

# **Gastroenterologievertrag nach § 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

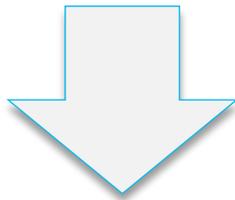


## Teilnahmeberechtigt sind

- **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

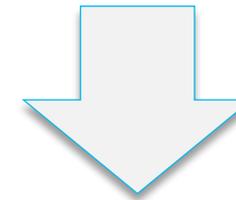
## Persönliche Teilnahmevoraussetzungen



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 (9-stellig) HBSNR (4-stellig)  Mitglied in  Mitglied in  Mitglied in

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 in Baden-Württemberg e. V., des bng e. V. oder des BNFI e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,565 % erhoben. Verwaltungskosten betragen 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 und genutzt.
- Die AOK 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 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 Vertragssoftware veröffentlicht.
- Die der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudo-anonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten 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.

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass:
  - die landesweit einheitliche Verschreibenschrift erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene Vertragsärzte (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 3);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK einen Vertrag abgeschlossen hat (§ 25 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 Erbringung und Abrechnung von Leistungen insbesondere zur Verschreibenschrift (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung 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 Leistungen gegen den MEDI VERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer bei Doppel- und Fehlabrechnung 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 überwieset. 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) teile vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis vom Eintritt der Änderung erlangen, ist dies unverzüglich mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und abgegebene Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt  
Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Arztpraxis

Datum (TT.MM.JJ)

## Teilnahmeerklärung Bosch BKK

Ich möchte die Versicherten der Bosch BKK nach demselben Verfahren und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodell erhalten lassen.

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 erst dann wirksam am Vertrag bin, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbes. BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigelegt werden.

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

- Gastroenterologie Mit meiner Unterschrift einer gültigen Vertragsformulär für die AOK
- Kardiologie Ich verwende für die Vertragssoftware:
- PNP
- Orthopädie
- Urologie

Datum \_\_\_\_\_ Unterschrift \_\_\_\_\_

Straße \_\_\_\_\_ PLZ \_\_\_\_\_

### Wichtige Hinweise

- Eine Vertragssoftware ist **nicht** automatisch gleichzusetzen (Praxissoftware). In der Regel müssen Sie Ihrem AIS-Anbieter bestellen, freischalten oder installieren.
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der AOK zugelassen ist.
- Die derzeit gültige Vertragssoftware ist auf der Internetseite der AOK zu finden.
- Ohne eine zugelassene Vertragssoftware können Sie:
  - keine Abrechnung für den jeweiligen Selektivvertrag durchführen,
  - ggfs. eine Fehl-/Doppelabrechnung gegenüber der BKK vornehmen.
- Wir können Sie erst nach Erhalt dieser Bestätigung zur Teilnahme erlauben.

Bitte per Fax an 0711 - 140000 oder per Post an die MEDI VERBUND AG, 70509 Stuttgart

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



**Stammdaten**

LANR (9-stellig) HBSNR (4-stellig)

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 funktionstüchtiger 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 bestätige, dass die 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.

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass:
  - die landesweit einheitliche Verschreibenschrift erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 3);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit dem BKK Landesverband Süd einen sog. Bereitstellungsvertrag 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 Verschreibenschrift (§ 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 bei Doppel- und Fehlabrechnung ist mir bekannt;
  - der MEDI VERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überwieset. 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 vom Eintritt der Änderung erlangen, ist dies unverzüglich mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebene 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 übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 26a 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 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 pseudo-anonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten 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

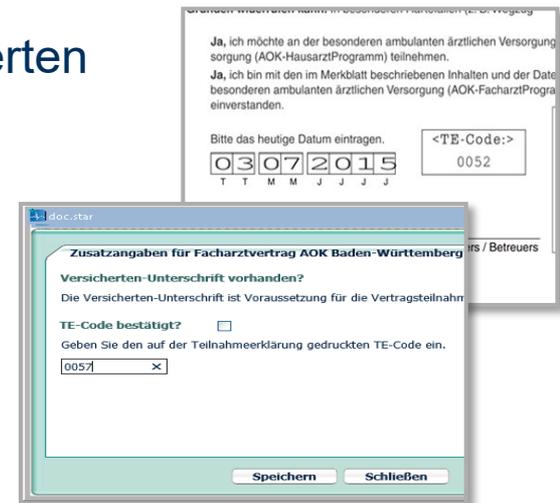
- Behandlungskordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
  - Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag
  - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung
  - Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für 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

# Versicherteneinschreibung

- Teilnahmevoraussetzungen
  - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd
  - 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 LV Süd** 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 from a software interface. The top screenshot is a printed form titled 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It contains a section for the patient's signature with a date selection field showing '03 07 2015' (T T M M J J J J) and a '<TE-Code:>' field with the value '0052'. The bottom screenshot is a software window titled 'doc:star' with the subtitle 'Zusatzangaben für Facharztvertrag AOK Baden-Württemberg'. It asks 'Versicherten-Unterschrift vorhanden?' and 'TE-Code bestätigt?' with a 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 are 'Speichern' and 'Schließen' buttons.

# 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**

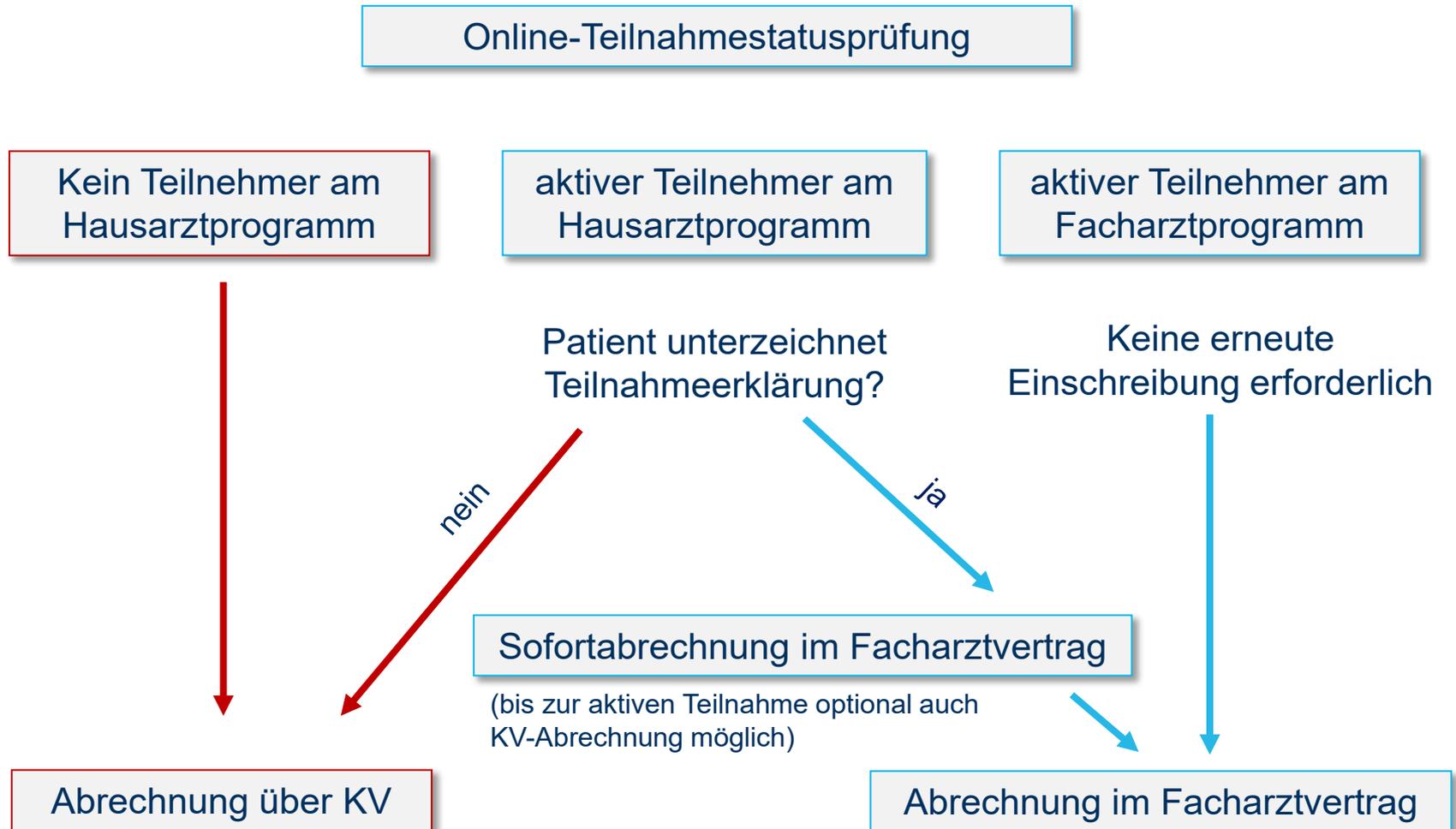


SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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



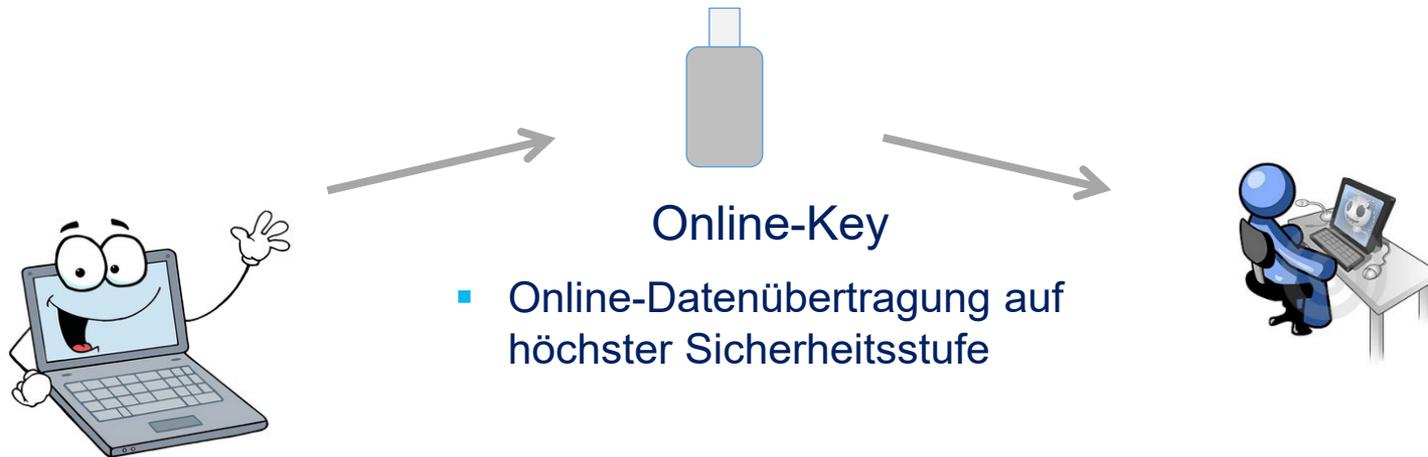
# Agenda

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

- 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 (Gastroenterologie-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 LV Süd

- 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 LV Süd, wo sie erneut geprüft werden.
- Ermittlung des mit der AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd 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 LV Süd-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](http://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	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Honorierung geändert	obligatorisch	obligator	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Bezeichnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatoris ermächtigte	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01410	Besuch			obligatorisch	obligator	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01411	Dringender Besuch I	01.10.2017	Anmerkung geändert	obligatorisch	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01412	Dringender Besuch II									
01413	Besuch eines weiteren Kranken									
01414	Visite auf der Belegstation									
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
<b>I. Pauschalen</b>			
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  <b>Hausarztbene:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• körperlicher Status erheben</li> <li>• familiäre Anamnese Darmerkrankungen</li> <li>• Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)</li> </ul>	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> <li>• eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und</li> <li>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</li> </ul> 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 LV Süd-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK LV Süd-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

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

\*BKK LV Süd 10,00 €  
Bosch BKK 5,00 €

# Einzelleistungen

<b>E1a</b> Gastroskopiekomplex		124,00 €
<b>E1b</b> Zuschlag Polypektomie		28,00 €
<b>E2a</b> Koloskopiekomplex		232,00 € 238,00 €
<b>E2b</b> Zuschlag Polypektomie		55,00 €
<b>E2c</b> Zuschlag Laservaporisation/Argon-Plasma Koagulation(en)		40,00 €
<b>E2d</b> Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragendem Polyp)		15,00 €
<b>E3</b> Präventionskoloskopie ohne P1!		250,00 € 249,00 €
<b>E4</b> Sigmoidoskopiekomplex		50,00 €
<b>E5a</b> Therapeutische Proktoskopie (Ligatur)		18,50 €
<b>E5b</b> Therapeutische Proktoskopie (Sklerosierung)		9,50 €

# Einzelleistungen

<b>E6a</b> Sachkostenpauschalen Clip		75,00 €
<b>E6b</b> Sachkostenpauschalen Nadel		7,20 €
<b>E6c</b> Sachkostenpauschalen Loop		68,00 €
<b>E6d</b> Sachkostenpauschalen C13 Atemtest		11,20 €
<b>E7d</b> Praxisklinische Betreuung bei monoklonaler Antikörpertherapie		53,00 €



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

## Onkologie (abrechenbar bei Teilnahme an der Onkologievereinbarung)

<b>P1d</b> Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	  	32,47 €
<b>Onko 1</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	  	29,23 €
<b>Onko 2</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	  	218,47 €
<b>Onko 3</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	  	218,47 €
<b>Onko 4</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	  	109,23€
<b>E7a</b> Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 2 h	  	53,00 €
<b>E7b</b> Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, > 4 h	  	101,00 €
<b>E7c</b> 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

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

# Therapie mit **Zepatier** bei chronischer Hepatitis C

<b>Z8</b> NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing	 	150,00 €
<b>Z9</b> Adhärenzgespräch Zepatier	   	20,00 €
<b>Z10</b> Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung	 	30,00 €
<b>Z11</b> Abschlussgespräch Zepatier 1 nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	 	30,00 €
<b>Z12</b> 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

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

# Therapie mit **Maviret**

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

# Therapie mit Maviret

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

# Therapie mit **Maviret**

<b>M34</b>	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M32</b>	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, ohne Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M33</b>	Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose bei 16-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M16</b>	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 €
<b>M17</b>	Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	 	30,00 €
<b>M18</b>	Abschlussgespräch 1- nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht) (additiv zu P1b, 1x pro Patient bei M1-M15)	 	30,00 €
<b>M19</b>	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

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

# Therapie mit Epclusa

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

# Therapie mit Epclusa

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

# Therapie mit Epclusa

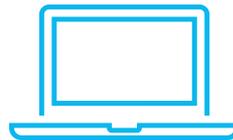
<b>EP22</b> Aufklärungsgespräch GT1a, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>EP23</b> Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren, bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>EP24</b> Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren,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

# Therapie mit Epclusa

<b>EP29</b> 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 €  
<b>EP30</b> Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung bei 24-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	   30,00 €
<b>EP31</b> Abschlussgespräch-nach erfolgter Therapie (SVR12 erreicht) nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)	   30,00 €
<b>EP32</b> 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.

**Tipp:** Fragen Sie beim Labor nach, wie Anforderungen für in Selektivverträge eingeschriebene Patienten gekennzeichnet werden sollten

# 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





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

Facharztverträge Hausarztverträge IT-Vernetzung Podcast

AOK BW / Bosch BKK

## Gastroenterologie

Zurück zur Ü



### Teilnahmeerklärung

AOK BW / Bosch BKK

> Herunterladen



### Abrechnungsunterlagen

AOK BW / Bosch BKK

> Mehr erfahren



### Elektronische Arztvernetzung

AOK BW

> Mehr erfahren



## Gastroenterologie

AOK BW

> Mehr

Allgemeine Informationen und Formulare



Inhalte des Infopakets



Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung



Vertragsunterlagen



Anlagen zum Vertrag



### Ansprechpartner

Angie Becker

Telefon 0711 80 60 79 – 266

Evangelia Pechlivani

Telefon 0711 80 60 79 – 269

E-Mail:

vertraege@medi-verbund.de

- 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 shows the MEDIVERBUND Arztportal interface. At the top, there is a navigation bar with links for 'Meine Daten', 'Dokumente', 'FAQ', 'Kontakt', and 'Abmelden'. Below this, a large blue button says 'Meine Daten anzeigen' and another says 'Zu den Dokumenten'. The main content area is divided into two sections: 'Daten' and 'Dokumente'. The 'Daten' section shows a sidebar with 'Persönliche Daten' selected, and the main area displays a form for updating personal data. The 'Dokumente' section shows a table of documents with columns for 'Betreff', 'Dokumententyp', 'Eingang', 'Gelesen', and 'Download'.

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



## Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge.

Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

Infos zu den Haus- und Facharztverträgen und Ihre Vorteile an der Teilnahme finden Sie [hier](#).

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche



Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche



### Hausärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW HZV

AOK BW HZV Kinderärzte

Bosch BKK

BKK BOSCH BW HZV

BKK LV Süd

BKK LV Süd HZV

Bitte wählen sie im Menü Ihre Krankenkasse aus. Anschließend Hausarztvertrag teilnehmenden Hausarzt finden.

### Fachärzte

AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes 140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

Neurologie

**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 Psychotherapeuten finden.

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

# AOK BW Gastro 140a

 AOK Baden-Württemberg

AOK BW Diabetologie 140a

AOK BW Gastro 140a

AOK BW Gestationsdiabetes  
140a

AOK BW Kardio 140a

AOK BW Nephrologie 140a

AOK BW Orthopädie 140a

▼ AOK BW PNP 140a

*Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt.*

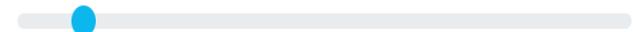
*Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.*

Die Angabe des Nachnamens kann ohne oder in Verbindung mit der Postleitzahl angegeben werden.  
Es werden max. **100** Treffer angezeigt.

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10** km



# 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:

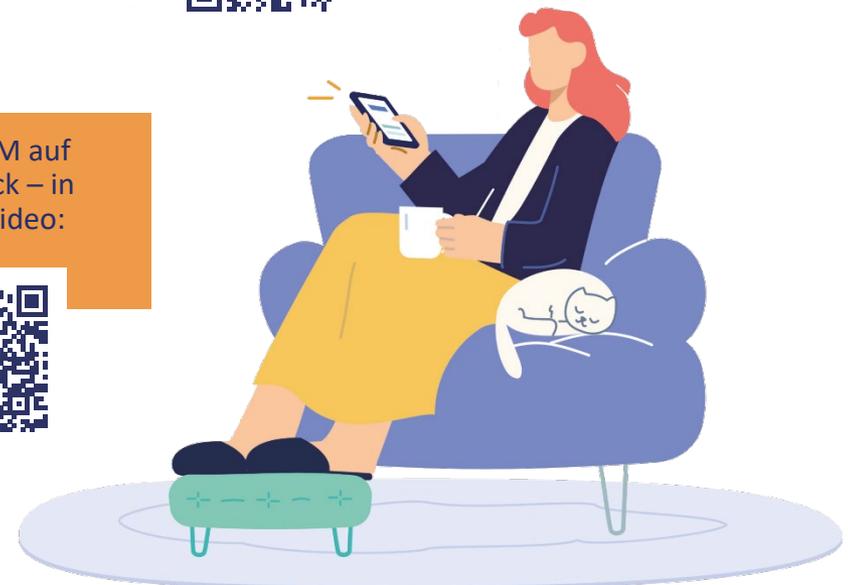
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform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



Bestellen Sie garrioCOM unter [www.garrio.de/bestellung](http://www.garrio.de/bestellung).  
Wir schalten Ihnen den Messenger und alle Funktionen für Ihre Praxis frei.



garrioCOM auf einen Blick – in diesem Video:



## Förderung von Stipendien zum Physician Assistant - AOK BW

- Seit Juli 2023 besteht die Möglichkeit zur Förderung der Ausbildung zum Physician Assistant / akademisierte EFA® bzw. gleichartige Studiengänge für Facharztpraxen. Hierfür ist Folgendes zu beachten:
  - Das Stipendium wird für max. 12 Quartale gewährt und mit max. 5.000,00 € unterstützt. Die Ausschüttung erfolgt quartalsweise mit je 300,00 € sowie einer einmaligen Zahlung in Höhe von 1.400,00 € nach Studienabschluss.
  - Die Anzahl an zu vergebenen Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse [reutter@mediverbund-iffm.de](mailto:reutter@mediverbund-iffm.de).
  - Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
  - Anspruch auf das Stipendium besitzt der/die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“)
- Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden [reutter@mediverbund-iffm.de](mailto:reutter@mediverbund-iffm.de)



## MEDI-Blog

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



## MEDI-Newsletter

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



## Facebook

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



## LinkedIn

[linkedin.com/company/mediverbund](https://linkedin.com/company/mediverbund)



## YouTube

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



**Vielen Dank  
für Ihre Aufmerksamkeit!**