

# 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.

# 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.

- Mehr Zeit für Beratung, die besser honoriert wird
- Bessere Compliance von Seiten der Patienten

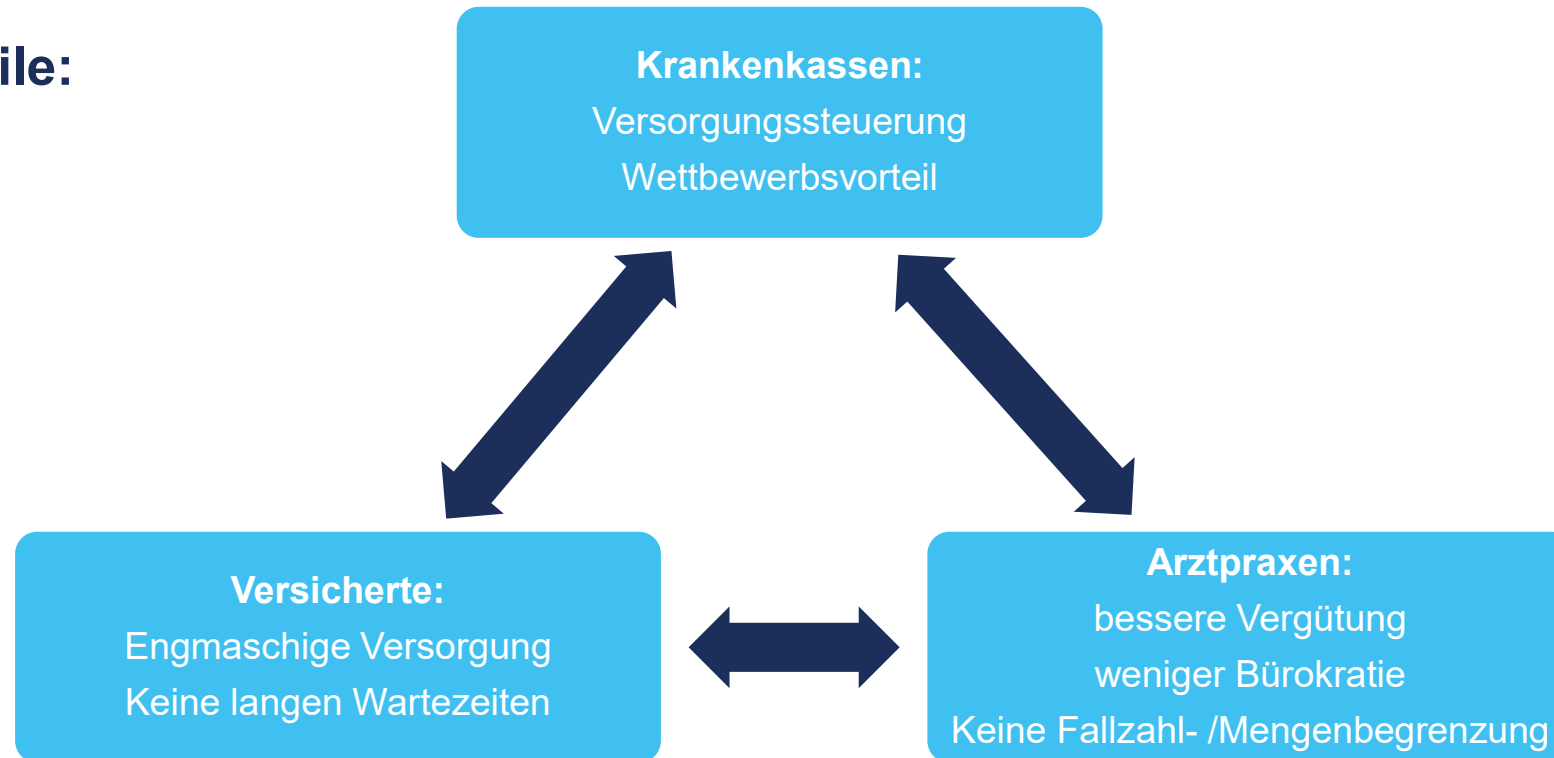
## Patienten wünschen sich z.B.

- Als Mensch und Experte Ihrer Erkrankung wahrgenommen zu werden
- Ausreichende und verständliche Informationen zu ihrem Krankheitsbild

# 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/Psychotherapeuten 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 20% 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.**
  - Abendprechstunde (Terminprechstunde) 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 Registeranzug)
- 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 (Gastroskopen und Koloskopen) 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 sederter 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

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

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

**Stammdaten Arzt**

Einzelpraxis  Berufsausübungsgemeinschaft (BAG)  MVZ  ermächtigter Arzt

LANR: \_\_\_\_\_ HBSNR: \_\_\_\_\_ Mitglied im:  Mitglied im  Mitglied im

Nachname: \_\_\_\_\_ Vorname: \_\_\_\_\_

Name MVZ: \_\_\_\_\_

Straße & Hausnummer (Praxisanschrift): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

PLZ: \_\_\_\_\_ Ort: \_\_\_\_\_ Fax: \_\_\_\_\_

E-Mail Adresse: \_\_\_\_\_

**Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)**

Kreditinstitut: \_\_\_\_\_

IBAN (zwingend erforderlich): \_\_\_\_\_ BIC (zwingend erforderlich): \_\_\_\_\_

Kontoinhaber: \_\_\_\_\_

**Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten**

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder Baden-Württemberg e. V., des bng e. V. oder des BNFI e. V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,59% erhoben. Verwaltungsgebühr beträgt 397 € (max. 714 € je HBSNR).

**Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung**

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

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsannahme werden diese Daten an die AOK Baden-Württemberg (AOK) über die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abschlagsdaten einschließlich Verordnungsdaten Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von V verarbeitet und genutzt.
- Die AOK erhält durch den MEDIVERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztuche erforderlichen Angaben Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosh BKK, des MEDIVERBUNDES, und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusatz Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragsart.
- Die der AOK vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudo-Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Ver und genutzt.

**Vertragsannahme des Vertragsarztes/MVZ**

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

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass:
  - die landesweit einheitliche Versichertenbeschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschrieben gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 6);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit der AOK einen Vertrag abgeschlossen hat (§ 25 Abs. 1);
  - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert; Der Zugang kann du per Telefax erfolgen;
  - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenbeschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung Einhalten und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemein-gesetzlichen Re habe und meine Vertragsannahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
  - ich selbst meine Vertragsannahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIV kann;
  - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
  - der MEDIVERBUND das von der Betriebskrankenkasse geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden Verwaltungskosten auf das oben benannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
  - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), te vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) u abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

Unterschrift Vertragsarzt: \_\_\_\_\_ Stempel der Arztpraxis: \_\_\_\_\_

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ: \_\_\_\_\_

Datum (TT.MM.JJ): \_\_\_\_\_

## Teilnahmeerklärung Bosch BKK

Ich möchte die Versicherten der Bosh BKK nach demselben und habe das entsprechende BKK-Abrechnungsmodell schalten lassen.

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

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

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

- Gastroenterologie Mit meiner Untersc einer gültigen Vertr § 140a mit der AOK ein Modul für die A
- Kardiologie Ich verwende für di Vertragssoftware:
- PNP
- Orthopädie
- Urologie

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

Straße: \_\_\_\_\_ PLZ: \_\_\_\_\_

### Wichtige Hinw

- Eine Vertragssoftware ist **nicht** automatisch gleichzuset tions-System (Praxissoftware). In der Regel müssen Si Ihrem AIS-Anbieter bestellen, freischalten oder installie
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die v ist. Die derzeit gültige Vertragssoftware ist auf der Inter
- Ohne eine zugelassene Vertragssoftware können Sie:
  - keine Abrechnung für den jeweiligen Selektivvertrag durchführen;
  - ggfs. eine Fehl-/Doppeltabrechnung gegenüber der V nehmen.

Bitte per Fax an 0711 - oder per Post an die MEDIVERBUND AG, I

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

**Stammdaten**

LANR (9-stellig): \_\_\_\_\_ HBSNR: \_\_\_\_\_

Titel, Nachname, Vorname: \_\_\_\_\_

**Verbandsmitgliedschaften**

MED Baden-Württemberg e. V.  
 BNG  
 BNFI

**Vertragssoftware**

Ausstattung mit einer vertragspezifischen Software (BKK VAG BW Gastroenterologie)

Wichtige Hinweise:

- Die Zulassung zum Vertrag kann erst mit funktionstüchtiger Installation der Vertragssoftware erfolgen (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsf formular)
- Die Vertragssoftware ist nicht gleichzusetzen mit Ihrem Arztinformationssystem
- Es darf nur Vertragssoftware verwendet werden, die von der Managementgesellschaft für den BKK VAG BW Gastroenterologie-Vertrag zugelassen ist.

**Datenübernahme (Verkürzte Teilnahmeerklärung)**

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

**Vertragsannahme des Vertragsarztes/ MVZ**

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

- Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass:
  - die landesweit einheitliche Versichertenbeschreibung erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 6);
  - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KV BW mit dem BKK Landesverband Süd einen sog. Bereinigungsvertrag abgeschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
  - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
  - meine Vertragsannahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsannahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
  - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versichertenbeschreibung (§ 4), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsannahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
  - ich selbst meine Vertragsannahme mit einer Frist von sechs Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
  - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen den MEDIVERBUND richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
  - 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;
  - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z. B. Zulassungsrückgabe), spätestens 6 Monate vor Eintritt der Änderung mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

**Einwilligung in Datenverarbeitung und -nutzung**

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

- Die hier angegebenen Daten (Name, Adresse etc.) werden vom MEDIVERBUND zur Durchführung des Vertrages erhoben, verarbeitet und genutzt. Zur und nach Bestätigung meiner Vertragsannahme werden diese Daten an die Betriebskrankenkasse (BKK) und das von der BKK VAG Baden-Württemberg beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von mir an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abschlagsdaten einschließlich Verordnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt.
- Die Betriebskrankenkasse oder deren beauftragtes Dienstleistungsunternehmen erhält durch den MEDIVERBUND die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der Betriebskrankenkasse und des BKK Landesverbandes Süd, des MEDIVERBUNDES, und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt.
- Die der Betriebskrankenkasse vorliegenden Verordnungs- und Diagnosedaten werden ggf. von einem unabhängigen externen Institut in pseudonymisierter Form zur Durchführung von Qualitätszirkeln, praxisindividuellen Auswertungen (vgl. Anlage 2) und bei Bedarf zur Beratung von HZV-Versicherten verarbeitet und genutzt.

Unterschrift Vertragsarzt: \_\_\_\_\_ Stempel der Arztpraxis/ des MVZ: \_\_\_\_\_

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ: \_\_\_\_\_

Datum (TT.MM.JJ): \_\_\_\_\_

➔ Markierte Felder sind Pflichtfelder

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

# 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

## VERSICHERTENTEILNAHMEERKLÄRUNG AOK

Wird über die Software erzeugt und gedruckt

Patientenindividueller vierstelliger Code („TE-Code“)

Unterschriftenfelder

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

**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**

**Mir 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. mit § 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-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erkläre ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen 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 unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK 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.

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm freiwillig ist.
- Ich bei Nichterfüllung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- Ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits 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 Teilnahmebeginn am AOK-Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-Hausarztprogramm meine Teilnahme am AOK-Facharztprogramm endet; in dem Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

**Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.**

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

**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**

**Ich 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. mit § 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-Hausarzt- und AOK-Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür erkläre ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erfassen und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-Facharztprogramms i.V.m. dem AOK-Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- Im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen 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 unterschreiben muss. Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-Facharztprogramms durch die AOK 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.

**Ja, ich möchte an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-Hausarztprogramm) teilnehmen.**

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	M	M	J	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Zusatzangaben für Facharztvertrag 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



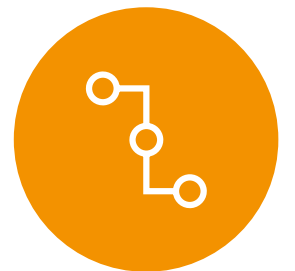
# ONLINE-EINSCHREIBUNG

## ABLAUF

1. Information des Versicherten über den Vertrag/Aushändigung des Versicherten-Merkblatts
2. Beantragung der Teilnahme in der Software und Ausdruck der Teilnahmeerklärung (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 Teilnahmeerklärung über die Vertragssoftware unter Eingabe des aufgedruckten vierstelligen Codes und Übermittlung des Einschreibedatensatzes an das Rechenzentrum der MEDIVERBUND AG



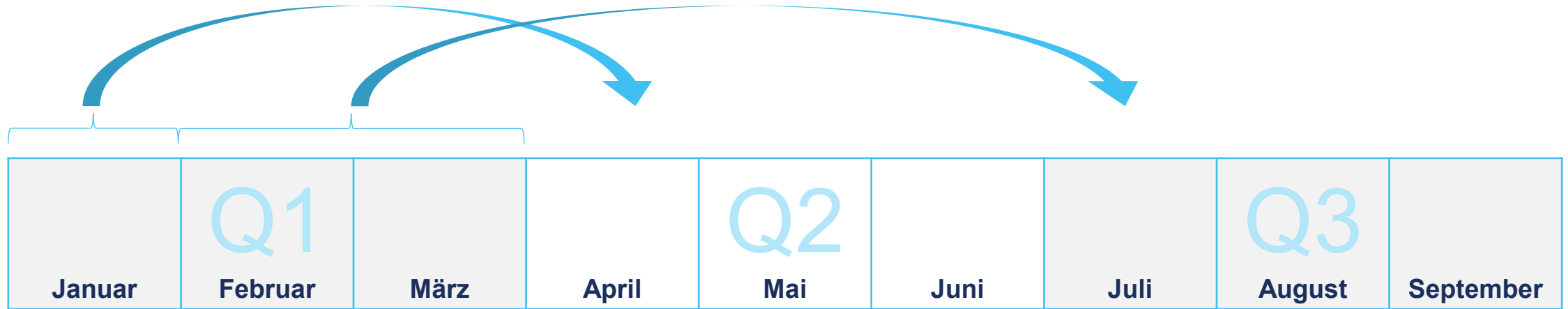
**Tipp:** Prüfen Sie den Status der Versichertenteilnahmeerklärung in der Vertragssoftware: Status „erfolgreich“ zeigt eine erfolgreiche Übermittlung an



# 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“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist derzeit <u>kein</u> aktiver Vertragsteilnehmer“	„Patient ist bereits aktiver Vertragsteilnehmer“
			
Keine Einschreibung möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich	Einschreibung ins Facharztprogramm möglich, wenn aktiver HZV-Teilnehmer	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

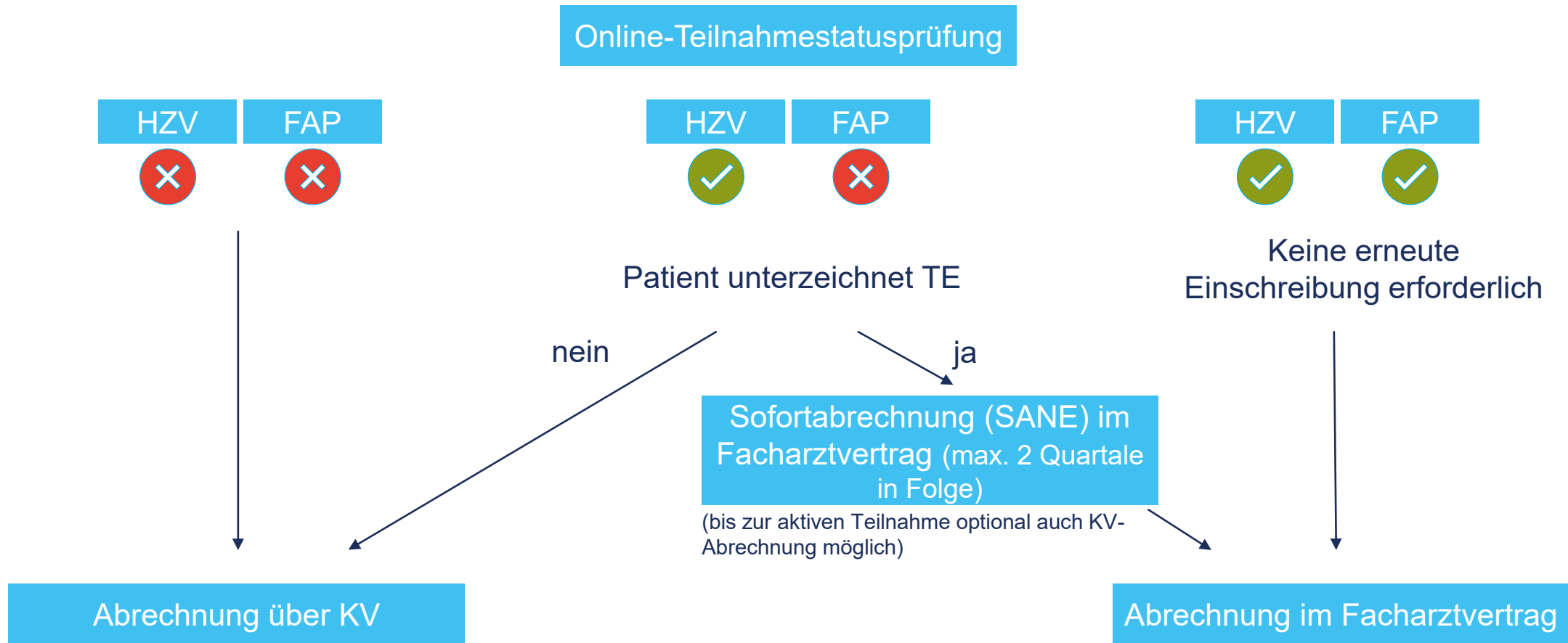
wird Einschreibung nach zwei Quartalen nicht wirksam → Reduktion der Vergütung für Q1 und Q2 um 15% und Ablehnung der Abrechnung ab Q3

# 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**

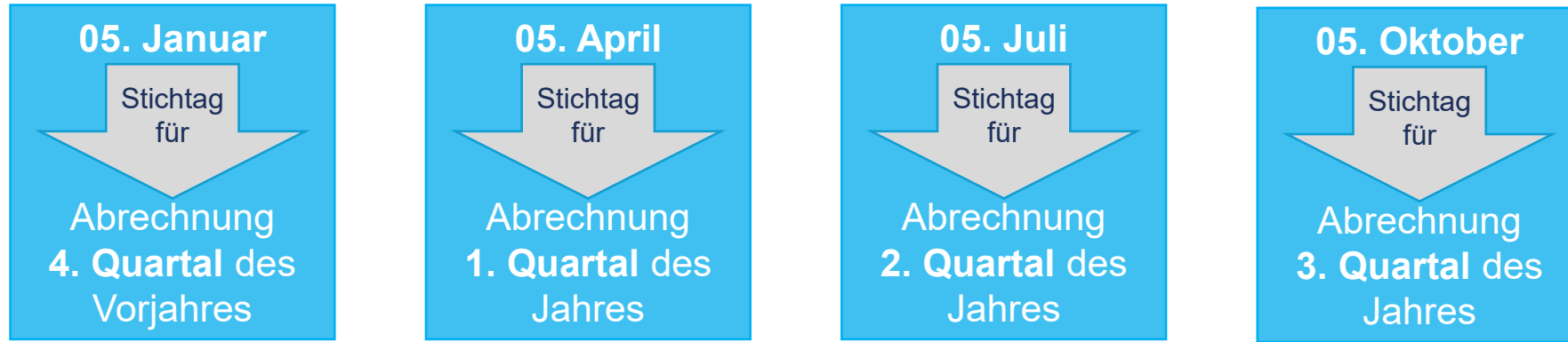
# PRAXISABLAUF



# 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

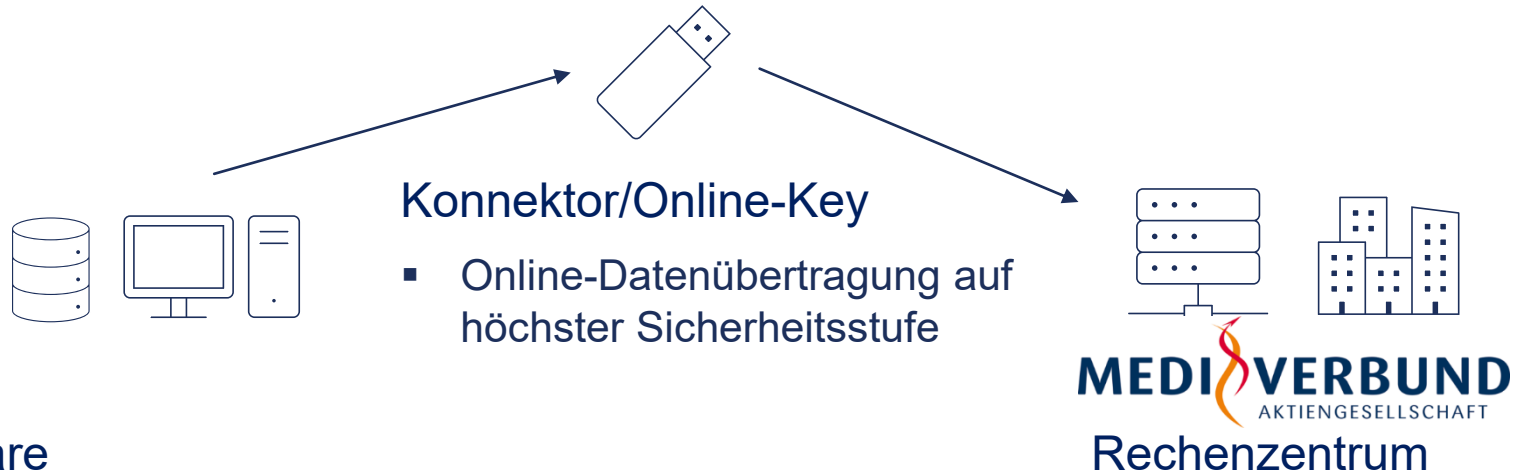
Übermittlung der Abrechnungsdaten via Vertragssoftware + Online Key

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

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

# VERARBEITUNG DER DATEN

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

## Datenübermittlung an AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd

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

# AUSZAHLUNGSPROZESS

- Die MEDIVERBUND AG übermittelt die geprüften Abrechnungen an die AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd, wo sie erneut geprüft werden.
- Ermittlung des mit der AOK BW/Bosch BKK/BKK LV Süd abgestimmten Abrechnungsbetrages
- **Die Auszahlung erfolgt in zwei Schritten**
  - **Abschlagszahlungen** \* und
    - **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 Infopakets → 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						Gastroenterologie						
GOP	Beschreibung	Änderungsdatum	Änderungsvermerk	HZV	Kardiologie	Anmerkung	PNP	Orthopädie	Urologie	Rheumatologie	Nephrologie	Pneumologie
				Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung	Anmerkung
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I	01.10.2017	Änderung: Honorierung	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II	01.10.2017	Änderung: Honorierung	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01102	Inanspruchnahme an Samstagen	01.04.2015	Änderung: Anmerkung	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch - kein Zielauftrag möglich	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser			FAV-Leistung	obligatorisch ermächtigte	obligatorisch	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	#3112 absetzen	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch	obligatorisch für ermächtigte Ärzte
01410	Besuch											
01411	Dringender Besuch I											
01412	Dringender Besuch II											

BKK LV Süd Mein Facharzt Modul Gastroenterologie Anlage 12 Anhang 1 Ziffernkranz Gastroenterologie Q1/2025												
GOP	Beschreibung											
01100	Unvorhergesehene Inanspruchnahme I											
01101	Unvorhergesehene Inanspruchnahme II											
01102	Inanspruchnahme an Samstagen											
01321	Grundpauschale II für ermächtigte Ärzte, Institute und Krankenhäuser											
01410	Besuch											
01411	Dringender Besuch I											
01412	Dringender Besuch II											
01413	Besuch eines weiteren Kranken											
01415	Dringender Besuch in beschützenden Wohnheimen											
01416	Begleitung eines Kranken durch den behandelnden Arzt beim Transport											
01430	Verwaltungskomplex											

# DOKUMENTE FÜR DIE ABRECHNUNG

- **Vergütung (Anlage 12)**

- Enthält die Abrechnungsziffern, Regeln und Vergütungen

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

- **ICD-Liste (Anlage 12 Anhang 2)**

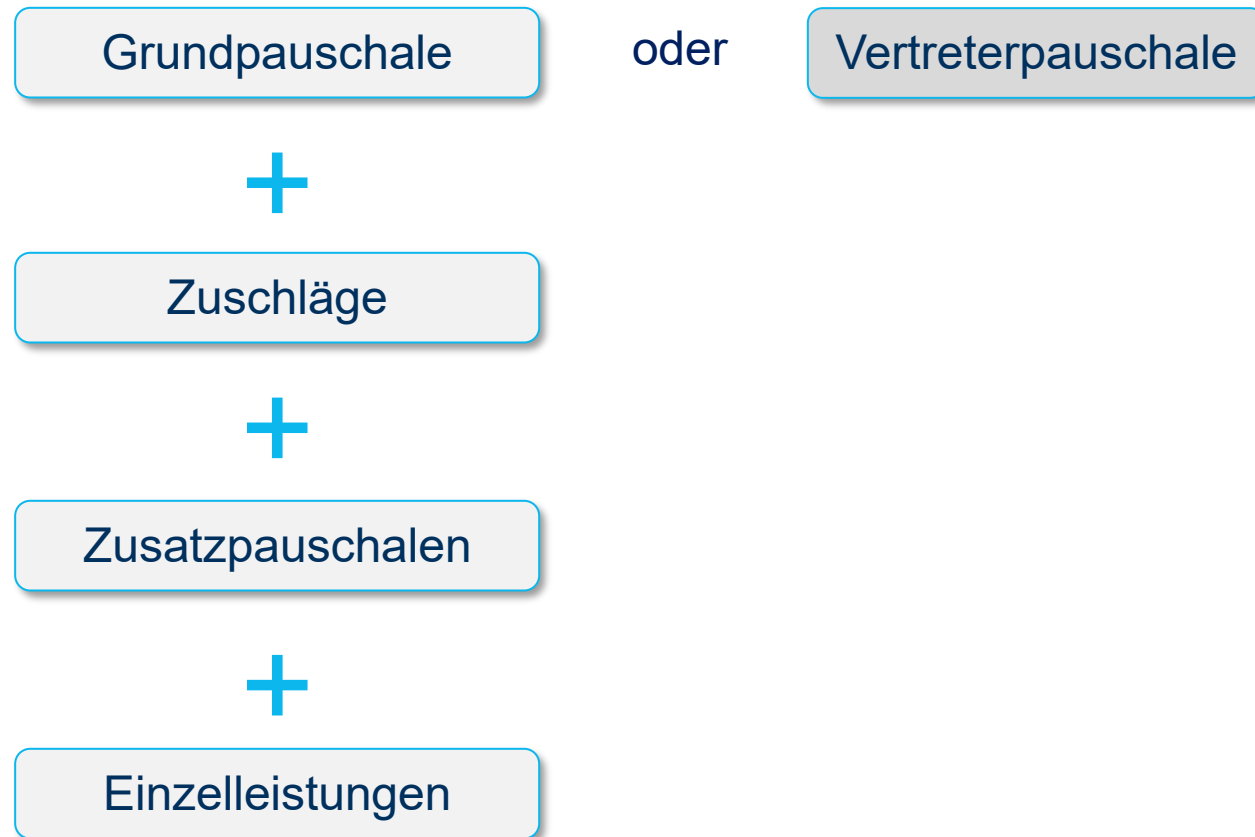
- Auflistung und Zuordnung der Diagnosen, die für die Abrechnung bestimmter Ziffern vorliegen müssen

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
A06.4	Leberabszess durch Amöben	P1a	
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum		
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und hepaticum		
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne hepaticum		
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum		
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum		

ICD 10	Klartext	Kreuz-Stern-Diagnose, abrechenbar nur in Verbindung mit	Pauschale
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen		P1a
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation		P1a
I85.0	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



# 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



Fernbehandlung möglich



Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter



zur Abrechenbarkeit muss ein entsprechender Nachweis vorliegen

# GRUNDPAUSCHALE UND ZUSCHLÄGE

## P1 Grundpauschale (1x/Quartal)

+ Q1 Pharmakotherapie

+ Q3 Farbdoppler

 32,00 €  
40,00 €

 4,00 €

 2,00 €

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

 10,00\* €

## Oder V1 Vertreterpauschale














 17,50€

\*Bosch BKK 5,00 €













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

# ZUSATZPAUSCHALEN UND ZUSCHLÄGE






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

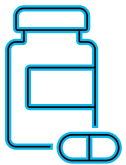
\*BKK LV Süd 10,00 €  
Bosch BKK 5,00 €

# EINZELLEISTUNGEN

<b>E1a</b> Gastroskopiekomplex		124,00 €
<b>E1b</b> Zuschlag Polypektomie		28,00 €
<b>E2a</b> Koloskopiekomplex		232,00 € 238,00 €
<b>E2b</b> Zuschlag Polypektomie		55,00 €
<b>E2c</b> Zuschlag Laservaporation/Argon-Plasma Koagulation(en)		40,00 €
<b>E2d</b> Zuschlag Polypektomie (ab 4. abgetragenen 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 € 33,38€
<b>Onko 1</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	  	29,23 € 30,05€
<b>Onko 2</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	  	218,47 € 224,59€
<b>Onko 3</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	  	218,47 € 224,59€
<b>Onko 4</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	  	109,25 € 112,31€
<b>Onko 5</b> Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86522) seit 01.01.2026	  	152,21€
<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, therapienaiv, ohne Zirrhose, bei 8-wöchiger Behandlung (1x pro Patient additiv zu P1b)	  	50,00 €

# THERAPIE MIT MAVIRET

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

# THERAPIE MIT EPCLUSA

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

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








# THERAPIE MIT EPCLUSA

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















# THERAPIE MIT EPCLUSA

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

# THERAPIE MIT EPCLUSA

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

# THERAPIE MIT EPCLUSA

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

# ELEKTRONISCHES KORREKTURVERFAHREN

- Abrechnungskorrekturen können bis zu 12 Monate nach Ende des Quartals über die Vertragssoftware durchgeführt werden.
  - 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 shows the website's navigation menu with 'Leistungen' highlighted. A dropdown menu lists various services, with 'Verträge & Abrechnung' selected. Below the menu, there are three main sections: 'Jetzt MEDI-Mitglied werden', 'Gastroenterologie' (with a stomach icon), and a list of services. The 'Gastroenterologie' section is expanded to show a list of documents and information, including 'Allgemeine Informationen und Formulare', 'Inhalte des Infopakets', 'Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung', 'Vertragsunterlagen', 'Anlagen zum Vertrag', and 'Ansprechpartner bei der Krankenkasse'. A 'Zurück zur Übersicht' button is visible in the top right corner of the Gastroenterologie section.

**MEDI VERBUND**  
GEMEINSAM. STARK. GESUND.

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

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

**Jetzt MEDI-Mitglied werden**  
Werden Sie jetzt MEDI-Mitglied und profitieren Sie von zahlreichen Vorteilen!  
[Mehr](#)

**Gastroenterologie**  
AOK BW  
[> Mehr](#)

**Gastroenterologie**  
AOK BW / Bosch BKK  
[Zurück zur Übersicht](#)

**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 Pechlivani- Plouskas**  
Telefon 0711 80 60 79 – 269  
**E-Mail:**  
vertraege@medi-verbund.de

# www.medi-arztportal.de

- 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



## Login

MEDI-ID \*

Passwort \*

Anmelden

[zurück zu MEDI Arztportal](#)

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

The image displays three overlapping screenshots of the MEDIVERBUND Arztportal website. The top screenshot shows the main landing page with a navigation bar (Meine Daten, Dokumente, FAQ, Kontakt, Abmelden) and a central heading 'Herzlich Willkommen im MEDIVERBUND Arztportal!'. Below the heading are two main sections: 'Daten' with a button 'Meine Daten anzeigen' and 'Dokumente' with a button 'Zu den Dokumenten'. The middle screenshot shows the 'MEINE DATEN' page, which includes a sidebar with navigation options (Persönliche Daten, Praxen, Angestellte, Verträge, Bankverbindung ändern, Verbandsmitgliedschaften, Passwort ändern) and a main content area for 'Persönliche Daten'. The bottom screenshot shows the 'DOKUMENTE' page, which features a table of documents with columns for 'Betreff', 'Dokumententyp', 'Eingang', and 'Gelesen'. The table contains several rows of document entries, including 'Empfangsbestätigung der Abrechnungsdaten (OHNE Fehler) für MEDI ID' and 'Benachrichtigung über Abschlagsbetrag 4-2016'. Each row includes a 'Download' button.



## Herzlich Willkommen bei der MEDI-Arztssuche

Wir bieten Ihnen auf diesem Portal die Möglichkeit, Ärztinnen, Ärzte oder Psychotherapeutinnen und -therapeuten zu suchen, die an den Haus- oder Facharztverträgen in Baden-Württemberg teilnehmen. Profitieren Sie als Patientin oder Patient von einer besseren medizinischen Versorgung im Rahmen der Verträge. Wählen Sie dazu entweder Hausärztinnen und Hausärzte oder Fachärztinnen und Fachärzte aus. Anschließend können Sie Ihre Krankenkasse und das jeweilige medizinische Fachgebiet auswählen.

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

Hausärztinnen und Hausärzte

Zur Suche

Fachärztinnen und Fachärzte

Zur Suche

### Hausärzte

- AOK Baden-Württemberg
- AOK BW HZV
- AOK BW HZV Kinderärzte
- Bosch BKK
- BKK BOSCH BW HZV
- BKK LV Süd
- BKK LV Süd HZV

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

### Fachärzte

- AOK Baden-Württemberg
- AOK BW Diabetologie 140a
- AOK BW Gastro 140a
- AOK BW Gestationsdiabetes 140a
- AOK BW Kardio 140a
- AOK BW Nephrologie 140a
- AOK BW Orthopädie 140a
- ✓ AOK BW PNP 140a
- Neurologie

**Bitte wählen Sie im Menü Ihre Krankenkasse und das gewünschte Fachgebiet aus.** Anschließend können Sie durch Eingabe Ihrer Postleitzahl, eines Namens oder des gewünschten Leistungsspektrums einen am jeweiligen Facharztvertrag teilnehmenden Arzt oder Psychotherapeuten finden.  
**Bitte beachten Sie, dass hier nur Fachgebiete dargestellt werden, für die es derzeit einen Facharztvertrag mit der entsprechenden Krankenkasse gibt.**

## AOK BW Gastro 140a

-  AOK Baden-Württemberg
- AOK BW Diabetologie 140a
- AOK BW Gastro 140a**
- AOK BW Gestationsdiabetes 140a
- AOK BW Kardio 140a
- AOK BW Nephrologie 140a
- AOK BW Orthopädie 140a
- ▼ AOK BW PNP 140a

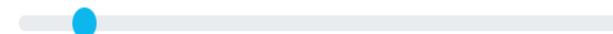
Bei der Postleitzahlen-Umkreissuche werden nur existierende Postleitzahlen innerhalb Baden-Württembergs berücksichtigt.  
Alle anderen Postleitzahlen liefern kein Ergebnis.

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

Nachname

Postleitzahl

Im Umkreis von **10** km



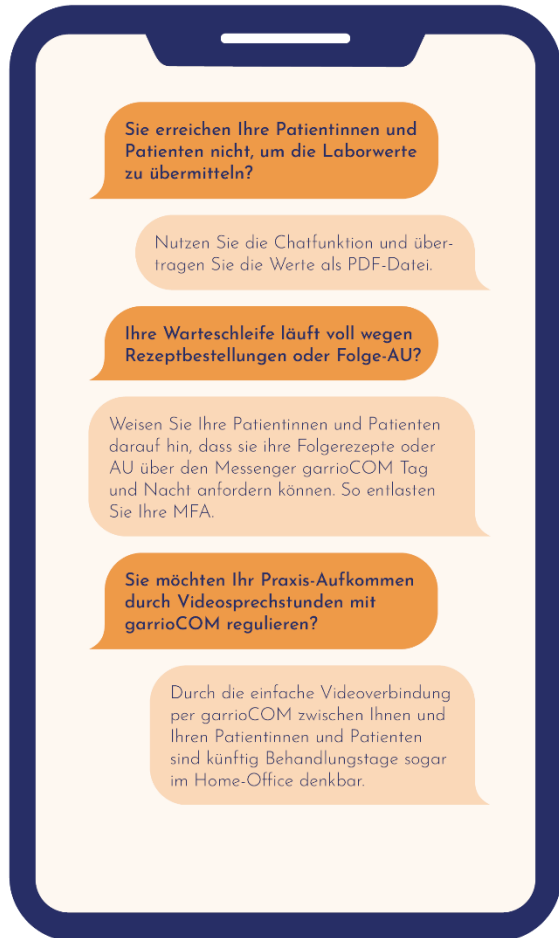
# ANSPRECHPARTNER BEI DEN KRANKENKASSEN

- Die aktuellen Listen der Ansprechpartner finden Sie auf unserer Internetseite

The screenshot displays the website for Gastroenterologie, featuring a navigation menu and several download buttons. The navigation menu includes: Allgemeine Informationen und Formulare, Inhalte des Infopakets, Schulungspräsentation und Online-Vertragsschulung, Vertragsunterlagen, Anlagen zum Vertrag, and Ansprechpartner bei der Krankenkasse. The main content area shows two download links for 'Teilnahmeerklärung' (one for AOK BW / Bosch BKK and one for BKK LV Süd) and one for 'Abrechnungsunterlagen' (for BKK LV Süd). A dropdown menu is open under 'Ansprechpartner bei der Krankenkasse', listing 'AOK' and 'AOK-Ansprechpartner vor Ort (Arzt-Partner-Service)'. A red banner at the bottom of the dropdown provides an overview of participating occupational health insurance companies in the Gastroenterology and Cardiology field in Baden-Württemberg, dated 01.01.2025.

# garríoCOM: DER SICHERE MESSENGER FÜR IHRE PRAXIS

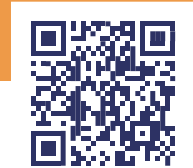
Nutzen Sie die neue App garríoCOM, um mit Ihren Patientinnen und Patienten zu kommunizieren und Ihren Praxisalltag zu entlasten.



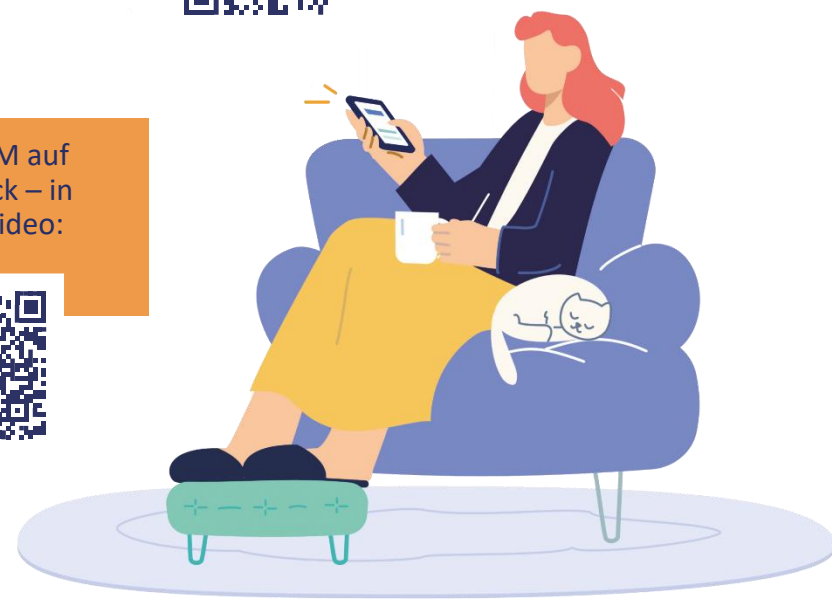
## IHRE VORTEILE:

- 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 Praxisteams entwickelt

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



garríoCOM 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 vergebenden Stipendien ist auf 100 begrenzt. Maßgeblich für die Bewilligung ist der Eingang des Stipendienvertrages an die Mailadresse [reutter@mediverbund-iffm.de](mailto:reutter@mediverbund-iffm.de).
  - Ausbildungen, die vor dem 01.07.2023 aufgenommen wurden und zu diesem Zeitpunkt noch nicht beendet waren, sind von der Begrenzung ausgenommen und können ebenso gefördert werden.
  - Anspruch auf das Stipendium besitzt der/die TrägerIn der Studiengebühren („StipendiatIn“)

→ Bei Interesse können Sie sich gerne an die folgende Adresse wenden [reutter@mediverbund-iffm.de](mailto:reutter@mediverbund-iffm.de)

# Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!

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



**MEDI & VERBUND**  
AKTIENGESELLSCHAFT

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

