

# Gastroenterologievertrag nach § 140a SGB V Vertragsschulung

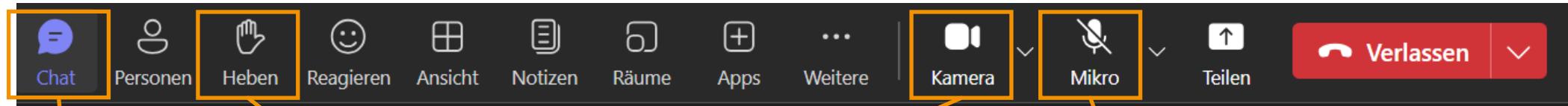


Hinweis: Zur besseren Lesbarkeit wird in dieser Präsentation das generische Maskulinum verwendet.  
Die verwendeten Personenbezeichnungen beziehen sich auf alle Geschlechter.

# HERZLICH WILLKOMMEN ZUR VERTRAGSSCHULUNG!

## Die Veranstaltung beginnt in Kürze

Die Funktionsleiste finden Sie am oberen oder unteren Bildschirmrand:



Die Hand heben, um eine Frage zu stellen

Fragen können auch im Chat gestellt werden

Die Kamera darf gerne angeschaltet werden!

Bitte das Mikrofon während des Vortrages ausschalten  
Falls Sie eine Frage stellen möchten, gerne das Mikrofon anschalten



AOK/Bosch BKK



BKK LV Süd

Schulungszertifikat:  
[vertraege@medi-verbund.de](mailto:vertraege@medi-verbund.de)



MEDI VERBUND  
AKTIENGESELLSCHAFT

# AGENDA

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

# GRUNDLAGEN UND ZIELE DER SELEKTIVVERTRÄGE

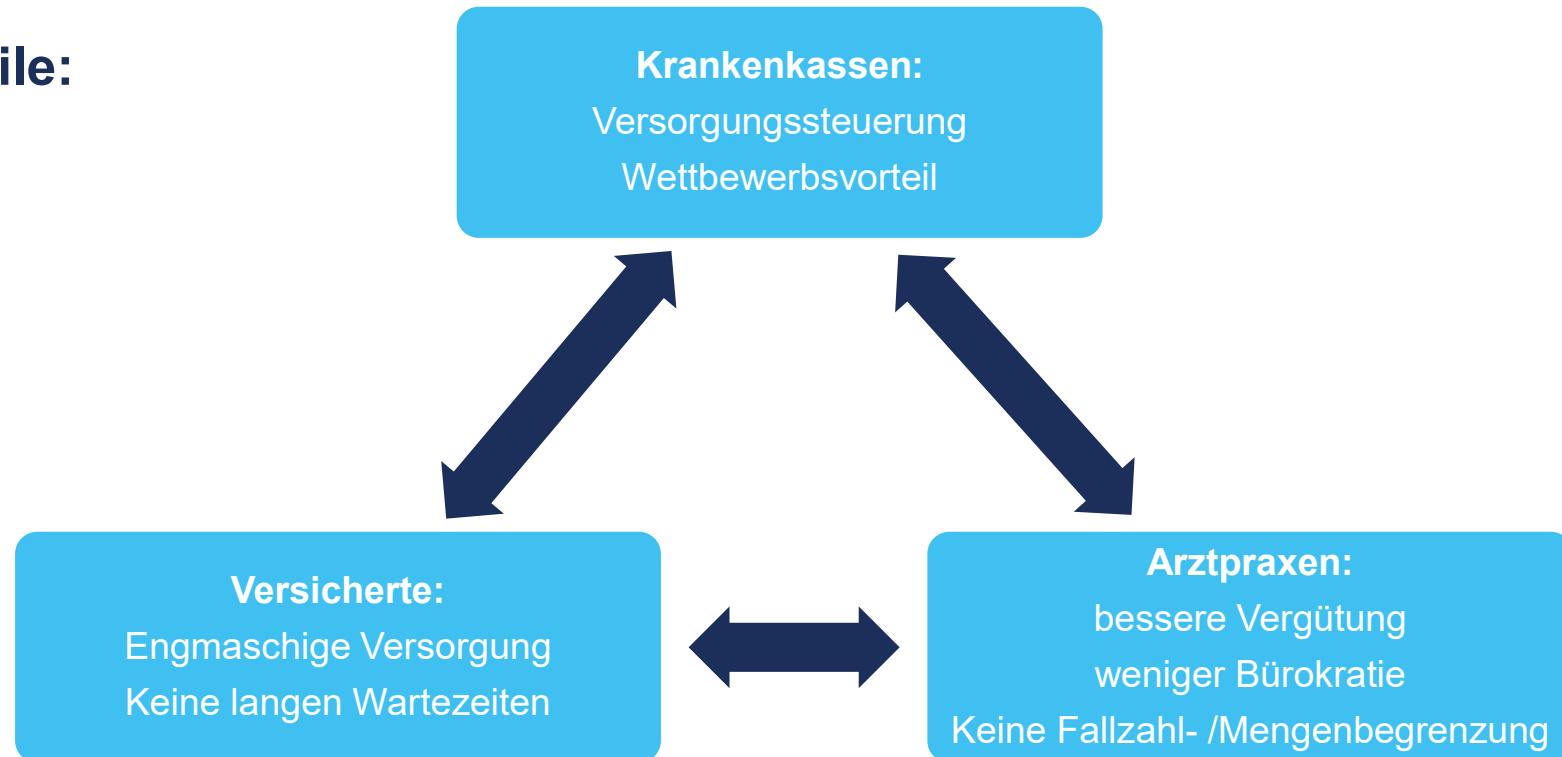
- Haus- und Facharztverträge bedingen einander bei der Umsetzung (Schnittstelle HA-FA)

Ärzte wünschen sich z.B.	Patienten wünschen sich z.B.
<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Mehr Zeit für Beratung, die besser honoriert wird</li><li>➤ Bessere Compliance von Seiten der Patienten</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>➤ Als Mensch und Experte Ihrer Erkrankung wahrgenommen zu werden</li><li>➤ Ausreichende und verständliche Informationen zu ihrem Krankheitsbild</li></ul>

# WARUM SELEKTIVVERTRÄGE?

- **Gesetzliche Verpflichtung** der Krankenkassen zu §73b SGB V (Hausarztverträge)
- Möglichkeit der Vereinbarung „besondere Versorgung“ nach §140a SGB V

## Vorteile:



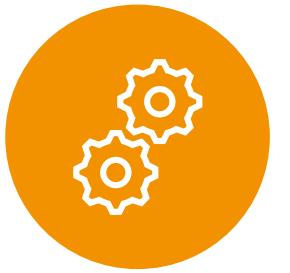
# ZIELE DES VERTRAGS

- ✓ Versorgungsrealität optimieren
- ✓ Stärkung der ambulanten Versorgung
- ✓ Vermeidbare Krankenhauseinweisungen (ambulant vor stationär)
- ✓ Reduktion von Arbeitsunfähigkeitszeiten



# SYSTEMATIK SELEKTIVVERTRÄGE

- 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
- Enge und aktive Zusammenarbeit mit dem HZV-Hausarzt sowie anderen Fachärzten/Physiotherapeuten durch strukturierte Schnittstellen (z.B. Überweisungsmanagement, Berichte)
- Struktureffekte z.B. durch frühzeitige Diagnostik und Behandlung
- Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst/Patientenbegleitung, Gesundheitsprogramme der Krankenkassen



# AGENDA

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

# VORTEILE FÜR TEILNEHMENDE ÄRZTE

- ✓ Vergütung durchschnittlich zwischen 20-40% höher als bei KV
- ✓ Mehr Zeit, insbesondere für Patienten mit chronischen Krankheitsbildern, da angemessene Vergütung (z.B. durch zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte)
- ✓ Keine Fallzahl- oder Mengenbegrenzung
- ✓ Innovative Leistungen
- ✓ Wirtschaftliche Sicherheit für Praxen (z.B. durch feste planbare Vergütung, unbefristete Verträge)



# ANFORDERUNGEN

## AN TEILNEHMENDEN ÄRZTEN

- **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.
  - Abendsprechstunde (Terminsprechstunde) 1x 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. Teilnahme der Versicherten
5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)
6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung
7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik
8. Internetauftritt

# KREIS TEILNAHMEBERECHTIGTER

- **Vertragsärzte**
  - Fachinternist mit oder ohne Schwerpunkt Gastroenterologie
- **Persönlich ermächtigte Ärzte**
  - dürfen Leistungen des Vertrags 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 beachten Sie:** Angestellte Ärzte können nicht selbst am Vertrag teilnehmen.  
Sie rechnen ihre Leistungen über den Vertragsteilnehmer in der Praxis ab.

- Bitte achten Sie bei einer BAG- oder MVZ-Teilnahme mit unterschiedlichen selektivvertraglich relevanten Fachgruppen auf einen gleichzeitigen Teilnahmestart.



# TEILNAHME- UND ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

## Teilnahmevoraussetzungen

### Persönliche Voraussetzungen

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



### Praxisbezogene Voraussetzungen

von der Praxis/BAG/MVZ zu erfüllen  
(z.B. Vertragssoftware)



### Zusätzliche Abrechnungsvoraussetzungen

(zur Abrechnung bestimmter Leistungen erforderlich)

# PERSÖNLICHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg  
*(Nachweis: KV-Zulassung oder Registerauszug)*
- Teilnahme an einer Vertragsschulung (inkl. Schulung einer MFA)  
*(Nachweis: Teilnahmebescheinigung Arzt)*
- Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95d 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)*
- Durchführung von Gastroskopien  
*(Nachweis: KV-Abrechnung)*



# PERSÖNLICHE TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN

- 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 mind. 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](#))



# TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN DER PRAXIS/BAG/MVZ

- **Abdominalsonographiegerät** (mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils 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 Stichprobe durch Managementgesellschaft)*



# TEILNAHMEVORAUSSETZUNGEN DER PRAXIS/BAG/MVZ

- Hygienekontrolle aller Endoskope mind. halbjährlich  
*(Nachweis: Selbstauskunft - Stichproben durch Managementgesellschaft)*
- Externe Hygienekontrolle 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)*



# ABRECHNUNGSVORAUSSETZUNGEN

## 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

<p><b>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V</b></p> <p>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.</p> <p><b>Stammdaten Arzt</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Einzelpraxis</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft(BAG)</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> MVZ</td> <td style="width: 50%;"><input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt</td> </tr> <tr> <td>LANR</td> <td>HBSNR</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Mitglied im MEDI VERBUND</td> </tr> <tr> <td>Nachname</td> <td>Vorname</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Mitglied im BNF</td> </tr> <tr> <td>Name MVZ</td> <td></td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Mitglied im BKK</td> </tr> <tr> <td>Strasse &amp; Hausnummer (Praxisanschrift)</td> <td>Telefon</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Mitglied im UNI</td> </tr> <tr> <td>PLZ</td> <td>Ort</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Mitglied im GKV</td> </tr> <tr> <td>E-Mail Adresse</td> <td>Fax</td> <td colspan="2"><input type="checkbox"/> Mitglied im BVG</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Kreditinstitut</td> </tr> <tr> <td>IBAN (zwingend erforderlich)</td> <td>BIC (zwingend erforderlich)</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Kontoinhaber</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <p>Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mit-Baden-Württemberg e. V., des bkg e.V. und des BNF e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,96% erhoben. Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden. Auf meine Anfrage vom MEDIVERBUND zu Bezeichnungen des Vertragsvertragsarztes, nutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsvereinbarungen werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übertragen und von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von V. verarbeitet und genutzt.</p> <p>Der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b></p> <p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem. § 73 c SGB V. Ich verpflichte mich, alle Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, einzuhalten.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass die landesweit einheitliche Versichereneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene Ärzte gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8).</p> <p>• die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK eine Abrechnung gegenüber mir (§ 29 Abs. 1),</p> <p>• die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</p> <p>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang einer Bestätigungssehreitung über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann per Telefon erfolgen;</p> <p>• ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichereneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu entfallen haben und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;</p> <p>• ich schaue meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</p> <p>• sich gemäß § 9 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegenüber dem MEDIVERBUND erfüllt und ich meine Überzahlungen zurückzuzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Ratenzahlung ist ausgeschlossen;</p> <p>• der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintreten der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintreten der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden:</p> <p>• Die hier angeforderten Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAC Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsumunternehmen 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 § 265a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.</p> <p>• Meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Interessen der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDIV e.V. veröffentlicht. Zur Abrechnung und zur Prüfung der Abrechnung auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• der MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</p> <p>Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p style="text-align: right;">Stempel der Arztpraxis</p> <p>Datum (TT.MM.JJ)</p> </td> <td style="width: 50%;"> <p><b>MEDI VERBUND</b> AKTIENGESELLSCHAFT</p> <p><b>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V</b></p> <p><b>BKK Mein Facharzt</b></p> <p><b>BNF</b></p> <p><b>MEDI VERBUND</b> AKTIENGESELLSCHAFT</p> <p><b>Teilnahmeerklärung Bosch BKK</b></p> <p>Ich möchte die Versicherten der Bosch BKK nach demselben und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodell schalten lassen.</p> <p>Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Vorgaben, der Teilnahmeerklärung mit der AOK Baden-Württemberg meine Teilnahmevoraussetzungen ändern, reiche ich Ihnen die Stammdatenänderungsformular ein.</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass ich erst dann wirksam am Vertrag teilnehmen darf, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbesondere kann ich die Leistungen BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschalten.</p> <p>Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterologie      <input type="checkbox"/> Mit meiner Unterschrift <input type="checkbox"/> Kardiologie      <input type="checkbox"/> einer gültigen Vertrags <input type="checkbox"/> PNP      <input type="checkbox"/> § 140a mit der AOK <input type="checkbox"/> Orthopädie      <input type="checkbox"/> ein Modul für die AOK halte. <input type="checkbox"/> Urologie      Ich verwende für die Vertragssoftware:</p> <p><b>Vertragssoftware</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software (BKK VAC BW Gastroenterologie)</li> <li>&gt; Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionstüchtiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigung)</li> <li>&gt; Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit ihrem Arztsystem</li> <li>&gt; Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAC BW Castroenterologie-Vertrag zugelassen ist.</li> </ul> <p><b>Datenübernahme (Verkürzte Teilnahmeerklärung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die auf Seite 2.3 und 4 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einer GKV-Abrechnung 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.</li> </ul> <p><b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b></p> <p>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.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass die landesweit einheitliche Versichereneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK eine Abrechnung gegenüber mir (§ 29 Abs. 1),</li> <li>▪ die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</li> <li>▪ meine Vertragsteilnahme mit Zugang einer Bestätigungssehreitung über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann per Telefon erfolgen;</li> <li>▪ ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichereneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu entfallen haben und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;</li> <li>▪ ich schaue meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</li> <li>▪ sich gemäß § 9 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegenüber dem MEDIVERBUND erfüllt und ich meine Überzahlungen zurückzuzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Ratenzahlung ist ausgeschlossen;</li> <li>▪ der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</li> <li>▪ ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintreten der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintreten der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</li> </ul> <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden:</p> <p>• Die hier angeforderten Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAC Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsumunternehmen 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 § 265a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.</p> <p>• Meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Interessen der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDIV e.V. veröffentlicht. Zur Abrechnung und zur Prüfung der Abrechnung auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• der MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</p> <p>Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p style="text-align: right;">Stempel der Arztpraxis des MVZ</p> <p>Datum (TT.MM.JJ)</p> <p><b>Markierte Felder sind Pflichtfelder</b></p> <p>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.</p> </td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft(BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt	LANR	HBSNR	<input type="checkbox"/> Mitglied im MEDI VERBUND		Nachname	Vorname	<input type="checkbox"/> Mitglied im BNF		Name MVZ		<input type="checkbox"/> Mitglied im BKK		Strasse & Hausnummer (Praxisanschrift)	Telefon	<input type="checkbox"/> Mitglied im UNI		PLZ	Ort	<input type="checkbox"/> Mitglied im GKV		E-Mail Adresse	Fax	<input type="checkbox"/> Mitglied im BVG		Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)				Kreditinstitut				IBAN (zwingend erforderlich)	BIC (zwingend erforderlich)			Kontoinhaber				Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten				<p>Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mit-Baden-Württemberg e. V., des bkg e.V. und des BNF e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,96% erhoben. Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden. Auf meine Anfrage vom MEDIVERBUND zu Bezeichnungen des Vertragsvertragsarztes, nutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsvereinbarungen werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übertragen und von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von V. verarbeitet und genutzt.</p> <p>Der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b></p> <p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem. § 73 c SGB V. Ich verpflichte mich, alle Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, einzuhalten.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass die landesweit einheitliche Versichereneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene Ärzte gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8).</p> <p>• die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK eine Abrechnung gegenüber mir (§ 29 Abs. 1),</p> <p>• die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</p> <p>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang einer Bestätigungssehreitung über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann per Telefon erfolgen;</p> <p>• ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichereneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu entfallen haben und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;</p> <p>• ich schaue meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</p> <p>• sich gemäß § 9 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegenüber dem MEDIVERBUND erfüllt und ich meine Überzahlungen zurückzuzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Ratenzahlung ist ausgeschlossen;</p> <p>• der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintreten der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintreten der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden:</p> <p>• Die hier angeforderten Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAC Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsumunternehmen 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 § 265a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.</p> <p>• Meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Interessen der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDIV e.V. veröffentlicht. Zur Abrechnung und zur Prüfung der Abrechnung auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• der MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</p> <p>Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p style="text-align: right;">Stempel der Arztpraxis</p> <p>Datum (TT.MM.JJ)</p>				<p><b>MEDI VERBUND</b> AKTIENGESELLSCHAFT</p> <p><b>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V</b></p> <p><b>BKK Mein Facharzt</b></p> <p><b>BNF</b></p> <p><b>MEDI VERBUND</b> AKTIENGESELLSCHAFT</p> <p><b>Teilnahmeerklärung Bosch BKK</b></p> <p>Ich möchte die Versicherten der Bosch BKK nach demselben und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodell schalten lassen.</p> <p>Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Vorgaben, der Teilnahmeerklärung mit der AOK Baden-Württemberg meine Teilnahmevoraussetzungen ändern, reiche ich Ihnen die Stammdatenänderungsformular ein.</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass ich erst dann wirksam am Vertrag teilnehmen darf, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbesondere kann ich die Leistungen BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschalten.</p> <p>Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterologie      <input type="checkbox"/> Mit meiner Unterschrift <input type="checkbox"/> Kardiologie      <input type="checkbox"/> einer gültigen Vertrags <input type="checkbox"/> PNP      <input type="checkbox"/> § 140a mit der AOK <input type="checkbox"/> Orthopädie      <input type="checkbox"/> ein Modul für die AOK halte. <input type="checkbox"/> Urologie      Ich verwende für die Vertragssoftware:</p> <p><b>Vertragssoftware</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software (BKK VAC BW Gastroenterologie)</li> <li>&gt; Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionstüchtiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigung)</li> <li>&gt; Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit ihrem Arztsystem</li> <li>&gt; Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAC BW Castroenterologie-Vertrag zugelassen ist.</li> </ul> <p><b>Datenübernahme (Verkürzte Teilnahmeerklärung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die auf Seite 2.3 und 4 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einer GKV-Abrechnung 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.</li> </ul> <p><b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b></p> <p>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.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass die landesweit einheitliche Versichereneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK eine Abrechnung gegenüber mir (§ 29 Abs. 1),</li> <li>▪ die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</li> <li>▪ meine Vertragsteilnahme mit Zugang einer Bestätigungssehreitung über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann per Telefon erfolgen;</li> <li>▪ ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichereneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu entfallen haben und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;</li> <li>▪ ich schaue meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</li> <li>▪ sich gemäß § 9 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegenüber dem MEDIVERBUND erfüllt und ich meine Überzahlungen zurückzuzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Ratenzahlung ist ausgeschlossen;</li> <li>▪ der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</li> <li>▪ ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintreten der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintreten der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</li> </ul> <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden:</p> <p>• Die hier angeforderten Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAC Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsumunternehmen 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 § 265a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.</p> <p>• Meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Interessen der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDIV e.V. veröffentlicht. Zur Abrechnung und zur Prüfung der Abrechnung auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• der MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</p> <p>Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p style="text-align: right;">Stempel der Arztpraxis des MVZ</p> <p>Datum (TT.MM.JJ)</p> <p><b>Markierte Felder sind Pflichtfelder</b></p> <p>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.</p>
<input type="checkbox"/> Einzelpraxis	<input type="checkbox"/> Berufsausübungsgemeinschaft(BAG)	<input type="checkbox"/> MVZ	<input type="checkbox"/> ermächtigter Arzt																																																		
LANR	HBSNR	<input type="checkbox"/> Mitglied im MEDI VERBUND																																																			
Nachname	Vorname	<input type="checkbox"/> Mitglied im BNF																																																			
Name MVZ		<input type="checkbox"/> Mitglied im BKK																																																			
Strasse & Hausnummer (Praxisanschrift)	Telefon	<input type="checkbox"/> Mitglied im UNI																																																			
PLZ	Ort	<input type="checkbox"/> Mitglied im GKV																																																			
E-Mail Adresse	Fax	<input type="checkbox"/> Mitglied im BVG																																																			
Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)																																																					
Kreditinstitut																																																					
IBAN (zwingend erforderlich)	BIC (zwingend erforderlich)																																																				
Kontoinhaber																																																					
Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten																																																					
<p>Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mit-Baden-Württemberg e. V., des bkg e.V. und des BNF e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,96% erhoben. Verwaltungsgebühr beträgt 357 € (max. 714 € je HBSNR).</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden. Auf meine Anfrage vom MEDIVERBUND zu Bezeichnungen des Vertragsvertragsarztes, nutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsvereinbarungen werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) übertragen und von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten einschließlich Verordnungsdaten der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von V. verarbeitet und genutzt.</p> <p>Der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b></p> <p>Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag Gastroenterologie gem. § 73 c SGB V. Ich verpflichte mich, alle Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind, einzuhalten.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass die landesweit einheitliche Versichereneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene Ärzte gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8).</p> <p>• die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK eine Abrechnung gegenüber mir (§ 29 Abs. 1),</p> <p>• die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</p> <p>• meine Vertragsteilnahme mit Zugang einer Bestätigungssehreitung über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann per Telefon erfolgen;</p> <p>• ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichereneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu entfallen haben und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;</p> <p>• ich schaue meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</p> <p>• sich gemäß § 9 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegenüber dem MEDIVERBUND erfüllt und ich meine Überzahlungen zurückzuzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Ratenzahlung ist ausgeschlossen;</p> <p>• der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintreten der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintreten der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</p> <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden:</p> <p>• Die hier angeforderten Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAC Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsumunternehmen 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 § 265a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.</p> <p>• Meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Interessen der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDIV e.V. veröffentlicht. Zur Abrechnung und zur Prüfung der Abrechnung auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• der MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</p> <p>Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p style="text-align: right;">Stempel der Arztpraxis</p> <p>Datum (TT.MM.JJ)</p>				<p><b>MEDI VERBUND</b> AKTIENGESELLSCHAFT</p> <p><b>Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur gastroenterologischen Versorgung in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V</b></p> <p><b>BKK Mein Facharzt</b></p> <p><b>BNF</b></p> <p><b>MEDI VERBUND</b> AKTIENGESELLSCHAFT</p> <p><b>Teilnahmeerklärung Bosch BKK</b></p> <p>Ich möchte die Versicherten der Bosch BKK nach demselben und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodell schalten lassen.</p> <p>Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Vorgaben, der Teilnahmeerklärung mit der AOK Baden-Württemberg meine Teilnahmevoraussetzungen ändern, reiche ich Ihnen die Stammdatenänderungsformular ein.</p> <p>Ich nehme zur Kenntnis, dass ich erst dann wirksam am Vertrag teilnehmen darf, wenn ich alle Vertragsvoraussetzungen erfüllt habe. Insbesondere kann ich die Leistungen BKK nur bei mir einschreiben und ich kann die Leistungen BKK Modul meiner Vertragssoftware installiert bzw. freigeschalten.</p> <p>Das gilt in meiner Praxis für folgende Facharztverträge: (Zutreffendes bitte ankreuzen)</p> <p><input type="checkbox"/> Gastroenterologie      <input type="checkbox"/> Mit meiner Unterschrift <input type="checkbox"/> Kardiologie      <input type="checkbox"/> einer gültigen Vertrags <input type="checkbox"/> PNP      <input type="checkbox"/> § 140a mit der AOK <input type="checkbox"/> Orthopädie      <input type="checkbox"/> ein Modul für die AOK halte. <input type="checkbox"/> Urologie      Ich verwende für die Vertragssoftware:</p> <p><b>Vertragssoftware</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software (BKK VAC BW Gastroenterologie)</li> <li>&gt; Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionstüchtiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigung)</li> <li>&gt; Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit ihrem Arztsystem</li> <li>&gt; Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAC BW Castroenterologie-Vertrag zugelassen ist.</li> </ul> <p><b>Datenübernahme (Verkürzte Teilnahmeerklärung)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Ich bestätige, dass die auf Seite 2.3 und 4 dieser Teilnahmeerklärung erforderlichen Angaben der Managementgesellschaft im Rahmen meiner Teilnahme an einer GKV-Abrechnung 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.</li> </ul> <p><b>Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ</b></p> <p>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.</p> <p>1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass die landesweit einheitliche Versichereneinschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK eine Abrechnung gegenüber mir (§ 29 Abs. 1),</li> <li>▪ die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;</li> <li>▪ meine Vertragsteilnahme mit Zugang einer Bestätigungssehreitung über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann per Telefon erfolgen;</li> <li>▪ ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichereneinschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufshaftung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu entfallen haben und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;</li> <li>▪ ich schaue meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;</li> <li>▪ sich gemäß § 9 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegenüber dem MEDIVERBUND erfüllt und ich meine Überzahlungen zurückzuzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Ratenzahlung ist ausgeschlossen;</li> <li>▪ der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</li> <li>▪ ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintreten der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintreten der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.</li> </ul> <p>2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.</p> <p><b>Einwilligung in Datenerhebung und -nutzung</b></p> <p>Ich erkläre mich durch Abgabe dieser Teilnahmeerklärung mit folgenden Datenerhebungs-, Verarbeitungs- und Nutzungsvereinbarungen einverstanden:</p> <p>• Die hier angeforderten Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur nach Bestätigung meiner Vertragsteilnahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAC Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsumunternehmen 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 § 265a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.</p> <p>• Meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsärztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Interessen der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDIV e.V. veröffentlicht. Zur Abrechnung und zur Prüfung der Abrechnung auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;</p> <p>• der MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.</p> <p>Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosendaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Vertragsärzten verarbeitet und genutzt.</p> <p><b>Unterschrift Vertragsarzt</b> Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ</p> <p style="text-align: right;">Stempel der Arztpraxis des MVZ</p> <p>Datum (TT.MM.JJ)</p> <p><b>Markierte Felder sind Pflichtfelder</b></p> <p>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.</p>																																																	

# 10 SCHritte ZUR VERTRAGSTEILNAHME

Vertragsunterlagen erhalten / anfordern

Vertragsschulung absolvieren (Webinar oder Online-Portal)

Vertragssoftware bestellen (Ansprechpartner: Softwarehaus)

HZV Online-Key bestellen

Teilnahmeerklärung vollständig ausfüllen und unterschreiben

Nachweise beilegen (siehe Checkliste)

Teilnahmeerklärung + Nachweise an MEDIVERBUND senden

Ggf. fehlende Nachweise nachreichen (MEDIVERBUND informiert)

Zulassungsschreiben („Starterpaket“) abwarten

Über Vorteile der Vertragsteilnahme freuen

# AGENDA

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

# VORTEILE

## FÜR TEILNEHMENDE VERSICHERTE

- ✓ schnelle und flexible Terminvergabe
- ✓ Begrenzung der Wartezeit
- ✓ Behandlungskoordinierung mit dem Hausarzt
- ✓ intensive ambulante Betreuung
- ✓ breites diagnostisches und therapeutisches Angebot
- ✓ Zuzahlungsbefreiung bei vielen rabattierten Arzneimitteln (AOK)

Infoblatt „Patientenvorteile auf einen Blick“:  
[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK  
Gastroenterologie → Allgemeine Informationen und Formulare



# VORAUSSETZUNGEN UND REGELUNGEN FÜR VERSICHERTE

- **Teilnahmevoraussetzungen**
  - Mitgliedschaft AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd
  - **Aktive Teilnahme an HZV** (→ Online-Teilnahmeprüfung)
- Einschreibung in das **gesamte FacharztProgramm** (in alle bestehenden Facharztverträge) der jeweiligen Krankenkasse – Bindung **mind. 12 Monate** (mit automatischer Verlängerung)
- Inanspruchnahme von teilnehmenden Fachärzten nur auf **Überweisung des HZV-Arztes** (ausgenommen Notfälle)
- Aktuelles Merkblatt für Versichertenaufklärung verwenden

# FACHARZTPROGRAMM AOK BW, BOSCH BKK UND BKK LV SÜD

Kardiologie

BKK LV Süd

Gastroenterologie

BKK LV Süd

Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie/KJ-Psychiatrie (nur AOK)

BKK LV Süd

Orthopädie/Chirurgie/Rheumatologie

Urologie

Diabetologie (nur AOK)

Nephrologie (nur AOK)

Pneumologie

Basis: HZV-Vertrag

# ONLINE-VERSICHERTENEINSCHREIBUNG

## VERSICHERTENAUFLAUFERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software  
erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller  
vierstelliger Code  
("TE-Code")

Unterschriftenfelder

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

**AOK FACHARZTPROGRAMM**

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID +

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- Ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- Ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgetragen wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- Ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- Ich darüber informiert wurde, teilweise mit einer Frist von 1 Monat auf den Gründen meine Teilnahmejahre (12 Monate) ohne Angabe vor Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- Ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzutunnen und diesen Arzt, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmenden Ärzte zur Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Arzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notdiensten. Der Weiterleiter ist die Direktanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- Ich bin bereit, nur Fachärzte zur Überweisung auszuwählen, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktiven Fachgebietsärzte sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- Ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinesseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- Mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- Ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (I.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm ebenso wie am AOK-FacharztProgramm endet, für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mit einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) teilnehmen.

Ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einschließlich der wissenschaftlichen Begleitung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beabsichtigte Übermittlung meiner pseudonymisierten Daten erteile.

Bitte das heutige Datum antragen.

T	T	M	M	J	J	J
---	---	---	---	---	---	---

<TE-Code:>

E-Mail für den Patienten

X

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

X

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

**AOK FACHARZTPROGRAMM**

teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

Ist bekannt, dass

Ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.

meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V.m. § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.

Im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskunft über meine AOK-Mitgliedschaft und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erbitde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Ich und die Mandatengesellschaft bzw. ein von mir bestimmtes Abrechnungszentrum für die Abrechnung und Prüfung der notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten, die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.

Ich bin bereit, die AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gesperrt wird, das erkennbar lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.

Ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung abgeben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms informiert. Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms. Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

K-FacharztProgramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Arbeitung im Rahmen der Teilnahme an mm (i.V.m. der hausarztzentrierten Versorgung) ist einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Daten erteile.

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datei besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm) einverstanden.

Bitte das heutige Datum eingeben.

0	3	0	7	2	0	1	5
T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

0052

Zusatzzangaben für Facharzvertrag AOK Baden-Württemberg

Versicherten-Unterschrift vorhanden?

Die Versicherten-Unterschrift ist Voraussetzung für die Vertragsteilnahme.

TE-Code bestätigt?

Geben Sie den auf der Teilnahmeerklärung gedruckten TE-Code ein.

0057

Speichern Schließen

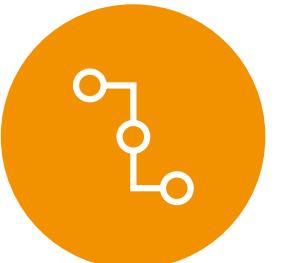


# ONLINE-EINSCHREIBUNG

## ABLAUF

1. Information des Versicherten über den Vertrag/Aushändigung des Versicherten-Merkblatts 
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmemeerklärung (2 Exemplare) 
3. Beide Exemplare werden vom Versicherten und vom Arzt unterzeichnet  
(1 Exemplar für den Versicherten, 1 Exemplar zur Aufbewahrung in der Praxis (mind. 10 Jahre)) 
4. Übermittlung der Teilnahmemeerklärung über die Vertragssoftware unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes und Übermittlung des Einschreibedatensatzes an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG 

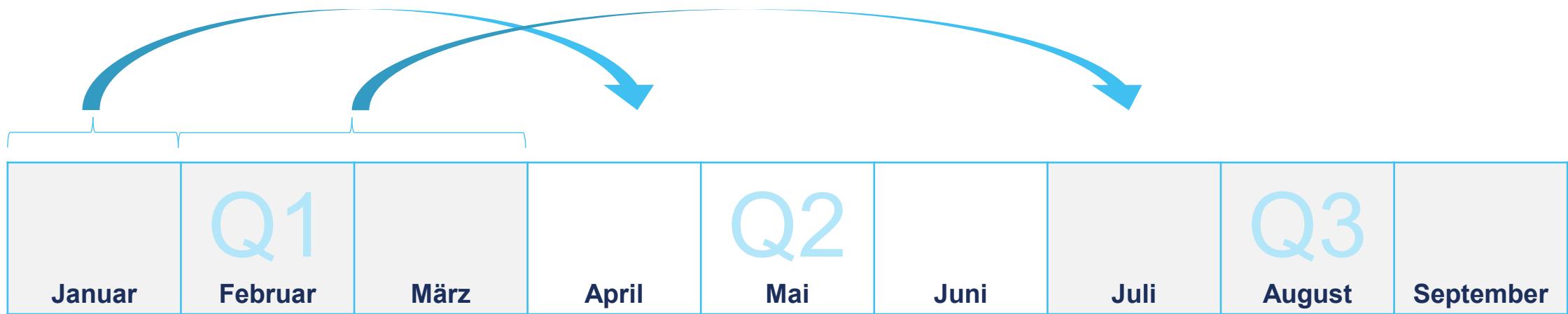
**Tipp:** Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmemeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an



# ONLINE-EINSCHREIBUNG

## EINSCHREIBEFRISTEN

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



# TEILNAHMEPRÜFUNG

Der aktuelle Teilnahmestatus des Patienten am Haus- bzw. FacharztProgramm wird über eine **Online-Teilnahmeprüfung** in der Software ermittelt.

Mögliche Rückmeldungen der Teilnahmeprüfung:

HZV-Teilnahmestatus	FAV-Teilnahmestatus
„Patient ist derzeit <u>kein</u> aktiver Vertragsteilnehmer“  Keine Einschreibung möglich	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“  Einschreibung ins Facharztprogramm möglich
„Patient ist derzeit <u>kein</u> aktiver Vertragsteilnehmer“  Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“  Abrechnung über Facharztvertrag, Einschreibung nicht notwendig

**Teilnahmeprüfung jedes Quartal und vor Beantragung der Patientenvertragsteilnahme durchführen!**



# AGENDA

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

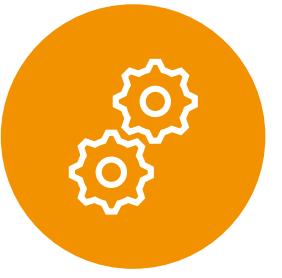
# **SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)**

## **SANE**

- Ermöglicht die **Abrechnung aller Leistungen des gesamten Quartals über den Facharztvertrag (FAV), sobald die Online-Einschreibung erfolgt ist** (noch vor der aktiven Teilnahme des Versicherten am FacharztProgramm)

### Voraussetzungen

- Versicherter nimmt bereits aktiv an HZV teil
- Vertragsteilnehmer muss zur SANE zugelassen sein (Beantragung i. R. der Teilnahmeerklärung oder nachträglich möglich)
- Kann für einen Patienten für das Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden.
- Abrechnung entweder komplett über SANE im Facharztvertrag oder wahlweise komplett über die KV



# SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

## SANE

**Beispiel:** Einschreibung am 15.03.

→ Alle Leistungen in Q1 können über den FAV abgerechnet werden

→ Alle Leistungen in Q2 können über den FAV abgerechnet werden

→ Aktive Teilnahme ab Q3



SANE in max. 2 aufeinanderfolgenden Quartalen möglich

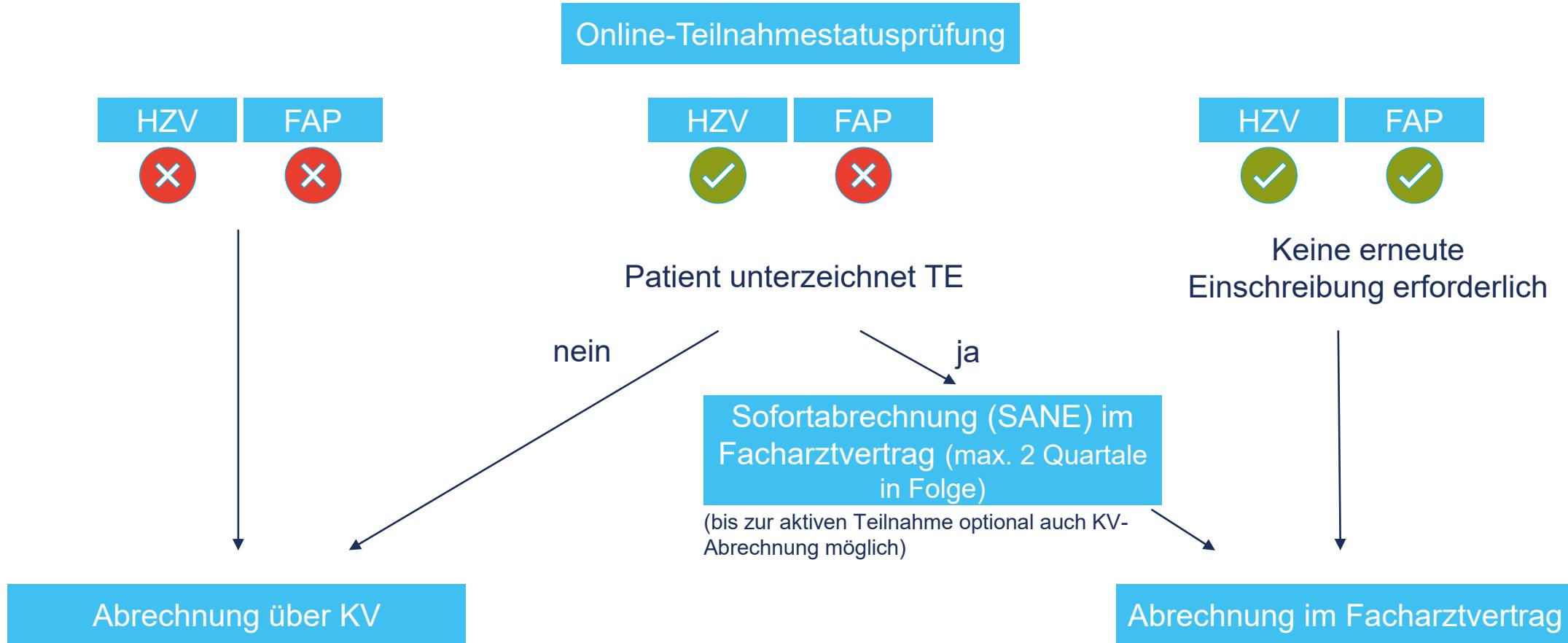
wird Einschreibung nach zwei Quartalen nicht wirksam → Reduktion der Vergütung für Q1 und Q2 um 15% und Ablehnung der Abrechnung ab Q3

# SOFORTABRECHNUNG NACH EINSCHREIBUNG (SANE)

## WICHTIGE INFORMATIONEN ZU 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
- **Voraussetzungen** zur SANE müssen **erfüllt** sein → sonst Ablehnung der Sofortabrechnung
- Einschreibeverfahren, Abrechnungs- und Auszahlungsprozesse bleiben **unverändert**

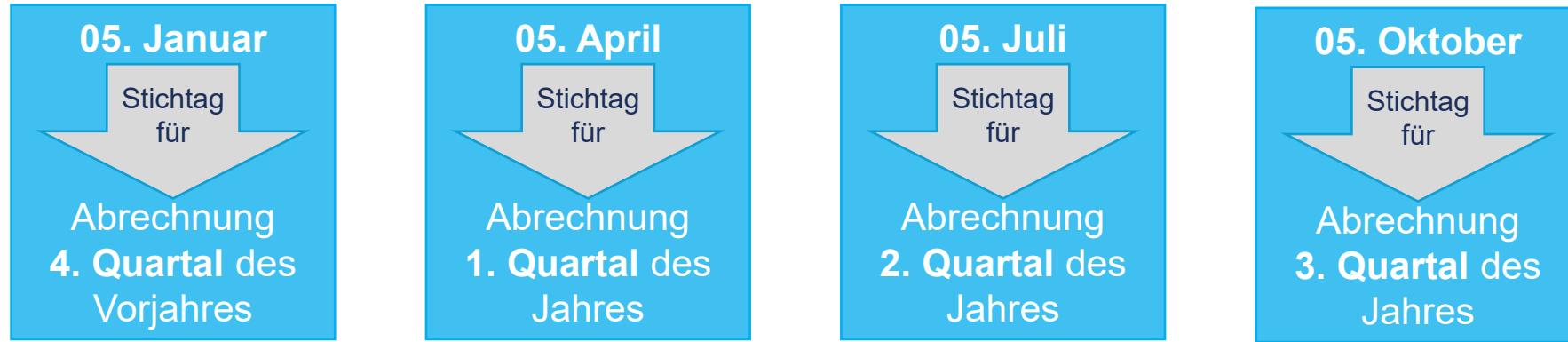
# PRAXISABLAUF



# AGENDA

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

# ABRECHNUNGSPROZESS



Abrechnungsprüflauf in der Vertragssoftware

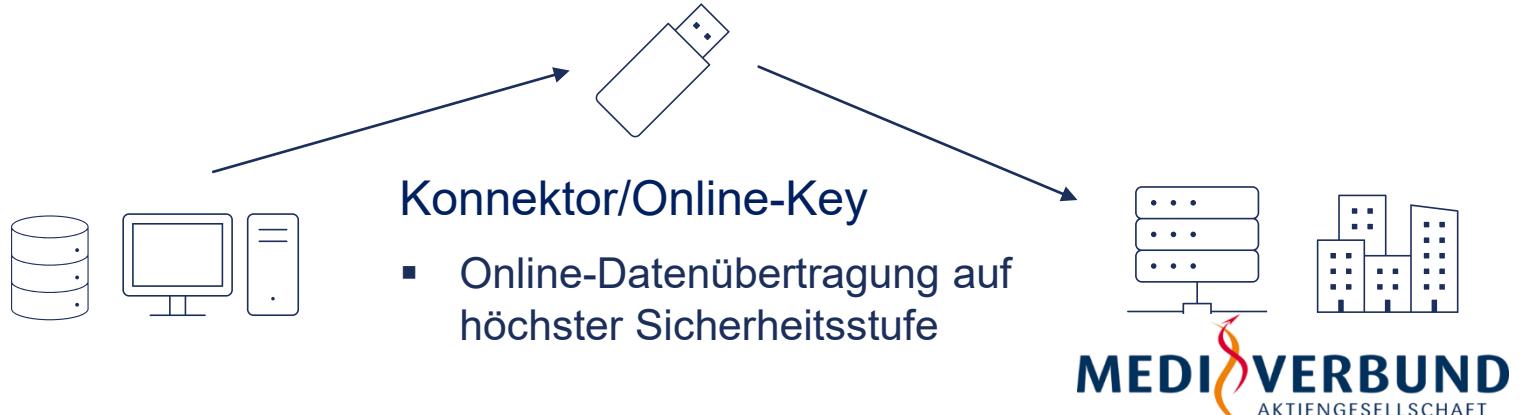
Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key

Bestätigung des Eingangs durch die MEDIVERBUND AG

Prüfung durch MEDIVERBUND AG - Gegenprüfung durch Kasse

Auszahlung und Versand Abrechnungsnachweis durch MEDIVERBUND AG  
(Mitte des 3. Monats nach Abrechnungsquartal z.B. Q1 → Auszahlung Mitte Juni )

# DATENÜBERMITTLUNG



## Vertragssoftware

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

**MEDI**VERBUND  
AKTIENGESELLSCHAFT

## 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 (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, Behandlungsdaten, 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)

# 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
    - monatlich in Höhe von max. **29,50 € pro Grundpauschale P1** des vorangegangene Abrechnungsquartals
    - im laufenden Abrechnungsquartal
  - **Schlusszahlungen**

\* nicht im BKK LV Süd-Vertrag

# KOSTENÜBERSICHT

## Einschreibepauschale

- einmalig **357 €** pro Vertragsteilnahme (max. 714 € pro HBSNR)
- Gründe: Vorleistung in der Vertragsentwicklung, Aufbau eines Abrechnungszentrums

## Verwaltungskosten auf das Abrechnungshonorar

- **3,57 %** für Mitglieder MEDI BW e.V., BdP BW e.V.
- **4,165 %** für Nichtmitglieder

## IT-Kosten

- Je nach Softwareanbieter ca. 60-100 € im Monat

# IT ANSCHUBFINANZIERUNG BOSCH BKK

- **200,00 €** erhalten Sie automatisch mit der Abrechnung des ersten Bosch BKK Versicherten von der MEDIVERBUND AG erstattet
- **300,00 €** erhalten Sie nach Beantragung von der Bosch BKK
- Zum Aufbau der organisatorischen Strukturen zur Kooperation mit der Patientenbegleitung der Bosch BKK
- Nach Zulassung zum Vertrag mit dem dafür vorgesehenen Faxformular direkt bei der Bosch BKK zu beantragen:

Beantragungsformular:

[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de) → Leistungen → Verträge/Abrechnung → AOK/Bosch BKK  
Gastroenterologie → Inhalte des Infopaketes → Formular zur Beantragung Bosch BKK Zuschuss



# AGENDA

1. Grundlagen, Ziele und Systematik
2. Vorteile und Anforderungen teilnehmender Ärzte
3. Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung Arzt
4. Teilnahme der Versicherten
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)
- Gesamtziffernkrank (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		Anderungsdatum	Anderungs-vermerk	HZV	Kardiologisch	Anmerkung	Gastroenterologie	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie	
GOP	Beschreibung			Anmerkung	Anmerkung		Anmerkung							
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Aenderung: Honorerung	obligatorisch	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Aenderung: Honorerung	obligatorisch	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Aenderung: Anmerkung	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			FAV-Leistung	obligatorisch für ermächtigte Ärzte		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte		
01323	Zuschlag zu der Gebührenordnungsposition 01321 für die Behandlung aufgrund einer TSS-Vermittlung gemäß Allgemeiner Bestimmung 4.3.10.1 oder 4.3.10.2	01.07.2020	neue Ziffer zum FAV-Ablauf	FAV-Ablauf	obligatorisch		obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte	
01410	Besuch												obligatorisch	
01411	Dringender Besuch I												obligatorisch	
01412	Dringender Besuch II												obligatorisch	
<b>BKK LV Süd Mein Facharzt Modul Gastroenterologie Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Gastroenterologie Q1/2025</b>														
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>1. 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>Hausarzteleben:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• <i>körperlicher Status erheben</i></li><li>• <i>familiäre Anamnese Darmerkrankungen</i></li><li>• <i>Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)</i></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		P1a	
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			
P1b				
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

# ABRECHNUNGSSYSTEMATIK GASTROENTEROLOGIE

Grundpauschale

oder

Vertreterpauschale



Zuschläge



Zusatzpauschalen



Einzelleistungen

# LEGENDE

- AOK BW-/Bosch BKK-/BKK LV Süd-Vertrag
- **AOK BW-/Bosch BKK-Vertrag**
- BKK LV Süd-Vertrag

## Symbole



wird vom Facharzt angesetzt/abgerechnet



wird bei Abrechenbarkeit/Erreichen von MEDIVERBUND erzeugt



nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. ICD-Liste



nur abrechenbar bei Vorliegen der Diagnosen gem. Anhang 2 zu Anlage 12 - Vergütungsregeln



Fernbehandlung möglich



Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter



zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

# GRUNDPAUSCHALE UND ZUSCHLÄGE

**P1** Grundpauschale (1x/Quartal)

   32,00 €  
40,00 €

+ **Q1** Pharmakotherapie

  4,00 €

+ **Q3** Farbdoppler

   2,00 €

**P1UE** additiv zu P1 abrechenbar bei Überweisung vom HZV-Hausarzt

   10,00\* €

Oder **V1** Vertreterpauschale

   17,50€

\*Bosch BKK 5,00 €



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

# ZUSATZPAUSCHALEN UND ZUSCHLÄGE

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

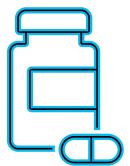
\*BKK LV Süd 10,00 €  
Bosch BKK 5,00 €

# 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 Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)		40,00 €
<b>E2d</b> Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragenem 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)	  	109,25 €
<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 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 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M27</b> Aufklärungsgespräch GT1b, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M28</b> Aufklärungsgespräch GT2, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M29</b> Aufklärungsgespräch GT4, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M30</b> Aufklärungsgespräch GT5, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M31</b> Aufklärungsgespräch GT6, therapieerfahren mit kompensierter Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €
<b>M13</b> Aufklärungsgespräch GT3, therapienaiiv, 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 EPCLUSIA

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

**EP1** Aufklärungsgespräch GT1a, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

**EP2** Aufklärungsgespräch GT1b, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

**EP3** Aufklärungsgespräch GT2, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

**EP4** Aufklärungsgespräch GT3, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

**EP5** Aufklärungsgespräch GT4, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

**EP6** Aufklärungsgespräch GT5, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

**EP7** Aufklärungsgespräch GT6, keine Zirrhose, bei 12-wöchiger Behandlung  
(1x pro Patient additiv zu P1b)



50,00 €

# THERAPIE MIT EPCLUSIA

<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 EPCLUSIA

<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 EPCLUSIA

<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.
  - Beispiel: Leistungsdatum 12.02. → Korrekturübermittlung bis zum 31.03. des Folgejahres
- 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.



# REGELWERKSPRÜFUNG DER KV

- Es gibt bei allen § 140a -Verträgen eine Regelwerksprüfung seitens der KV. Aufgrund dieser Prüfung werden Leistungen, die sich im GZK befinden und bei 140a Patienten über die KV abgerechnet werden direkt aus der KV Abrechnung gestrichen.
- In diesem Fall können Sie den Behandlungsfall innerhalb von 12 Monaten nach Ende des Leistungsquartals elektronisch über die Vertragssoftware nachabrechnen, damit eine Vergütung der Leistungen stattfinden kann.



**Bitte beachten Sie:** In den meisten Fällen wird nicht der gesamte Fall von der KV abgewiesen. Bitte stellen Sie vor einer Nachabrechnung über den Vertrag sicher, dass für diesen Patienten keine Leistungen von der KV vergütet wurden.

# LABORLEISTUNGEN

- 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. Teilnahme der Versicherten**
- 5. Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)**
- 6. Vergütungssystematik und Datenübermittlung**
- 7. Vertragsdokumente und Abrechnungssystematik**
- 8. Internetauftritt**

The screenshot illustrates the Medi-Verbund website's navigation and service offerings. A red box highlights the "Leistungen" (Services) menu item, which is expanded to show various services including "Politische Vertretung", "Verträge & Abrechnung", and "Gastroenterologie". A blue arrow points from the "Gastroenterologie" link in the "Leistungen" menu to the "Gastroenterologie" service page. Another blue arrow points from a stylized stomach icon on a sidebar to the same "Gastroenterologie" service page.

**MEDI VERBUND**  
GEHEIMSAM. STARK. GESUND.

Home   **Leistungen**   Über MEDI   ePA   Bundestagswahl 2025   Blog   Presse   Mein MEDI  

Jetzt MEDI-Mitglied werden

Wenden Sie jetzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen!

[Mehr](#)

Politische Vertretung  
**Verträge & Abrechnung**  
Fortschreibungen & Veranstaltungen  
MVZ  
Versicherungen  
Musterverträge  
Famulatur & PJ  
Shop für Praxis- & Sprechstundenbedarf  
Arztportal  
Arztsuche  
Partner  
specialiCED

AOK BW / Bosch BKK  
**Gastroenterologie**

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

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

[Elektronische Arztvernetzung](#)  
AOK BW  
[Mehr erfahren](#)

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

**Ansprechpartner**

Sophie Friedrich  
Telefon 0711 80 60 79 - 273

Evangelia Pechlivanis-Poulos  
Telefon 0711 80 60 79 - 269

E-Mail:  
vertrage@medi-verbund.de

68   Vertragsschulung Gastroenterologie

**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

- Alle Dokumente, den Facharztvertrag betreffend abrufbar (z.B. Abrechnungsnachweis oder Abrechnungsempfangsbestätigung)
- Ihre, bei uns hinterlegten, persönlichen Daten einsehen und uns Änderungen zeitnah, einfach und komfortabel mitteilen
- Ihre persönlichen Zugangsdaten und alle relevanten Informationen zum MEDIVERBUND Arztportal erhalten Sie mit Ihrem Starterpaket

**MEDI VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

---

## Login

MEDI-ID \*

Passwort \*

Anmelden

[zurück zu MEDI Arztportal](#)

Sie haben Ihr Passwort vergessen? Dann können Sie es [hier](#) ändern.

The screenshot displays the MEDIVERBUND Arztportal interface. At the top, there's a navigation bar with links for 'Meine Daten', 'Dokumente', 'FAQ', 'Kontakt', and 'Abmelden'. A blue gear icon is visible on the right.

The main area shows a welcome message: "Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!". Below it, there are two tabs: "Daten" and "Dokumente". Under "Daten", there are buttons for "Meine Daten anzeigen" and "Zu den Dokumenten".

Two overlapping windows are shown below:

- MEINE DATEN**: This window shows a table of personal data. The columns include "Persönliche Daten", "Praxen", "Angestellte", "Verträge", "Bankverbindung ändern", "Verbandsmitgliedschaften", and "Passwort ändern". A note says: "Hier finden Sie eine Übersicht ihrer eingegebenen Daten. Bitte klicken Sie auf die Tabellenzelle, um einen Datensatz zu ändern." Data rows include: "Ihr Name: [redacted] Herkunftsland: [redacted]", "LANR: 71", "MEDIVERBUND-ID: 1", "E-Mail: praxis@mediverbund.de", "Mobilfunknummer: 01", and "Erhalt des Sicherheitscodes für den Login: via SMS an: [redacted]".
- DOKUMENTE**: This window shows a list of documents. The columns are "Betreff", "Dokumententyp", "Eingang", and "Gelesen". Each row includes a download link. Examples include: "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), and "Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016" (Bosch BKK PNP, 28.10.2016, ✓ 08.11.2016, Download).



## Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztsuche

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 Psychotherapeut 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.

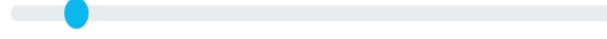
Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.

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**  


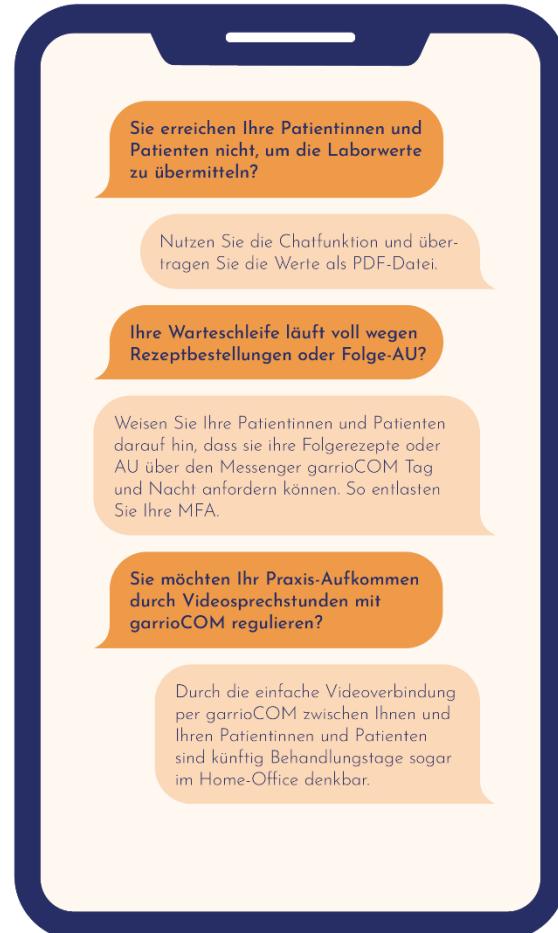
# ANSPRECHPARTNER BEI DEN KRANKENKASSEN

- Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite

The screenshot shows a website for AOK BW / Bosch BKK in the Gastroenterology field. It features a sidebar with navigation links like 'Allgemeine Informationen und Formulare', 'Inhalte des Infopakets', 'Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung', 'Vertragsunterlagen', and 'Anlagen zum Vertrag'. The main content area displays download links for participation declarations ('Teilnahmeerklärung') and accounting documents ('Abrechnungsunterlagen') from various health insurance companies. The companies listed are AOK BW / Bosch BKK, BKK LV Süd, and MEDIVERBUND AG (Aktiengesellschaft).

Download Type	Health Insurance Company	Link Description
Teilnahmeerklärung	AOK BW / Bosch BKK	<a href="#">Herunterladen</a>
Teilnahmeerklärung	BKK LV Süd	<a href="#">Herunterladen</a>
Abrechnungsunterlagen	BKK LV Süd	<a href="#">Herunterladen</a>

# 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.

## IHRE VORTEILE:

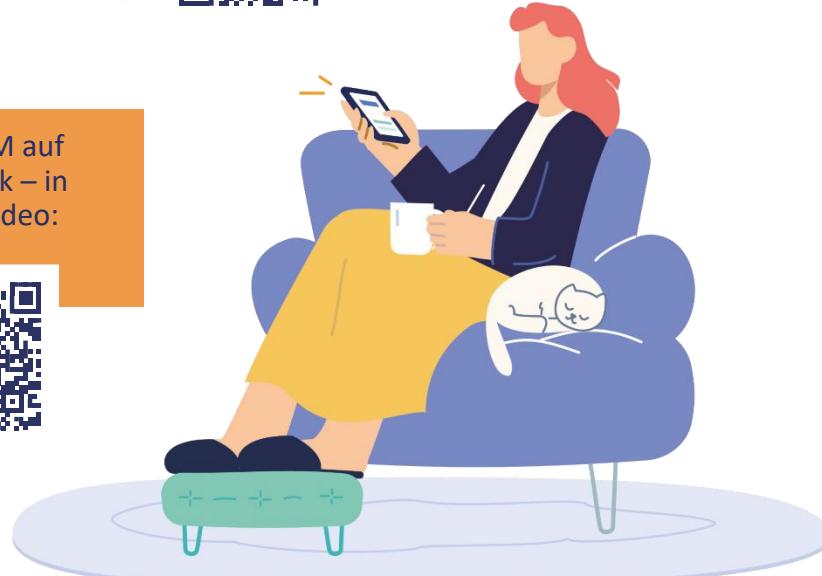
- Entlastung der Telefonie durch digitale Bestellung von Rezepten und AU
- sichere Kommunikation – inklusive Austausch von Bildern und Dateien
- Videosprechstunde
- patientenbezogene Chatfunktion
- digitale Bereitstellung von Formularen
- webbasiert und intuitiv – keine Installation notwendig
- DSGVO-konform
- von Praxisteam 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 VON 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-ifmm.de](mailto:reutter@mediverbund-ifmm.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-ifmm.de](mailto:reutter@mediverbund-ifmm.de)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

[www.medi-verbund.de](http://www.medi-verbund.de)



Noch Fragen? Sie erreichen uns unter:

Frau Friedrich: 0711 80 60 79 273

Frau Pechlivani-Plouskas: 0711 80 60 79 269

vertraege@medi-verbund.de

