassenspezifischen Katalogen der Struktur- bzw. Förderverträge	I / 08: „mit QS“ 4,45 Cent „ohne QS“ 4,35 Cent II bis IV/08: 4,45 bzw. 4,0 Cent	I bis III / 08: 4,45 Cent IV / 08: 4,34 Cent	I u. II / 08: 4,35 / 4,5 Cent III u. IV / 08: 4,25 / 4,4 Cent Katarakt: errechneter PW	I u. II / 08: 4,35 / 4,5 Cent Katarakt errechneter PW III u. IV / 08: 4,25 / 4,40 Cent	---

Vergütungen 2008, Vertrag bzw. Abstimmungsstand Oktober 2008

Präventionsleistungen aus dem EBM (extrabudgetär)					
EBM-Bereiche	BKKn	IKKn	AOK Berlin	EKn	Knappschaft
Früherkennung Kinder	4,2 Cent	4,62 Cent	4,04 Cent	4,02 Cent	4,7 Cent
Früherkenn. Erwachsene	4,2 Cent	4,62 Cent	4,04 Cent	4,02 Cent	4,7 Cent
Mutterschaftsvorsorge	4,2 Cent	4,62 Cent	4,04 Cent	3,92 Cent	4,7 Cent, ggf. 01700, 01701
mit Chlamydien screening ab II/08	4,20 Cent in Abstimmung	4,62 Cent	4,04 Cent	3,92 Cent	dito
Gesundheitsuntersuchung	4,2 Cent	4,62 Cent	3,65 Cent	4,0 Cent	4,7 Cent
Früherk. Hautkrebs ab III/08	4,2 Cent in Abstimmung	4,62 Cent	4,04 Cent (01746: 3,65 Cent)	4,02 Cent	4,7 Cent
Früherkennungskoloskopie	4,05 Cent	4,62 Cent	4,04 Cent	3,92 Cent	4,7 Cent

Gastroenterologie – extrabudgetär-					
EBM-Bereiche	BKKn	IKKn	AOK Berlin	EKn	Knappschaft
EBM-Nummern 04514, 04518/ 13410 bis 13412 / 13421 bis 13423 / 13430, 13431/ 30600, 30601	3,7 Cent	I bis III/08: 3,52 Cent IV/08: 3,44 Cent	I u. II/08: 2,81 bzw. 3,5 Cent III u. IV/08: 2,81 bzw. 3,4 Cent	I u. II / 08: 4,0 Cent III u. IV / 08: 3,9 Cent <i>30600 nur mit Zuschlag 30601</i>	4,7 Cent nicht jede EBM-Nummer, nur bei OPS-Kodierungen aus Katalog nach § 115b <i>30600 nur mit Zuschlag 30601</i>
Gastro.-Zusatzregelungen lt. jeweiliger Verträge	BKK und IKK: auch für 03331, 03332 / 04331 / 08333, 08334 / 13257, 13260 / 13400, 13402		---	13400, nur mit Zuschlag <i>13401 oder 13402</i>	---
	<i>BKK auch für 04511, 04513, 04515, 04516, 04520, in Verh.</i>	<i>IKK auch für 04511, 04513, 04515, 04516, 04520,</i>	---	Narkose, nur bei 13421 mit <i>Zuschlag 13423 und lt. EBM</i>	---
Früherkennungskoloskopie	4,05 Cent	4,62 Cent	4,04 Cent	3,92 Cent	4,7 Cent

Belegvergütung, extrabudgetär					
EBM-Bereiche	BKKn	IKKn	AOK Berlin	EKn	Knappschaft
Beleg-OP-Leistungen EBM 36.2/ 36.3/ 36.5	4,0 Cent	4,0 Cent	4,0 Cent	I u. II / 08: 4,35 / 4,5 Cent, Katarakt errechneter PW	4,7 Cent
Konserv. Belegleistg. EBM 36.6			3,5 Cent	III u. IV / 08: 4,25 / 4,4 Cent	4,7 Cent
sonstige Belegleistungen Belegarzt /Anästhesist (SUG 30/31)			3,5 Cent		4,7 Cent
Wegepauschalen, BD-Pauschale, sonstige EBM-Pauschalen lt. Vertrag	Extrabudgetär	Extrabudgetär	Extrabudgetär	Extrabudgetär	Keine besondere Regelung

Vergütungen 2008, Vertrag bzw. Abstimmungsstand Oktober 2008

Sonstige Leistungen aus EBM und Sonderregelungen (extrabudgetär, soweit nicht anders genannt)					
EBM-Bereiche	BKKn	IKKn	AOK Berlin	EKn I/08 wie 2007, ab II / 08:	Knappschafft
Methadonsubstitution	4,0 Cent	4,4 Cent	3,48 Cent	3,73 Cent	4,7 Cent
Verordn. medizin. Rehabil.	3,8 Cent	4,03 Cent	3,62 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
Soziotherapie	3,8 Cent	4,03 Cent	3,48 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
Verordn. Psychiatr. HKP	3,8 Cent	4,03 Cent	3,48 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
Polysomnographie	4,0 Cent	4,45 Cent	4,35 Cent	4,43 Cent	4,7 Cent
Akupunktur	4,2 Cent	47 € / 21 €	47 € / 21 €	30790: 4,23 Cent, befristete Genehm.: 3,76 Cent 30791: 4,17 Cent befristete Genehm.: 3,79 Cent	4,7 Cent
Schmerztherapie, EBM Nrn. 30702 und 30704)	4,6 Cent	4,7 Cent	30702: 50 €, (30702N: 40 €) 30704: 30 € -ggf. alle quotiert	30702: 4,80 Cent ab I / 08 30704: 3,96 Cent ab I / 08	5,0 Cent
Strahlentherapie, EBM 25	3,4 Cent	3,4 Cent	2,9117 Cent	3,96 Cent	4,7 Cent
MRT-Angiographien	3,9 Cent	4,03 Cent	3,73 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
PDT am Auge	3,9 Cent	4,03 Cent	3,86 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
Reproduktionsmedizin	3,8 Cent	4,03 Cent	3,64 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
Kurat. Vakuumstanzbiopsie	<i>Aus dem IB</i>	4,62 Cent	3,84 Cent	3,78 Cent	4,7 Cent
Home Care	37,35 €	46,02 € Neu: auch bei EBM 01413	37 €, <i>Wegfall der Regelung für Zuschlag–Abschlag</i>	35,79 € a aus budg. Gesamtvergütung	---
Psychotherapie , regionaler Mindest-Punktwert aus budg. Gesamtvergütung,	I / 08: 3,6545 Cent ab II / 08: 3,7952 Cent	I / 08: 3,6545 Cent ab II / 08: 3,7952 Cent <i>IKK Brandb. u. Berlin extrabudgetär</i>	I / 08: 3,6545 Cent ab II / 08: 3,7952 Cent	I / 08: 3,6545 Cent ab II / 08: 3,7952 Cent	regionaler Mindest-Punktwert extrabudgetär
AIDS-Zuschlag aus budg. Gesamtvergütung	61,36 €	61,36 €	45 €	I / 08: wie 2007, 76,69 € II bis IV / 08: 45 €	---
Chlamydienscreening ab II/08, außerh. Mutterschaftsvorsorge	4,20 Cent in Verh.	4,62 Cent	4,04 Cent	3,92 Cent	Keine besondere Regelung
Knappschafft Gutachten etc.	---	---	---	---	4,7 Cent für EBM 01610 sowie 01620 bis 01622
IKK-Home Check	---	<i>Wegfall zum 31.12.2008</i>	---	---	---