

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

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



- 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

Systematik des Vertrages

- 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



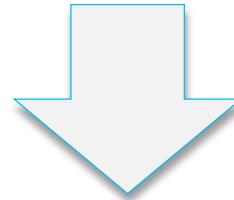
Teilnahmeberechtigt sind



- **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

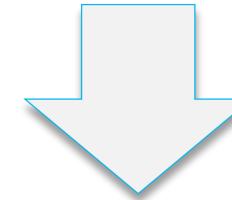
Persönliche Teilnahmevoraussetzungen



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)

Teilnahmevoraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ



- 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)

Teilnahmevoraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ



- 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)

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

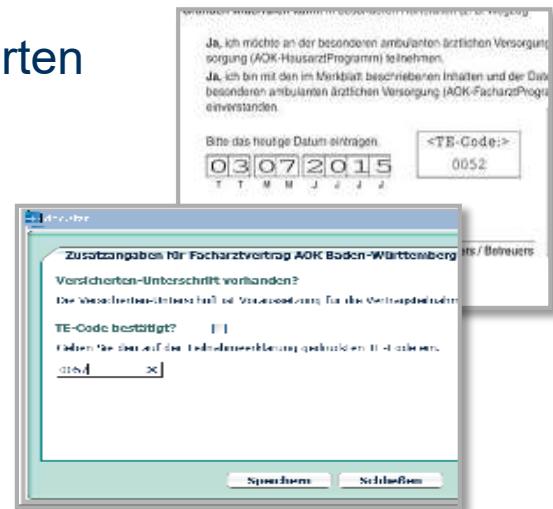


- Behandlungskoordinierung mit HZV-Arzt (einheitliche Dokumentation)
- schnelle Terminvergabe/Behandlungsstart
 - Not-/Akutfälle am selben bzw. darauffolgenden Tag
 - reguläre Termine innerhalb von 2 Wochen nach Anmeldung
 - Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Mo-Fr), eine Terminsprechstunde für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



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**

	Q1			Q2			Q3	
Januar	Februar	März	April	Mai	Juni	Juli	August	September

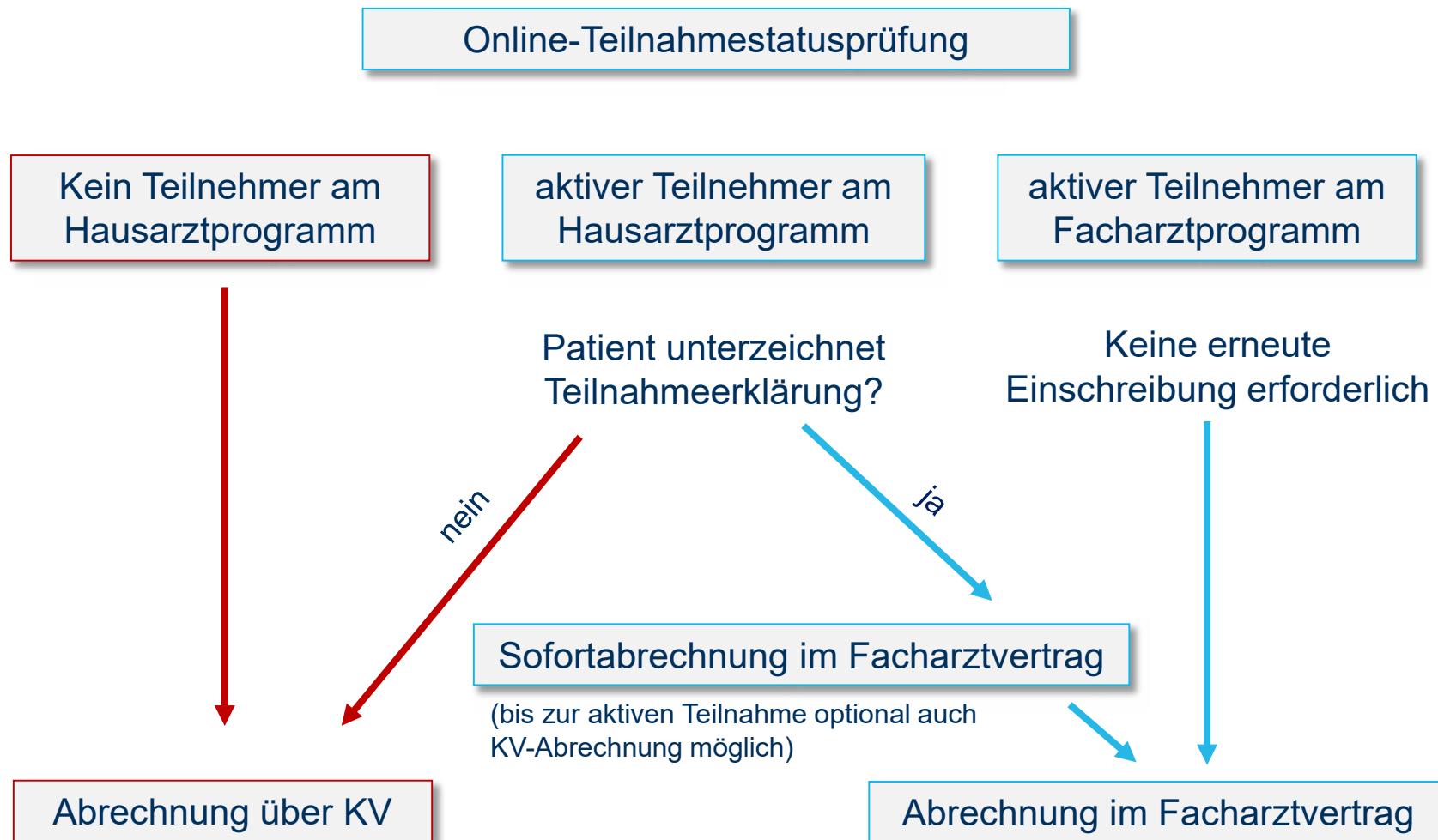
SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

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



Abrechnungsprozess



- 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)

Datenübermittlung



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, Seitenlokalisation, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (z. B. Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

- 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, Versichertenummer)
- 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

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		Änderungs-datum	Änderungs-vermerk	HZV	Kontroll	Anmerkung	Gastroenterologie	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	
GOP	Beschreibung			Anmerkung	Anmerkung		PNP					
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Honorierung gewidert	obligatorisch	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Honorierung gewidert	obligatorisch	obligator	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01102	Inanspruchnahme an Sanitätern	01.04.2015	Berechnung Anmerkung spezifiziert	obligatorisch - kein Zuladtrag möglich	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zuladtrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			§ 73c-Leistung	obligatorisch embögabt	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01410	Besuch			obligatorisch	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01411	Dringender Besuch I	01.10.2017	Anmerkung gewidert	obligatorisch	obligator		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01412	Dringender Besuch II											
01413	Besuch eines weiteren Krankenhauses auf der Begleitstation											
01414	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen											
01415	Dringender Besuch in beschränkten Altenheimen											
BKK VAG Mein Facharzt Modul Gastroenterologie: Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Gastroenterologie Q3/2016												
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 Krankenhauses auf der Begleitstation											
01414	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen											
01415	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 hinzugehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.			
Grundpauschale P1	<p>Gastroenterologische Versorgung zzgl. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (KBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leistung</p> <p>Hausarztelebe:</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperlicher Status erhalten • familiäre Anamnese (Darmkrankheiten) • Labor (Blutbild, Kreatinin, BSG, Elektrolyte, Leberenzyme) 	<p>1 x pro Abrechnungsjournal, aufern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Ausnahmen:</p>	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) ohne hepaticum		
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne 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	Oesophagusvarizen mit Blutung		P1a
I85.9	Oesophagusvarizen ohne Blutung		P1a
I98.2	Oesophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, ohne Anzeichen einer Blutung	K70-K71,K74, R65	P1a

Grundpauschale

oder

Vertreterpauschale



Zuschläge



Zusatzpauschalen



Einzelleistungen

Legende

- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK VAG BW-Vertrag
- AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag
- BKK VAG BW-Vertrag
- 就医  wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet
- 生成  wird bei Abrechenbarkeit/ Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt
- 注意  nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen
gem. Anhang 2 zu Anlage 12

Grundpauschalen und Zuschläge



P1 Grundpauschale (1x/Quartal)

 32,00 €
37,00 €

+ **Q1** Pharmakotherapie

 4,00 €

+ **Q3** Farbdoppler

 2,00 €

P1UE additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt

 5,00 €

oder **V1** Vertreterpauschale

 17,50 €

Zusatzpauschalen und Zuschläge



P1a CED	!	25,50 €	25,00 €
P1b Hepatitis/Oberbauch	!	38,00 €	42,00 €
+ Q4 Strukturzuschlag für EFA® auf P1a und P1b	+	5,00 €	
P1c Karzinome	!	22,50 €	25,00 €

Einzelleistungen

E1a Gastroskopiekomplex		117,00 €
E1b Zuschlag Polypektomie		28,00 €
E2a Koloskopiekomplex		225,00 €
E2b Zuschlag Polypektomie		55,00 €
E2c Zuschlag Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)		40,00 €
E2d Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragenem Polyp)		15,00 €
E3 Präventionskoloskopie ohne P1! + Q2 Vorsorgekoloskopie	 	235,00 € 2,00 €
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 €

Onkologie (abrechenbar bei Teilnahme an der Onkologievereinbarung)



P1d Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	!	29,16 €
Onko 1 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	!	27,00 €
Onko 2 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	!	200,00 €
Onko 3 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	!	200,00 €
Onko 4 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	!	100,00 €
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 €

- 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 €

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 €

- 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 €

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 €

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

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 €

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 €

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 €

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 €

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

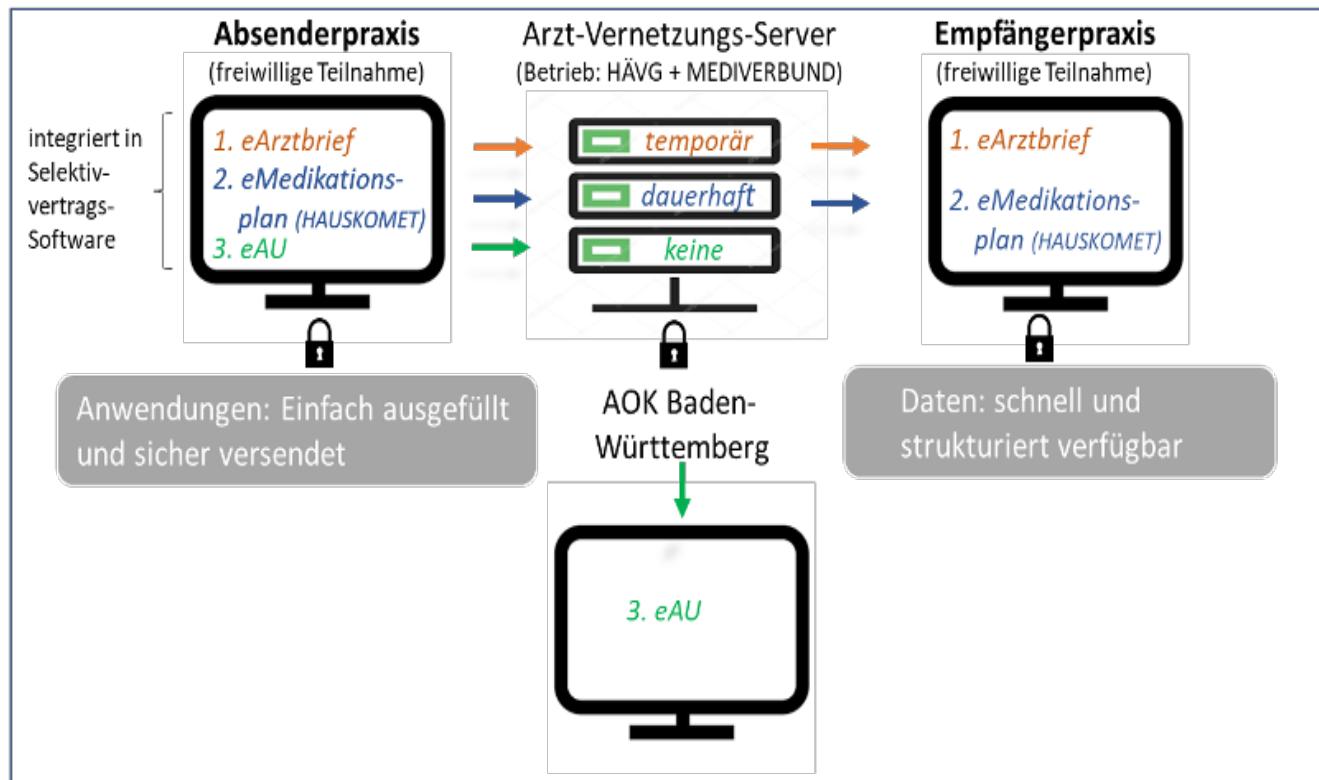
bei nicht erreichter SVR12

nur bei Abrechnung EP1-EP28 (1x pro Patient additiv zu P1b)

⚠️👩‍⚕️ 40,00 €

Elektronische Arztvernetzung: Überblick

- Digitaler Austausch eines elektronischen Arztbriefes zwischen Haus- und Facharzt (**eArztbrief**)
- Elektronische Weiterleitung des Musters 1a an die Krankenkasse (**eAU**)
- Bereitstellung und Pflege elektronischer Medikationsinformationen von Patienten (**HAUSKOMET**)



Weitere Infos unter: www.medi-verbund.de
→ Facharztverträge → IT-Vernetzung

Q5* Δ	Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf P1 oder E3)		5,00 €/ Quartal
Q6* Δ	Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung (max. 1x pro Quartal auf P1 oder E3)		2,00 €/ Quartal
ZITV*	Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung (einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ)		2.500,00 €/ einmalig
Die aktuelle Liste der Softwareanbieter finden sie unter: <i>www.medi-verbund.de (→ „Ihre Vorteile“ → „IT-Vernetzung Arztpraxen“)</i>			

- * nur bei der AOK Baden-Württemberg
- Δ wenn Teilnahmebestätigung nach dem 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats dann Vergütung ab dem Folgequartal

- 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



The screenshot shows the Medi-Verbund website's Gastroenterology contract training page. At the top, there's a navigation bar with links to Home, Leistungen, Über MEDI, Blog, Presse, MFA, Mein MEDI, and a search icon. A large blue arrow graphic is overlaid on the right side of the page.

MEDI-Mitglied werden

AOK BW / Bosch BKK

Gastroenterologie

Teilnahmeerklärung (AOK BW / Bosch BKK) [Herunterladen](#)

Abrechnungsunterlagen (AOK BW / Bosch BKK) [Herunterladen](#)

Elektronische Arztvernetzung (AOK BW / Bosch BKK) [Mehr erfahren](#)

Allgemeine Informationen und Formulare

Inhalte des Infopakets

Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung

Vertransunterlagen

Ansprechpartner

Elisa Czemy
Telefon 0711 80 60 79 - 273

Evangelia Pechlivanis
Telefon 0711 80 60 79 - 269

Filter zurücksetzen

DAK Gesundheit

Gastroenterologie (AOK BW) [Mehr](#)

Themenseite Coronavirus

Zurück zur Übersicht

- 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 MEDIERVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket.

Anmelden

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

MEDIERVERBUND-ID
Passwort
 An mich e-mailen



The screenshot shows the MEDIERVERBUND Arztportal interface. At the top, there's a navigation bar with links for "Meine Daten", "Dokumente", "FAQ", "Anford.", and "Abrechnung". Below the navigation, a welcome message reads "Herzlich Willkommen im MEDIERVERBUND Arztportal!". There are two main sections: "Daten" (Data) and "Dokumente" (Documents). The "Daten" section contains a "MEINE DATEN" sub-section with fields for "Personenbez. Name", "Angestellte", "Werke", "Berufsbewilligung Zürich", "Verbandsmitgliedschaft", and "Personenbez. E-Mail". It also includes a note about entering a password. The "Dokumente" section lists several documents with columns for "Bereich", "Dokumenttyp", "Eingang", and "Geslossen". Examples include "Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID [REDACTED]" and "Benachrichtigung über Abschlagsbericht 4-2016".

Umkreissuche nach teilnehmenden Ärzten



HAUSÄRZTE

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

Hausärzte

Bitte wählen Sie
einen am Hausarztvertrag teilnehmenden Arzt aus.

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.

Hausärzte

Zur Suche

Fachärzte

Zur Suche

FACHÄRZTE

- + AOK Baden-Württemberg
- + Bosch BKK
- + BKK VAG
- + DAK Gesundheit
- + Techniker Krankenkasse

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

AOK Baden-Württemberg - Hausarztvertrag

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. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

FACHÄRZTE

AOK Baden-Württemberg

Gastroenterologie

Kardiologie

Neurologie

Psychiatrie

Psychotherapie

Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie

Orthopädie und Unfallchirurgie

Urologie

+ Bosch BKK

+ BKK VAG

+ DAK Gesundheit

AOK Baden-Württemberg - Gastroenterologie

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. 20 Treffer angezeigt.

Nachname

Geo-Suche (PLZ)

Radius (km)

Leistungsspektrum

20566

5 km

Suchen

Ansprechpartner bei den Krankenkassen



➤ Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden sie auf unserer Internetseite

AOK BW / Bosch BKK

Gastroenterologie

The screenshot shows a section of the MediVerbund website for Gastroenterology. It features two main download sections:

- Teilnahmeerklärung** (Participation Declaration) for AOK BW / Bosch BKK, with a "Herunterladen" (Download) link.
- Abrechnungsunterlagen** (Billing Documents) for BKK VAG BW, with a "Herunterladen" (Download) link.

Below these, there are two columns of expandable sections:

Allgemeine Informationen und Formulare	Allgemeine Informationen und Formulare
Inhalte des Infopakets	Inhalte des Infopakets
Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung	Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung
Vertragsunterlagen	Vertragsunterlagen
Anlagen zum Vertrag	Anlagen zum Vertrag
Ansprechpartner bei der Krankenkasse	Ansprechpartner bei der Krankenkasse

Each row contains a red downward arrow icon. The last row for each column has a red upward arrow icon. At the bottom right, there is a red note in German: "Übersicht der teilnehmenden Betriebskrankenkassen im Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gem. § 140a SGB V, Stand 01.01.2021". A mouse cursor icon points to this note.

MEDI-Blog



Jeden Montag und Mittwoch neue Themen.
blog.medi-verbund.de



MEDI-Newsletter

Verpassen Sie nichts und melden Sie sich an.
blog.medi-verbund.de/newsletter/



MEDI Verbund goes Facebook
facebook.com/mediverbund



Der MEDI Verbund ist auch auf Twitter
twitter.com/mediverbund



YouTube

Mit bewegten Bildern zu MEDI-Themen werden Sie über unseren YouTube-Kanal versorgt. Abonnieren Sie uns!
medi-verbund.de/youtube



**Vielen Dank
für Ihre Aufmerksamkeit!**