



















































**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Gastroenterologievertrag AOK BW / Bosch BKK**

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
<b>Grund- und Zusatzpauschalen</b>				
P1	Grundpauschale	32,00 €	1x im Quartal	Überweisung vom Hausarzt; es muss mindestens ein persönlicher APK stattgefunden haben
P1UE	Grundpauschale - Überweisung vom HZV-Hausarzt	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €		nur additiv zu P1 abrechenbar; es muss eine Überweisung vom HZV-Hausarzt vorliegen
P1a	Zusatzpauschale CED	27,00 €		
P1b	Zusatzpauschale Oberbaucherkrankungen	38,00 €		
P1c	Zusatzpauschale Onkologie	22,50 €		
P1d	Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	32,47 €	Zusatzpauschalen pro Quartal abrechenbar	nicht neben P1d/Onko1/Onko2/Onko3/Onko4 im selben Quartal Teilnahme an Onkologie-Vereinbarung; nicht im selben Quartal neben den EBM- Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510; nur von einem Facharzt pro Quartal abrechenbar
<b>Einzelleistungen</b>				
E1a	Gastroskopiekomplex	124,00 €	je Leistung	
E1b	Polypektomiezuschlag	28,00 €	1x am Tag	nur abrechenbar neben E1a am selben Tag
E2a	Koloskopiekomplex (kurativ)	232,00 €		nicht neben E3 am selben Tag und E4 im selben Quartal
E2b	Polypektomiezuschlag	55,00 €		nur abrechenbar neben E2a/ E3/ E4 am selben Tag
E2c	Zuschlag Laservaporisation	40,00 €		nur abrechenbar neben E1a/ E2a/ E3/ E4 am selben Tag
E2d	Polypektomiezuschlag - ab dem 4. abgetragenen Polyp	15,00 €		nur additiv zu E2b abrechenbar; inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in Anlage 12 als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs
E3	Präventionskoloskopie	250,00 €		nicht neben E2a am selben Tag; nicht nach E2a im selben Quartal; nicht neben E4 im selben Quartal; nicht neben P1 am selben Tag und im selben Quartal; Ausnahme: neben P1 im selben Quartal (aber nicht am selben Tag), wenn eine gesicherte Diagnose nach P1a-d gem. Anhang 2 zu Anlage 12 vorliegt; neben P1 im selben Quartal oder am selben Tag abrechenbar, wenn ein Gastroskopiekomplex (E1a) im selben Quartal erbracht wurde.
E4	Sigmoidoskopiekomplex	50,00 €	1x im Quartal	nicht neben E2a und E3 im Quartal
E5a	Therapeutische Proktoskopie mittels Ligatur	18,50 €	4x im Quartal	
E5b	Therapeutische Proktoskopie mittels Sklerosierung	9,50 €		
E6a	Sachkostenpauschale, je Clip	75,00 €	je Leistung	nur am selben Tag neben E1a/ E2a/ E3/ E4 abrechenbar
E6b	Sachkostenpauschale, je Sklerosierungsnadel	7,20 €		
E6c	Sachkostenpauschale, je Loop	68,00 €		
E6d	Sachkostenpauschale C 13 Atemtest	11,20 €		
<b>Qualitätszuschläge</b>				
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie	4,00 €	1x im Quartal	Bei Erreichen bestimmter Quoten erfolgt ein Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3
Q3	Qualitätszuschlag Farbdoppler	2,00 €		Der Zuschlag wird automatisch auf P1 aufgeschlagen
Q4	Strukturzuschlag EFA®	AOK: 10,00 € Bosch BKK: 5,00 €		nach Tätigkeitsumfang je EFA®
<b>Besonderheit Onkologie</b>				
Onko1-Onko4: Abrechenbar für Fachärzte, welche an der Onkologievereinbarung teilnehmen; nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen für P1d gem. Anhang 2 zu Anlage 12; nur von einem Facharzt pro Quartal abrechenbar				
Onko1	Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	29,23 €	1x im Quartal	nicht im selben Quartal neben P1c und den den EBM Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315; Angabe des verwendeten Medikaments zwingend erforderlich
Onko2	Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	218,47 €		nicht im selben Quartal neben P1c und den EBM Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315; Angabe des verwendeten Medikaments zwingend erforderlich; nicht im selben Quartal neben Onko3
Onko3	Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	218,47 €		nicht im selben Quartal neben P1c und Onko2
Onko4	Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	109,25 €		nicht im selben Quartal neben P1c, Onko1, Onko2 und den EBM Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315
E7a	Amb. Praxisklinische Betreuung u. Nachsorge (> 2 h)	53,00 €	1x je Tag additiv zu Onko2	1x pro Tag additiv zu Onko2 abrechenbar, nicht am selben Tag neben E7b/E7c/E7d abrechenbar
E7b	Amb. praxisklinische Betreuung u. Nachsorge (> 4 h)	101,00 €	1x je Tag	nicht ohne Onko2 abrechenbar; nach Maßgabe der EBM-Ziffer 01511; nicht neben E7a oder E7c abrechenbar
E7c	Amb. praxisklinische Betreuung u. Nachsorge (> 6 h)	148,00 €		nicht ohne Onko2 abrechenbar; nach Maßgabe der EBM-Ziffer 01512; nicht neben E7a oder E7b abrechenbar
E7d	Amb. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge bei monoklonaler Antikörpertherapie (> 2 h)	53,00 €	1x je Tag 3x im Quartal	1x pro Tag abrechenbar und 3x pro Quartal bei Vorliegen gesicherter Diagnosen für P1a gem. Anhang 2 zu Anlage 12 bei gleichzeitiger Therapie mit monoklonalen Antikörpern (ATC: L04AB02, L04AA33, L04AC05) abrechenbar; nicht am selben Tag neben E7a/E7b/E7c abrechenbar

































**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Gastroenterologievertrag AOK BW / Bosch BKK**







Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
<b>Vertreterleistungen</b>				
V1	  Vertretungspauschale	17,50 €	1x im Quartal	nicht neben P1 im Quartal
<b>Infoziffern</b>				
FBE	 telemedizinischer APK		1x im Quartal	Soll bei einer rein telemedizinischen Quartalsbehandlung dokumentiert werden. Mögliche Leistungen, welche telemedizinisch erbracht werden können sind mit dem Monitor Symbol gekennzeichnet (siehe Legende).
<b>Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C</b>				
Z1	  Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast ≤ 800.000 I.E., RAV-Test negativ	50,00 €	1x pro Patient Pro Patient ist nur eine der Pauschalen Z1 bis Z7 abrechenbar	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12; Das Datum der Erbringung der Leistung der Vergütungsziffern Z1 bis Z7 bestimmt den Beginn des Zeitraums von maximal 16 zusammenhängenden Wochen, innerhalb derer die Vergütungsziffern Z1 bis Z10 abgerechnet werden können (maximale Therapiedauer). Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann eine der Vergütungsziffern Z11 oder Z12 abgerechnet werden.
Z2	  Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast ≤ 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 ≤ 800.000 I.E.	50,00 €		
Z7	  Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast > 800.000 I.E.	50,00 €		
Z8	 NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing	150,00 €	1x pro Patient	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z4 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z9	   Adhärenzgespräch Zepatier	20,00 €	bei Abrechnung einer: Z1-Z3, Z5 oder Z6: 3x pro Patient Z4 oder Z7: 4x pro Patient; nur 1x pro Tag	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; die Ziffer darf nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer abgerechnet werden; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z10	 Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung	30,00 €	1x pro Patient	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z11	 Abschlussgespräch Zepatier 1 – nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	30,00 €		additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7; Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern Z11 oder Z12 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit Z12; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z12	 Abschlussgespräch Zepatier 2 – Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12	40,00 €		additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7; Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern Z11 oder Z12 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit Z11; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12

**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Gastroenterologievertrag AOK BW / Bosch BKK**

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
<b>Therapie mit Maviret bei chronischer Hepatitis C</b>				
M1	 Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose	50,00 €	1x pro Patient Pro Patient ist nur eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 abrechenbar	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 12 Jahre alt; gemäß Anhang 6 zu Anlage 12; Das Datum der Erbringung der Leistung der Vergütungsziffern M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 oder M16 bis M17 abgerechnet werden können (maximale Therapiedauer). Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann eine der Vergütungsziffern M18 oder M19 abgerechnet werden. Die Ziffern M1, M2, M4, M20, M21, M23, M26, M27 und M29 können aus Gründen der rationalen Pharmakotherapie nur abgerechnet werden, wenn medizinische Ausschlussgründe gegen eine Therapie mit Zepatier sprechen.
M2	 Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose	50,00 €		
M3	 Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose	50,00 €		
M4	 Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose	50,00 €		
M5	 Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose	50,00 €		
M6	 Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose	50,00 €		
M13	 Aufklärungsgespräch GT3, therapienaive Patienten, keine Zirrhose	50,00 €		
M20	 Aufklärungsgespräch, therapienaive Patienten, GT1a, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M21	 Aufklärungsgespräch, therapienaive Patienten, GT1b, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M22	 Aufklärungsgespräch, therapienaive Patienten, GT2, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M23	 Aufklärungsgespräch, therapienaive Patienten, GT4, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M24	 Aufklärungsgespräch, therapienaive Patienten, GT5, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M25	 Aufklärungsgespräch, therapienaive Patienten, GT6, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M26	 Aufklärungsgespräch, therapieerfahrene Patienten, GT1a, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M27	 Aufklärungsgespräch, therapieerfahrene Patienten, GT1b, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M28	 Aufklärungsgespräch, therapieerfahrene Patienten, GT2, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M29	 Aufklärungsgespräch, therapieerfahrene Patienten, GT4, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M30	 Aufklärungsgespräch, therapieerfahrene Patienten, GT5, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M31	 Aufklärungsgespräch, therapieerfahrene Patienten, GT6, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M32	 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahrene Patienten, keine Zirrhose	50,00 €		
M33	 Aufklärungsgespräch GT3, therapieerfahrene Patienten, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M34	 Aufklärungsgespräch GT3, therapienaive Patienten, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
M16	 Adhärenzgespräch Maviret	20,00 €	bei Abrechnung einer: M1-M6, M13, M20-M25, M34: 2x pro Patient M26-M31: 3x pro Patient M32 oder M33: 4x pro Patient; nur 1x pro Tag	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 12 Jahre alt; die Ziffer darf nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer abgerechnet werden; gemäß Anhang 6 zu Anlage 12
M17	 Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung	30,00 €	1x pro Patient	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 12 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer; gemäß Anhang 6 zu Anlage 12
M18	 Abschlussgespräch Maviret 1 - nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	30,00 €		additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 12 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34; Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern M18 oder M19 abgerechnet werden, d. h. M18 und M19 sind nicht nebeneinander abrechenbar; M18 ist nicht neben Z1-Z12 im selben Quartal abrechenbar; gemäß Anhang 6 zu Anlage 12
M19	 Abschlussgespräch Maviret 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12	40,00 €		

**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Gastroenterologievertrag AOK BW / Bosch BKK**

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
<b>Therapie mit Epclusa bei chronischer Hepatitis C</b>				
EP1	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, keine Zirrhose	50,00 €	1x pro Patient Pro Patient ist nur eine der Pauschalen EP1 bis EP28 abrechenbar	Ist additiv zu P1b und nur 1x pro Patient abrechenbar bei Vorliegen der gesicherten Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C). Mindestalter zur Behandlung 6 Jahre. Pro Patient ist nur eine der Pauschalen EP1 bis EP28 abrechenbar. Das Datum der Erbringung der Leistung der Vergütungsziffern EP1 bis EP28 bestimmt den Beginn des Zeitraums von maximal 24 zusammenhängenden Wochen, innerhalb derer die Vergütungsziffern EP1 bis EP28 abgerechnet werden können (maximale Therapiedauer). Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden.
EP2	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, keine Zirrhose	50,00 €		
EP3	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, keine Zirrhose	50,00 €		
EP4	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, keine Zirrhose	50,00 €		
EP5	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, keine Zirrhose	50,00 €		
EP6	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, keine Zirrhose	50,00 €		
EP7	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, keine Zirrhose	50,00 €		
EP8	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP9	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP10	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP11	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP12	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP13	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP14	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, mit kompensierter Zirrhose	50,00 €		
EP15	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP16	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP17	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP18	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP19	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP20	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP21	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, mit dekomensierter Zirrhose	50,00 €		
EP22	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, therapieerfahren	50,00 €		
EP23	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, therapieerfahren	50,00 €		
EP24	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, therapieerfahren	50,00 €		
EP25	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, therapieerfahren	50,00 €		
EP26	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, therapieerfahren	50,00 €		
EP27	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, therapieerfahren	50,00 €		
EP28	 Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, therapieerfahren	50,00 €		
EP29	 Adhärenzgespräch Epclusa	20,00 €	Die Ziffer darf nur 1x pro Tag abgerechnet werden und nur innerhalb der maximal 24-wöchigen Therapiedauer.	Ist additiv zu P1b und - bei Abrechnung einer EP1-21 bis zu 3x pro Patient, - bei Abrechnung einer EP22-28 bis zu 6x pro Patient abrechenbar.
EP30	 Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung	30,00 €	1x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer EP1 bis EP28.	Ist additiv zu P1b nur innerhalb der maximal 24-wöchigen Therapiedauer abrechenbar.
EP31	 Abschlussgespräch Epclusa 1 - nach erfolgreicher Therapie	30,00 €		Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern EP31 oder EP32 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit EP31. Additiv zu P1b abrechenbar
EP32	 Abschlussgespräch Epclusa 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SV	40,00 €		

Legende	
Symbol	Bedeutung
	= Ziffer ist von der Praxis anzusetzen
	= Ziffer ist nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Diagnosenliste (siehe Anhang zum jeweiligen Vertrag)
	= Ziffer wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
	= zur Abrechenbarkeit der Ziffer muss ein entsprechender Nachweis/Abrechnungsvoraussetzung/Genehmigung vorliegen
	= Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter d.h. die Leistung ist vom Facharzt zu erbringen und ist nicht delegierbar
	= Leistungen können persönlich oder telemedizinisch erbracht werden. Eine rein telemedizinische Quartalsbehandlung wird in der Vertragssoftware mit der "FBE" dokumentiert.