



**Gastroenterologievertrag nach § 73c / § 140a SGB V
Vertragsschulung**

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt



Grundlagen und Ziele der Selektivverträge

- gesetzliche Verpflichtung der Krankenkassen zu § 73b SGB V (Hausarztverträge)
- ab 23.07.2015 Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach § 140 a SGB V; bestehende § 73c- Verträge können weiter geführt werden.
- ➔ Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung (Schnittstelle HA-FA)
- Ärzte wünschen sich z. B.
 - mehr Zeit für Beratung, die besser honoriert wird
 - eine bessere Compliance von Seiten der Patienten
- Patienten wünschen sich z. B.
 - als Mensch und Experte Ihrer Erkrankung wahrgenommen zu werden
 - ausreichende und verständliche Informationen zu ihrem Krankheitsbild

- Spezielle Regelungen und Kriterien für die Teilnahme der Ärzte und Versicherten
- Verpflichtung zur Einhaltung besonderer Anforderungen und Leistungspflichten
- Spezielle Honorarsystematik
- Online-Abrechnungsprozess mit schneller Auszahlung und der Möglichkeit von Online-Nachabrechnungen.
- strukturierte Schnittstellen (z.B. Überweisungsmanagement...)
- Versorgungsrealität optimieren
- Struktureffekte z. B. durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung
- vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
- Reduzierung der AU-Zeiten
- Sozialer Dienst/Patientenbegleitung, Gesundheitsprogramme

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt



Vorteile für teilnehmende Ärzte

- Vergütung durchschnittlich zwischen 20 % und 40 % höher als bei der KV
- mehr Zeit, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung (z.B. durch zusätzliche Arzt- Patienten- Kontakte)
- keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung
- wirtschaftliche Sicherheit für die Praxen (z. B. durch feste planbare Vergütung)

Anforderungen an teilnehmende Ärzte

- strukturierte und leitliniengerechte Versorgung, z.B.
 - Weiterüberweisung/Weiterleitung immer unter Einbeziehung (Information) des Hausarztes
 - Vertreterregelung (Information der Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt)
- Sprechstundenangebot, Terminvergabe und Praxisprozesse, z.B.
 - eine Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) pro Woche
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen
 - Befundübermittlung an Hausarzt innerhalb von 3 Werktagen

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt

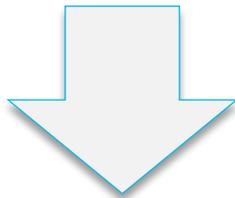


Teilnahmeberechtigt sind

- **Vertragsärzte**
 - Fachinternist mit oder ohne Schwerpunkt Gastroenterologie
 - **persönlich ermächtigte Ärzte**
 - dürfen Leistungen des Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer der persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen
 - **MVZ**
 - zur Teilnahme berechtigt, wenn Ärzte angestellt sind, die die Teilnahmebedingungen erfüllen. Teilnahmeantrag erfolgt durch die ärztliche Leitung des MVZ
- Bitte achten Sie bei einer BAG- oder MVZ-Teilnahme mit unterschiedlichen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen auf einen gleichzeitigen Teilnahmestart.

Die Teilnahmevoraussetzungen gliedern sich in

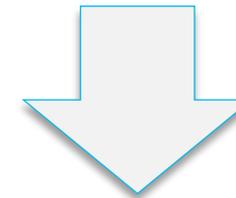
Persönliche Teilnahmevoraussetzungen



Sind vom teilnehmenden Arzt
selbst zu erfüllen
(z.B. Vertragsschulung)



Voraussetzungen Praxis/BAG/MVZ



Sind von der Praxis/BAG oder dem
MVZ zu erfüllen
(z.B. vertragskompatible IT)



Zusätzliche Voraussetzungen für die Abrechnung bestimmter Leistungen

Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg
(Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)
(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V
(Nachweis: Selbstauskunft)
- Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Koloskopien und Durchführung von mind. 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Arzt/Jahr
(Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)

Persönliche Teilnahmevoraussetzungen

- Durchführung von Gastroskopien
(Nachweis: KV-Abrechnung)
- Durchführung und Abrechnung von insgesamt mind. 600 Endoskopien
(Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr
(Nachweis: KV-Abrechnung)
- Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie
(gem. Anhang 1 zu Anlage 2)
- Besuch von Fortbildungen zu den beiden Themen CED und Hepatologie
(mit jeweils 8 CME Punkten pro Jahr)
(Nachweis: Fortbildungsnachweis jährlich einzureichen)
- Besuch von weiteren Fortbildungen zu gastroenterologisch relevanten
Themen (mit mindestens 5 CME Punkten pro Jahr)
(Nachweis: Fortbildungsnachweis jährlich einzureichen)

- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem
(AIS/Praxis-Softwaresystem)
(Nachweis: [Selbstauskunft](#))
- Vertragssoftware
(Nachweis: [Selbstauskunft](#) / [Bestätigungsformular](#))
- Online Key zur Datenübertragung
(Nachweis: [Selbstauskunft](#) / [Bestätigungsformular](#))

- **Abdominalsonographiegerät** (mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. §135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschall-diagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung.)
(Nachweis: [Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft](#))
- **Videoendoskopie** mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker
(Nachweis: [KV-Abrechnung, Abrechnung der Koloskopieziffer GOP 13421 im letzten verfügbaren Quartal](#))
- Vorhaltung von **Atemtestgeräten** (ggf. Gerätegemeinschaft)
(Nachweis: [Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft](#))
- **Schulung in Sedierung** (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie
(Nachweis: [Vorlage der Zertifikate, danach jährliche Stichproben durch Managementgesellschaft](#))

- Hygienekontrolle aller Endoskope mind. Halbjährlich
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)
- Externe Hygienekontrollen mind. eines Endoskops gem. KV-Koloskopievereinbarung
(Nachweis: halbjährliche Vorlage der Zertifikate bei der Managementgesellschaft)
- Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien
(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben der Qualitätskommission)
- Bei Gastroskopien und Koloskopien sedierter Patienten ist, entsprechend den Leitlinien, eine zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft zugegen.
(Nachweis: Selbstauskunft)

Voraussetzungen zur Abrechnung bestimmter Leistungen

- **Farbdopplersonographie** (Voraussetzung für Q3)
(Nachweis: KV-Abrechnung mit GOP 33075 oder 13300)
- **Teilnahme an der Onkologievereinbarung** (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) (Voraussetzung für P1d sowie Onko 1-3)
(Nachweis: KV Zulassung, KV-Registerauszug oder KV-Abrechnung)

Teilnahmeerklärungen

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V



Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine Erklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich!

Stammdaten Arzt

Einzelpraxis Berufsausübungsgemeinschaft(BAG) MVZ ermächtigter Arzt

LANR: HBSNR:

Nachname: Vorname:

Name MVZ:

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift): Telefon:

PLZ: Ort: Fax:

E-Mail Adresse:

Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)

Kreditinstitut:

IBAN (zwingend erforderlich): BIC (zwingend erforderlich):

Kontoinhaber:

Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder Baden-Württemberg e. V., des bng e.V. oder des BNFI e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,966 % erhoben. Verwaltungsg Gebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen:

- die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDI VERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übergeben und von mir an die Managementgesellschaft übermittelte Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten an die Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von V verarbeitet und genutzt.
- Die AOK erstelt durch den MEDI VERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der BSK BKK, des MEDI VERBUNDES, und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusatz Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertrags liegt.
- Die der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Ärztinnen und -Ärzten genutzt.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem § 73 c SGB V. Ich verpflichte mich sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass:

- die landesweit einheitliche Versicherteneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschrieben gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
- die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK einen Vertrag abgeschlossen hat (§ 29 Abs. 1);
- die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch per Telefax erfolgen;
- ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
- ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDI, kann;
- sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten Leistungen gegen den MEDI VERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
- der MEDI VERBUND das von der AOK geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen, ich dem MEDI VERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), te vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist mitzuteilen.

2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) ist Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)

Teilnahmeerklärung Bosh BKK

Ich möchte die Versicherten der Bosh BKK nach demselben und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodul installiert.

Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Vorgaben, die in der Teilnahmeerklärung mit der AOK Baden-Württemberg meine Teilnahmevoraussetzungen ändern, reiche ich Ihre Stammdatenänderungsformular ein.

Ich nehme zur Kenntnis, dass ich die erst dann wirksam am V, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbes. BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschaltet ist.

Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge: (Zutreffendes bitte ankreuzen)

- Gastroenterologie
 - Kardiologie
 - PNP
 - Orthopädie
 - Urologie
- Mit meiner Unterschrift erkläre ich die Einhaltung der Vertragsbedingungen gemäß § 140a mit der AOK ein Modul für die AOK. Ich verwende für die Vertragssoftware:

Datum: Unterschrift:

Straße: PLZ:

Wichtige Hinweise

- Eine Vertragssoftware ist **nicht** automatisch gleichzusetzen System (Praxissoftware). In der Regel müssen Sie Ihrem AIS-Anbieter bestellen, freischalten oder installieren.
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die vor dem Vertragsbeginn freigeschaltet ist.
- Ohne eine zugelassene Vertragssoftware können Sie a. keine Abrechnung für den jeweiligen Selektivvertrag durchführen, b. ggfs. eine Fehli-/Doppelabrechnung gegenüber der BKK vornehmen.
- Wir können Sie erst nach Erhalt dieser Bestätigung zum Vertragsbeginn informieren.

Bitte per Fax an 0711 - 12345678 oder per Post an die MEDI VERBUND AG, 12345678

Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V



Stammdaten

LANR (9-stellig): HBSNR:

Titel, Nachname, Vorname:

Verbandsmitgliedschaften

MEDI Baden-Württemberg e. V.

BNG

BNFI

Vertragssoftware

Ausstattung mit einer vertragspezifischen Software (BKK VAG BW Gastroenterologie)

Wichtige Hinweise

> Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionsfähiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsschreiben)

> Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arztinformationssystem

> Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAG BW Gastroenterologie-Vertrag zugelassen ist.

Datenübernahme (Verkürzte Teilnahmeerklärung)

Ich erkläre, dass ich auf Seite 2,3 und 4 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einem Gastroenterologievertrag gemäß § 73 c SGB V in Baden-Württemberg bereits auf aktuellem Stand vorliegen. Ich beauftrage die Managementgesellschaft hiermit diese Angaben für meine Teilnahme an diesem Vertrag zu übernehmen.

Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/ MVZ

Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem § 140a SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.

1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass:

- die landesweit einheitliche Versicherteneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
- die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit dem BKK Landesverband Süd einen sog. Beitragsvertrag abgeschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
- die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
- ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
- ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDI VERBUND kündigen kann;
- sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDI VERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
- der MEDI VERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
- ich dem MEDI VERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist unverzüglich mitzuteilen.

2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung

Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden:

- die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDI VERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAG Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelte Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 29 Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die Betriebskrankenkasse oder deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch den MEDI VERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDI VERBUNDES, und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusatz werden diese Daten an teilnehmende HZV Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.
- Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV Versicherten verarbeitet und genutzt.

Unterschrift Vertragsarzt
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis des MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

Markierte Felder sind Pflichtfelder

Seite 2, 3 und 4 der Teilnahmeerklärung bitte vollständig ausfüllen, wenn eine Datenübernahme aus einem anderen Vertrag (siehe Seite 1) nicht gewünscht oder nicht möglich ist.

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt



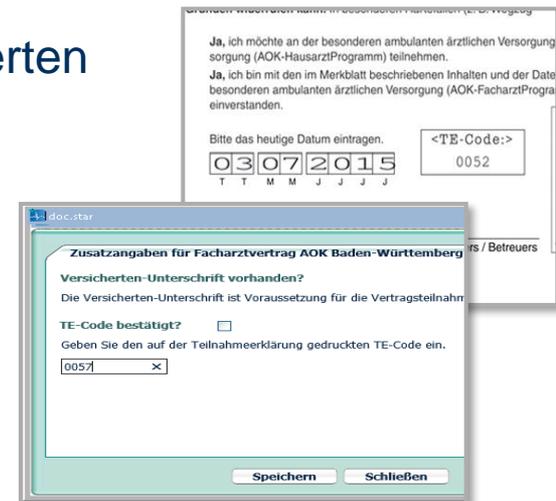
Vorteile für Versicherten

- Behandlungskordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
 - Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung
 - Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für Berufstätige pro Woche, z. B. bis 20.00 Uhr
 - Begrenzung der Wartezeit auf möglichst 30 min.
- Zuzahlungsbefreiung bei rabattierten Medikamenten für AOK Versicherte
- intensive ambulante Betreuung

- Teilnahmevoraussetzungen
 - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW
 - aktive Teilnahme an der HZV (→ Online-Teilnahmeprüfung)
- Einschreibung in die **gesamte Facharztebene der jeweiligen Krankenkasse** für mind. 12 Monate
 - **AOK BW** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Kinder- und Jugendpsychiatrie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie, Diabetologie, Nephrologie und Pneumologie
 - **Bosch BKK** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie, Psychiatrie, Neurologie, Psychotherapie, Orthopädie, Rheumatologie, Urologie und Pneumologie
 - **BKK VAG BW** derzeit: Kardiologie, Gastroenterologie und Psychotherapie
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf Überweisung HZV-Arzt
- aktuelles Merkblatt für Versichertenklärung verwenden

Online-Einschreibung

- Teilnahmeerklärung (TE) wird in Ihrer Vertragssoftware ausgefüllt.
- Ausdruck von 2 Exemplaren der TE mit aufgedrucktem vierstelligen Code neben dem Unterschriftenfeld.
- Beide Exemplare der TE werden vom Versicherten und vom Arzt unterschrieben.
- vierstelliger Code wird in Vertragssoftware eingegeben (zur Bestätigung für das Vorliegen der Unterschrift) und der Einschreibedatensatz an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG übermittelt.
- 1. Exemplar zur Aushändigung an den Versicherten (+ Merkblatt)
- 2. Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis (mind. 10 Jahre).



The image shows two overlapping screenshots of a software interface. The top screenshot is a printed form titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It contains the following text: 'Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.' and 'Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Date besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgra einverstanden.' Below this, it says 'Bitte das heutige Datum eintragen.' and shows a date selection grid with '03 07 2015' selected, corresponding to 'T T M M J J J J'. To the right, there is a field labeled '<TB-Code:>' with the value '0052' entered. The bottom screenshot is a software window titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It asks 'Versicherten-Unterschrift vorhanden?' and 'TE-Code bestätigt?' with an unchecked checkbox. Below, it says 'Geben Sie den auf der Teilnahmeerklärung gedruckten TE-Code ein.' and shows a text input field containing '0052'. At the bottom of the window are buttons for 'Speichern' and 'Schließen'.

Einschreibefristen

- je nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Krankenkasse ist Versicherter im nächsten oder übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm eingeschrieben
→ (Stichtage 01.02., 01.05., 01.08., 01.11.)
 - Teilnahmeerklärung bis zum Stichtag bei der Krankenkasse
 - Versicherter im Folgequartal aktiv im FacharztProgramm
 - Teilnahmeerklärung nach dem Stichtag bei der Krankenkasse
 - Versicherter im übernächsten Quartal aktiv im FacharztProgramm
- jedes Quartal **Online-Teilnahmeprüfung** durchführen

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt



SANE:

Abrechnung über den Facharztvertrag sofort nach Einschreibung des Versicherten noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm.

➤ Voraussetzungen zur SANE:

- der Versicherte nimmt bereits aktiv an der HZV teil
- der Arzt muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i.R. der Teilnahmeerklärung)

Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)

Sind die Voraussetzungen zur SANE erfüllt, können **alle Leistungen des gesamten Quartals** über den Facharztvertrag (FAV) abgerechnet werden sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist.

Bsp: **Einschreibung 15.03.**
→ **alle Leistungen in Q1**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **alle Leistungen in Q2**
können über den FAV
abgerechnet werden

→ **aktive Teilnahme in Q3**

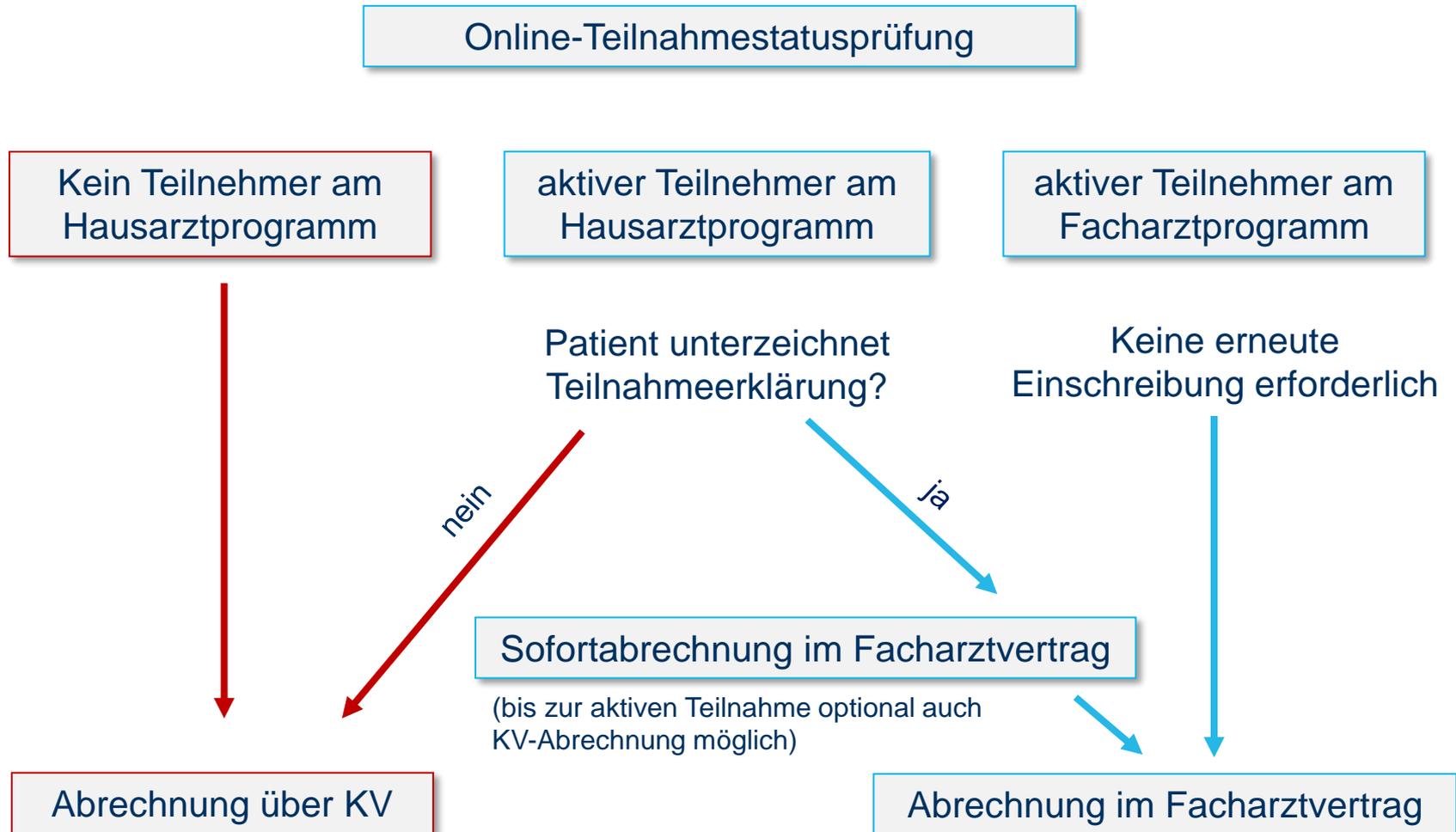


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

spätestens nach 2 Quartalen aktive Teilnahme, wenn nicht:
Reduzierung der Vergütung Q1 und Q2 um 15%

Wichtige Informationen zur SANE

- Abrechnung des Versicherten für ein Quartal erfolgt entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder über KV
- Versicherter kann **max. 2 Quartale** (Einschreibequartal und Folgequartal) über SANE abgerechnet werden
- die Voraussetzungen zur SANE müssen erfüllt sein → sonst Ablehnung der Sofortabrechnung
- Einschreibeverfahren, Abrechnungs- und Auszahlungsprozesse bleiben unverändert



Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt





- Prüflauf (Prüfung der Abrechnung durch Vertragssoftware)
- Übermittlung der Abrechnungsdaten elektronisch via Vertragssoftware + Online-Key
- Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG
- Prüfung durch MEDIVERBUND AG (Managementgesellschaft), Gegenprüfung durch Kasse
- Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG (Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni)



- Online-Datenübertragung auf höchster Sicherheitsstufe

Vertragssoftware (Modul)

- Einschreibung der Versicherten
- Dokumentation und Abrechnung der Vergütungspositionen gemäß Vertrag
- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Bestimmte Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten
- Standardisierte Befundbriefe

Rechenzentrum

- Verschlüsselte Daten kommen an und werden entschlüsselt

Datenübermittlung an MEDIVERBUND

- Informationen über abrechnenden Arzt (z.B. BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Telefon, Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (z. B. KBV Prüfnummer, System-ID, Name, Version) und Informationen zum Kern (z. B. Kern-ID, Name, Version)
- Vertragsidentifikator (Kardiologie-Vertrag)
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z. B. Pat.-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geb.-Datum, Geschlecht, Kassen-IK, Vers.-Nr., Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (z. B. Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisierung, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (z. B. Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

Verarbeitung der Daten

- Abrechnungsprüfung (z.B. Arzt und Patient Vertragsteilnehmer, Plausibilitätsprüfung)
- Ersetzung und Erzeugung von Ziffern und Zuschlägen
 - Ermittlung des Abrechnungsbetrages

Datenübermittlung an AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW

- LANR, BSNR
- Angaben zum abgerechneten Patienten (z.B. Patienten-ID, Name, Adresse, Geburtsdatum, Versichertennummer)
- Abrechnungsdaten: Abrechnungsziffern, ICD-10 Diagnosen, Art der Inanspruchnahme
- **keine** Informationen über Medikamentenverordnungen

Auszahlungsprozess

- Die MEDIVERBUND AG übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW, wo sie erneut geprüft werden.
- Ermittlung des mit der AOK BW/Bosch BKK/BKK VAG BW abgestimmten Abrechnungsbetrages
- Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten
 - **Abschlagszahlungen** und
 - **Schlusszahlung**
- Die Abschlagszahlungen erfolgen *
 - **monatlich** in Höhe von **29,00 € pro P1** des vorangegangenen Abrechnungsquartals
 - im laufenden Abrechnungsquartal

* nicht im BKK VAG BW-Vertrag

Verwaltungskosten und Einschreibepauschale

- **Verwaltungskosten**
 - **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BNK, BNFI
 - **4,165 %** für Nichtmitglieder
- **Einschreibepauschale**
 - **einmalig 357 €** für alle (max. 714 € pro HBSNR)
 - Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums
- **Kosten IT**
 - erfahrungsgemäß ca. 60 - 100 € im Monat

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
- 7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik**
8. Internetauftritt



Dokumente für die Abrechnung

- diese Dokumente finden Sie unter www.medi-verbund.de
- Gesamtziffernkranz (GZK) / Ziffernkranz (jeweils Anlage 12 Anhang 1) :
 - legt den Leistungsumfang des Vertrages fest (Abgrenzung KV- und Vertragsabrechnung)
 - nicht aufgelistete EBM-Ziffern sind für teilnehmende Versicherte weiterhin über KV abrechenbar

EBM-Grunddaten				HZV	Kardiolo	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	Anmerkung	Anmerk	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch ermächtigte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I	01.10.2017	Anmerkung geändert	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01412	Dringender Besuch II									
01413	Besuch eines weiteren Kranken									
01414	Visite auf der Belegstation, j									
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen									
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport									
01430	Verwaltungskomplex									

BKK VAG Mein Facharzt Modul Gastroenterologie: Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Gastroenterologie Q3/2016	
GOP	Beschreibung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II
01102	Inanspruchnahme an Samstagen
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser
01410	Besuch
01411	Dringender Besuch I
01412	Dringender Besuch II
01413	Besuch eines weiteren Kranken
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport
01430	Verwaltungskomplex

Dokumente für die Abrechnung

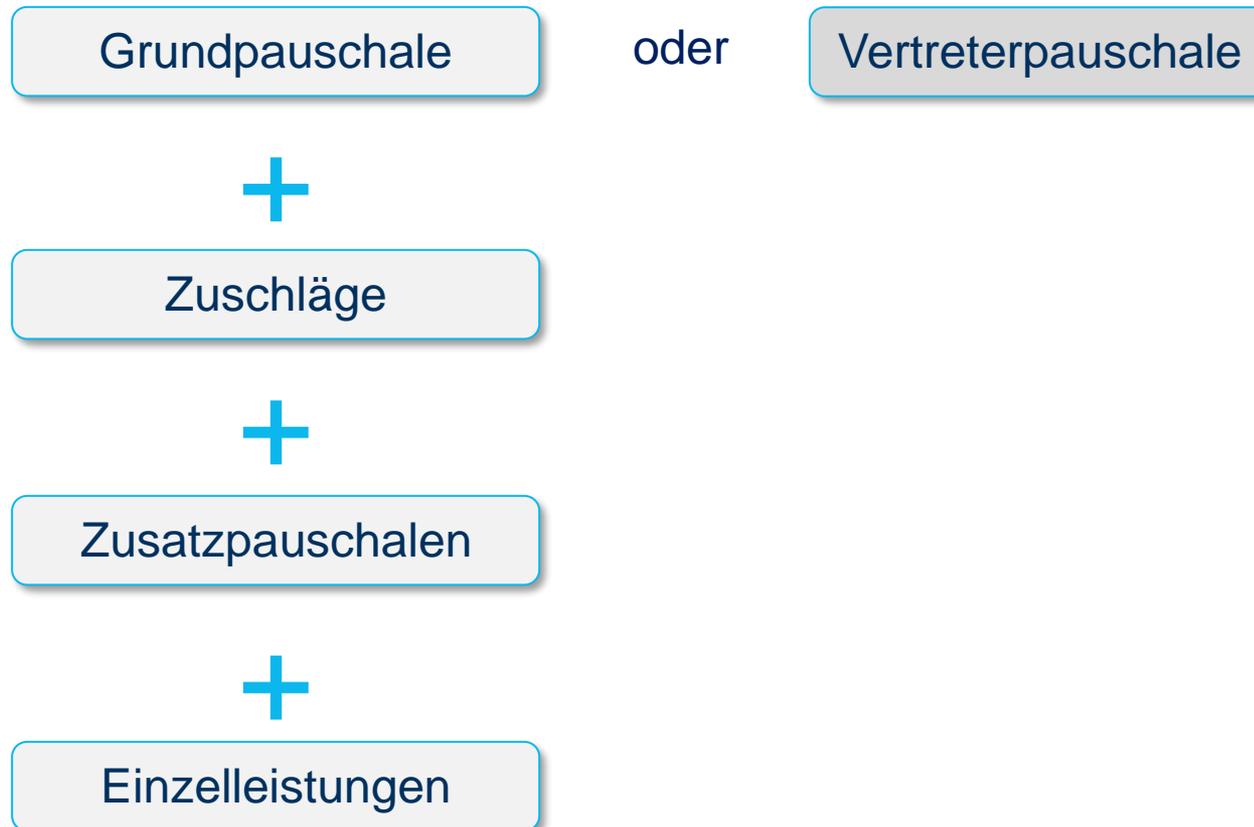
- Vergütung (Anlage 12)
 - enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
I. Pauschalen			
Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.			
Grundpauschale P1	Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien Hausarzlebene: <ul style="list-style-type: none"> • körperlicher Status erheben • familiäre Anamnese Darmerkrankungen • Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme) 	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Ausnahmen:	32,00

- ICD-Liste (Anlage 12 Anhang 2)
 - Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
A06.4	Leberabszess durch Amöben		
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum		
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und Coma hepaticum		
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum		
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum		
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum		

ICD 10	Klartext	Kreuz-Stern-Diagnose, abrechenbar nur in Verbindung mit	Pauschale
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen		P1a
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation		P1a
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung		P1a
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung		P1a
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Angabe einer Blutung	K70-K71, K74, B65	P1a



Legende

- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK VAG BW-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK VAG BW-Vertrag
-  wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet
-  wird bei Abrechenbarkeit/ Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt
-  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen
gem. Anhang 2 zu Anlage 12
-  nur abrechenbar bei Vorliegen der Diagnosen
gem. Anlage 12 - Vergütungsregeln
-  Fernbehandlung möglich
-  Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter
-  zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

Grundpauschalen und Zuschläge

P1 Grundpauschale (1x/Quartal)

   32,00 €
40,00 €

+ **Q1** Pharmakotherapie

  4,00 €

+ **Q3** Farbdoppler

   2,00 €

P1UE additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt

   10,00* €

oder **V1** Vertreterpauschale

   17,50 €

*Bosch BKK 5,00 €



Telemedizinische Kontakte sind mit der Ziffer "FBE" zu dokumentieren.

Zusatzpauschalen und Zuschläge

P1a CED	   	27,00 €
P1b Hepatitis/Oberbauch	   	38,00 € 44,00 €
+ Q4 Strukturzuschlag für EFA® auf P1a und P1b	  	10,00* €
P1c Karzinome	 	22,50 € 26,00 €

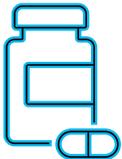
*BKK VAG 10,00 €
Bosch BKK 5,00 €

Einzelleistungen

E1a Gastroskopiekomplex	 122,00 € 124,00 €
E1b Zuschlag Polypektomie	 28,00 €
E2a Koloskopiekomplex	 229,00 € 238,00 €
E2b Zuschlag Polypektomie	 55,00 €
E2c Zuschlag Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)	 40,00 €
E2d Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragendem Polyp)	 15,00 €
E3 Präventionskoloskopie ohne P1!	 245,00 € 249,00 €
E4 Sigmoidoskopiekomplex	 50,00 €
E5a Therapeutische Proktoskopie (Ligatur)	 18,50 €
E5b Therapeutische Proktoskopie (Sklerosierung)	 9,50 €

Einzelleistungen

E6a Sachkostenpauschalen Clip		75,00 €
E6b Sachkostenpauschalen Nadel		7,20 €
E6c Sachkostenpauschalen Loop		68,00 €
E6d Sachkostenpauschalen C13 Atemtest		11,20 €
E7d Praxisklinische Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie		53,00 €
E8 Histologie bei Früherkennungskoloskopie		13,46 €



Bitte beachten: Vergütungspauschalen Koloskopie (E2a und E3)
inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel)

Onkologie (abrechenbar bei Teilnahme an der Onkologievereinbarung)

P1d Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	  	31,27 €
Onko 1 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	  	28,15 €
Onko 2 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	  	210,37 €
Onko 3 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	  	210,37 €
Onko 4 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	  	105,20€
E7a Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 2 h	  	53,00 €
E7b Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 4 h	  	101,00 €
E7c Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 6 h	  	148,00 €

Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C

- Pro Patient eine der Pauschalen Z1 bis Z7 abrechenbar, gem. Anhang 5 zu Anlage 12, Mindestalter zur Behandlung 18 Jahre

Z1 Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast \leq 800.000 I.E. RAV-Test negativ	  	50,00 €
Z2 Aufklärungsgespräch GT1a, Viruslast \leq 800.000 I.E. RAV-Test positiv	  	50,00 €
Z3 Aufklärungsgespräch GT1a, Viruslast $>$ 800.000 I.E. RAV-Test negativ	  	50,00 €
Z4 Aufklärungsgespräch GT1a, Viruslast $>$ 800.000 I.E. RAV-Test positiv	  	50,00 €
Z5 Aufklärungsgespräch, GT1b	  	50,00 €
Z6 Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast \leq 800.000 I.E.	  	50,00 €
Z7 Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast $>$ 800.000 I.E.	  	50,00 €

Therapie mit **Zepatier** bei chronischer Hepatitis C

Z8 NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing	 	150,00 €
Z9 Adhärenzgespräch Zepatier	   	20,00 €
Z10 Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung	 	30,00 €
Z11 Abschlussgespräch Zepatier 1 nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	 	30,00 €
Z12 Abschlussgespräch Zepatier 2 Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12	 	40,00 €

Therapie mit **Maviret**

- Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 bis M14 oder M20 bis M33 abrechenbar, gem. Anhang 6 zu Anlage 12
- Mindestalter zur Behandlung 12 Jahre

M1 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M2 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M3 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M4 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M5 Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M6 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit **Maviret**

M20	Aufklärungsgespräch GT1a, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M21	Aufklärungsgespräch GT1b, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M22	Aufklärungsgespräch GT2, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M23	Aufklärungsgespräch GT4, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M24	Aufklärungsgespräch GT5, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M25	Aufklärungsgespräch GT6, therapienaiv mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit Maviret

M26	Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M27	Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M28	Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M29	Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M30	Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M31	Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M13	Aufklärungsgespräch GT3, therapienaiv, ohne Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit **Maviret**

M34	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M32	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, ohne Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M33	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
M16	Adhärenzgespräch, additiv zu P1b, 1x/Tag, pro Patient bis zu 2x bei M1-M6/M13, 3x bei M7-M12/M14, 4x bei M15)*	    	20,00 €
M17	Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	 	30,00 €
M18	Abschlussgespräch 1- nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht) (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	 	30,00 €
M19	Abschlussgespräch 2- Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12 (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	 	40,00 €

Therapie mit Epclusa

- Bei gesicherter Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C) pro Patient eine der Pauschalen EP1 bis EP28 abrechenbar, gem. Anhang 10 zu Anlage 12
- Mindestalter zur Behandlung 6 Jahre

EP1 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP2 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP3 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP4 Aufklärungsgespräch GT3, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP5 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP6 Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP7 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit Epclusa

EP8 Aufklärungsgespräch GT1a, mit kompensierter Zirrhose bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP9 Aufklärungsgespräch GT1b, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP10 Aufklärungsgespräch GT2, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP11 Aufklärungsgespräch GT3, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP12 Aufklärungsgespräch GT4, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP13 Aufklärungsgespräch GT5, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP14 Aufklärungsgespräch GT6, mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit Epclusa

EP15 Aufklärungsgespräch GT1a, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP16 Aufklärungsgespräch GT1b, mit dekompensierter Zirrhose bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP17 Aufklärungsgespräch GT2, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP18 Aufklärungsgespräch GT3, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP19 Aufklärungsgespräch GT4, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP20 Aufklärungsgespräch GT5, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP21 Aufklärungsgespräch GT6, mit dekompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit Epclusa

EP22 Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP23 Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP24 Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP25 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP26 Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP27 Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
EP28 Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

Therapie mit Epclusa

EP29 Adhärenzgespräch 3 oder 6 mal bei Abrechnung EP1-21 (bis zu 3x pro Patient additiv zu P1b) bei Abrechnung EP22-28 (bis zu 6x pro Patient additiv zu P1b)	   20,00 €  
EP30 Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	   30,00 €
EP31 Abschlussgespräch-nach erfolgter Therapie (SVR12 erreicht) nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	   30,00 €
EP32 Abschlussgespräch-Beratung zu weiteren Operationen bei nicht erreichter SVR12 nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	   40,00 €

Elektronisches Korrekturverfahren

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
- Wichtig ist hierbei, dass Sie immer den gesamten Behandlungsfall erneut übermitteln und nicht nur die einzelnen Leistungsziffern, die Sie korrigieren möchten. Der bisherige Datensatz (Leistungen/Diagnosen) wird dann für diesen Behandlungsfall komplett durch die neu übermittelten Daten ersetzt.



- Laborleistungen, die im (Gesamt-) Ziffernkranz (GZK) abgebildet sind, dürfen bei eingeschriebenen Patienten nicht mehr über den 10A- oder 10er- Schein angefordert werden.
 - Das Labor kann diese Laborleistungen nicht über die KV abrechnen, sondern stellt diese der überweisenden Praxis in Rechnung.
 - Die Anforderung erfolgt über ein vorab mit dem Labor geregeltes individuelles Verfahren.
- Laborleistungen, die nicht im GZK aufgeführt sind, werden weiterhin über den 10A- oder 10er- Schein (analog zu nicht eingeschriebenen Kassenpatienten) angefordert.
- Die Pseudo-GOP (88192) zur Berechnung des Wirtschaftlichkeitsbonus kann über die KV abgerechnet werden.

Agenda

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Versicherteneinschreibung
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt



MEDI VERBUND GEMEINSAM. STARK. GESUND.

Home **Leistungen** Über MEDI Blog

- Politische Vertretung
- Verträge & Abrechnung**
- Fortbildungen & Veranstaltungen
- MVZ
- Versicherungen

Facharztverträge Hausarztverträge Themenseite Coronavirus IT-Vernetzung

Gastroenterologie

- Teilnahmeerklärung
AOK BW / Bosch BKK
[Herunterladen](#)
- Abrechnungsunterlagen
AOK BW / Bosch BKK
[Mehr erfahren](#)
- Elektronische Arztvernetzung
AOK BW
[Mehr erfahren](#)

- Allgemeine Informationen und Formulare
- Einstellungen**
- Ansprechpartner
Angie Becker

Filter

☰ Bosch BKK ☰ DAK Gesundheit

- Gastroenterologie**
AOK BW
[Mehr](#)
- Diabetologie
DAK Gesundheit
[Mehr](#)

- Hier stehen Ihnen alle Dokumente den Facharztvertrag betreffend (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung) in digitaler Form zur Verfügung.
- Hier können Sie Ihre, bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderung zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen.
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket.

Anmelden

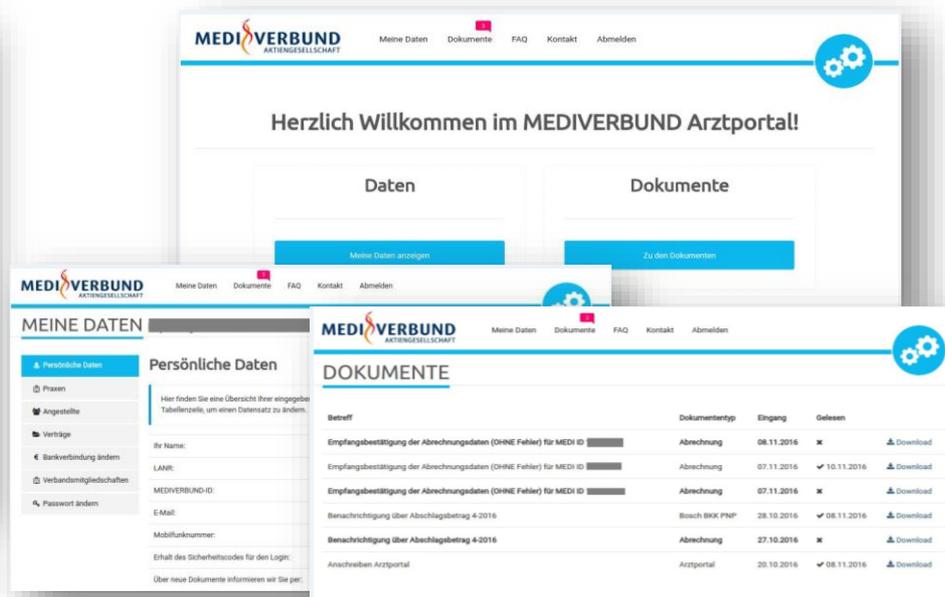
Der Zugriff auf das MEDIVERBUND Arztportal steht nur Teilnehmern der MEDIVERBUND Facharztverträge zur Verfügung. Setzen Sie sich bitte mit unserem Support in Verbindung, wenn Sie keine Zugangsdaten erhalten haben.

MEDIVERBUND-ID

Passwort

An mich erinnern

[Anmelden](#) [Passwort vergessen?](#)



The screenshot displays the MEDIVERBUND Arztportal interface. At the top, there is a navigation bar with the logo and links for 'Meine Daten', 'Dokumente', 'FAQ', 'Kontakt', and 'Abmelden'. The main content area features a welcome message 'Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!' and two primary buttons: 'Meine Daten anzeigen' and 'Zu den Dokumenten'. Below this, there are three overlapping panels. The 'MEINE DATEN' panel shows a sidebar with 'Persönliche Daten' selected, containing fields for Name, LANR, MEDIVERBUND-ID, E-Mail, and Mobilfunknummer. The 'DOKUMENTE' panel shows a table of documents with columns for 'Betreff', 'Dokumententyp', 'Eingang', and 'Gelesen'. The table contains several rows of document entries, including 'Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID' and 'Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016'.

Betreff	Dokumententyp	Eingang	Gelesen
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [redacted]	Abrechnung	08.11.2016	✘
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [redacted]	Abrechnung	07.11.2016	✔ 10.11.2016
Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [redacted]	Abrechnung	07.11.2016	✘
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Bosch BKK PNP	28.10.2016	✔ 08.11.2016
Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016	Abrechnung	27.10.2016	✘
Anschreiben Arztportal	Arztportal	20.10.2016	✔ 08.11.2016

Herzlich Willkommen auf der MEDIVERBUND Arztsuche!

Wir bieten Ihnen auf dieser Internetseite die Möglichkeit, Ärzte oder Psychotherapeuten zu suchen, die an Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Wählen Sie dazu entweder Hausärzte oder Fachärzte aus, anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige Fachgebiet auswählen.

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten

Hausärzte

Fachärzte

Zur Suche

Zur Suche

HAUSÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Hausärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse aus, einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + GWQ (Mercedes-Benz BKK)

Fachärzte

Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus. Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeut finden.

Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.

HAUSÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg
- Hausarztvertrag
- Kinderärzte
- + Bosch BKK
- + BKK Baden-Württemberg

Nachname

Postleitzahl

70374

Leistungen

Nur Praxen suchen, die an der elektronischen Vernetzung teilnehmen

Suchen

Radius (km)

5 km

FACHÄRZTE

- AOK Baden-Württemberg

Gastroenterologie

Kardiologie

Neurologie

Ansprechpartner bei den Krankenkassen

➤ Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unser Internetseite

AOK BW / Bosch BKK

Gastroenterologie



Teilnahmeerklärung

AOK BW / Bosch BKK

[> Herunterladen](#)



Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag



Teilnahmeerklärung

AOK BW / Bosch BKK

[> Herunterladen](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

AOK

AOK-Ansprechpartner vor Ort (Arzt-Partner-Service)



AOK-Ansprechpartner beim Sozialen Dienst



Teilnahmeerklärung

BKK VAG BW

[> Herunterladen](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertragsunterlagen

Anlagen zum Vertrag

Ansprechpartner bei der Krankenkasse

Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen im Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V, Stand 01.01.2021



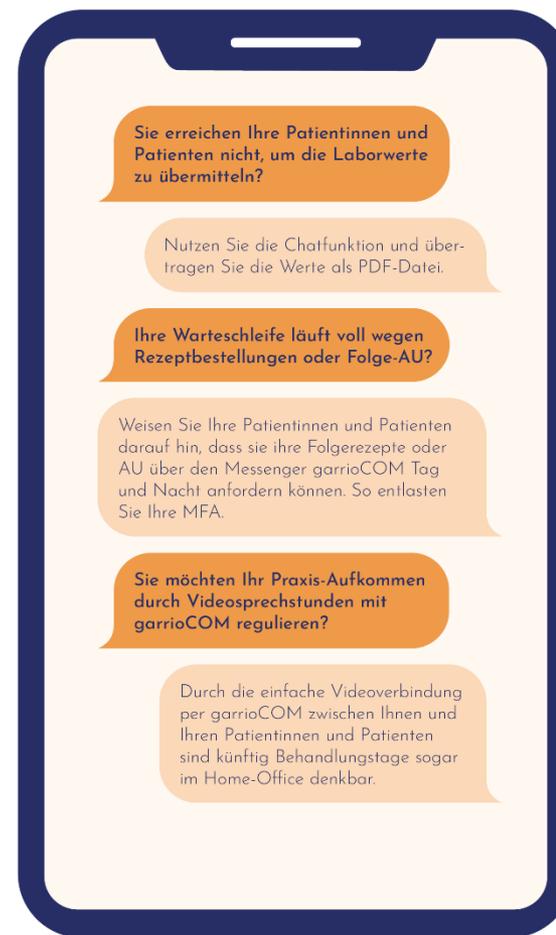
Abrechnungsunterlagen

BKK VAG BW

[> Herunterladen](#)

garrioCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

Nutzen Sie die neue App garrioCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.



9 IHRE VORTEILE:

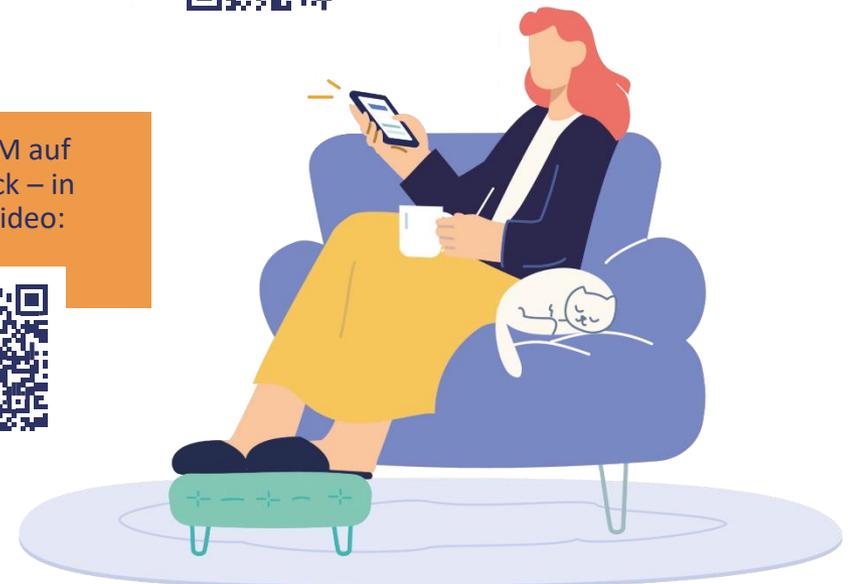
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteams entwickelt



Bestellen Sie garrioCOM unter www.garrio.de/bestellung.
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:





MEDI-Blog

Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
[**blog.medi-verbund.de**](https://blog.medi-verbund.de)



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
[**blog.medi-verbund.de/newsletter/**](https://blog.medi-verbund.de/newsletter/)



MEDI Verbund goes Facebook

[**facebook.com/mediverbund**](https://facebook.com/mediverbund)



Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter

[**twitter.com/mediverbund**](https://twitter.com/mediverbund)

YouTube



Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!
[**medi-verbund.de/youtube**](https://medi-verbund.de/youtube)



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**