

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN

Die Vertragspartner vereinbaren für die nachstehend aufgeführten vertraglichen Leistungen folgende Vergütung:

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
1. Pauschalen 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 Hausarztbene: <ul style="list-style-type: none"> • <i>körperlicher Status erheben</i> • <i>familiäre Anamnese Darmerkrankungen</i> • <i>Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)</i> • <i>regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen erfragen</i> • <i>Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste besprechen</i> • <i>Begleitschreiben für den Gastroenterologen</i> Gastroenterologische Leistungen 1. Dokumentation <ul style="list-style-type: none"> • Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten 2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung 3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B. <ul style="list-style-type: none"> • Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung, Farbdrucker • Abdominalsonografie 	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)) Ausnahmen: <ul style="list-style-type: none"> • Bei Notfällen ist die Abrechnung von P1 auch ohne Überweisung möglich. • Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichen Überweisungsvorbehalt 	32,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<ul style="list-style-type: none"> • Atemtest-Gerät • Diagnostische Proktoskopie <p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien <p>5. Beratungen Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst <p>6. Berichte/Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT 	<p>Ist nicht neben V1 abrechenbar</p> <p>Ist grundsätzlich nicht neben E3 am selben Tag und im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: siehe Abrechnungsregel E 3</p> <p>P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt.</p> <p>Für Patienten, für die der FACHARZT eine P1 abrechnet, darf im selben Quartal weder er selbst noch ggf. ein anderer Arzt seiner BAG oder seines MVZ eine Internistische Grundpauschale (EBM 13210-13212) über die Regelversorgung abrechnen.</p> <p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p> <p>HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK-HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-HZV-Vertrag abgerechnet</p>	

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.	
PIUE	Siehe P1	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt. • mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)) Nur additiv zu P1 abrechenbar.</p>	<p>AOK: 10,00</p> <p>Bosch BKK: 5,00</p>
Zusatzpauschale P1a	<p>Gastroenterologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</p> <p>Gastroösophageale Refluxkrankheit, Barrett-Ösophagus</p> <p>Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED <p><i>Hausarztebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • ggf. Wiedervorstellung zur Eradikationskontrolle • Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen 	<p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))</p>	27,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p>Gastroenterologische Leistungen:</p> <p>1. Dokumentation korrekte endstellige ICD-Codierung</p> <p>z.B. Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (K21.0) oder ohne (K 21.9), Barrett-Ösophagus (K 22.7), Sodbrennen ausgenommen (R12)</p> <p>z.B. Chronisch entzündliche nicht-infektiöse Darmerkrankungen (K50 bzw. K51 mit endstelliger Kodierung gem. Anhang 2). Die Kodierung der Ösophagitis und der gastroösophagealen Refluxerkrankung mit Ösophagitis (K20.0, K20.1., K20.8 oder K20.9 und K21.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.</p> <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p>		
	<p>3. ggf. apparative Diagnostik z.B.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie ggf. mit PE, • HUT, • C-13-Atemtest, • pH-Metrie, • Sonografie • Labor 	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	
	<p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien <p>5. Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Medikation wie Eradikation, ggf. Remissionsinduktion, Substitution, Carminativa – gemäß (S3-)Leitlinien • zum Lebensstil (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Gewicht) • zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Psychosomatik 		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p>6. Nachsorge /Wiedervorstellungsintervalle Patienten mit chronisch-entzündlichen Magen-Darmerkrankungen sollen 1x pro Jahr beim FACHARZT vorgestellt werden Regelmäßige Wiedervorstellung gem. Anlage 17</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anhang 1 zu Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung 		
<p>Zusatzpauschale P1b</p>	<p>Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit Oberbaucherkrankungen laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</p> <ul style="list-style-type: none"> • Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen wie <ul style="list-style-type: none"> • Leberzirrhose 	<p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))</p>	<p>38,00</p>
	<p>Hausarztebene:</p> <ul style="list-style-type: none"> • körperlicher Status erheben • Labor (z.B. Enzymdiagnostik, CRP, Serologie, Gerinnung, Kreatinin-Clearance) • regelmäßige Medikamenten-Einnahme und Nebenwirkungen erfragen • Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste besprechen • Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen 	<p>Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</p>	
	<p>Gastroenterologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation</p> <ul style="list-style-type: none"> • korrekte endstellige ICD-Codierung <p>z.B. Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen der Leber verursacht</p>		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p>durch Noxen wie Alkohol (K 70.2 bis K70.4) oder andere Toxine, Medikamente (K71.7) oder Fibrosen und Zirrhosen (K 74.0 bis K74.6), durch Virushepatitis (B.18.0 bis B18.8) oder nicht viral (K73.0 bis K73.8). Eine spezifische Labordiagnostik ist zur Sicherung der Diagnose erforderlich und führt zum Zusatzkennzeichen „G“.</p> <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p>		
	<p>3. ggf. apparative Diagnostik</p> <ul style="list-style-type: none"> • Oberbauch-Sonografie, • Labor (z.B. AFP) 	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	
	<p>4. Therapie</p> <ul style="list-style-type: none"> • medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien <p>5. Beratung</p> <ul style="list-style-type: none"> • zur Medikation wie antivirale Therapie, auch Immunisierung • und Impfung, gemäß (S 3-) Leitlinien • zum Lebensstil (Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung) • zu spezifischen Angeboten <ul style="list-style-type: none"> ▪ AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, ▪ Selbsthilfegruppen 		
	<p>6. Nachsorge Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Befund</p> <p>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht vom FACH-- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung 		
<p>Zusatzpauschale P1c</p>	<p>Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen des Verdauungstraktes laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</p>	<p>Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten</p>	<p>22,50</p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
o	<p>o Magen- oder Darmkarzinom o Leberkarzinom o Pankreaskarzinom u.a.</p> <p><i>Hausarztebene:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Nachsorge in Abstimmung mit dem Facharzt, ggf. palliative Unterstützung,</i> • <i>Lebensstil, Lebensqualität, Depressionen, supportive Maßnahmen</i> • <i>Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den FACHARZT</i> 	<p>Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1d, Onko1, Onko2, Onko3</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))</p>	
	<p>Gastroenterologische Leistungen</p> <p>1. Dokumentation korrekte endstellige ICD-Codierung</p> <p>wie z.B. Magenkarzinom (C 16.0-.8), Dünndarmkarzinom (C 17.0-.8), Kolonkarzinom (C 18.0-.8), Rektumkarzinom (C19, C 20, C 21.1-.8) u.a. wie Leberzellkarzinom (C 22.0), Pankreaskarzinom (C 25.0-.8), Karzinom Gallenwege überlappend (C 24.8) Die Malignomcodes werden so lange mit dem Zusatzkennzeichen „G“ verschlüsselt bis die Behandlung endgültig abgeschlossen ist, bis also keine weiteren therapeutischen Maßnahmen in Bezug auf das Malignom durchgeführt werden oder geplant sind. Werden nach abgeschlossener Behandlung weitere Tumor-Nachsorgeuntersuchungen durchgeführt, ist das primäre Malignom mit dem Zusatzkennzeichen „Z“ zu verschlüsseln aus Z08.-. Bei rein anamnestischer Angabe einer Tumorerkrankung, die die Kriterien der Behandlungsdiagnose erfüllt, ist eine Schlüsselnummer aus Z85.- Bösartige Neubildung in der Eigenanamnese zu kodieren. Das lokale Rezidiv eines primären Malignoms ist als primäres Malignom, d.h. wie ein Primärtumor zu verschlüsseln. R oder L kennzeichnet die Seiten.</p> <p>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</p>		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	3. apparative Diagnostik, ggf. <ul style="list-style-type: none"> • Endoskopie mit Biopsien, 	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	
	4. Therapie medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien 5. Beratung zur Medikation , ggf. Chemotherapie, Antikörper, Substitution, <ul style="list-style-type: none"> • Impfungen gemäß (S 3-) Leitlinien • zum Lebensstil (Gewicht, Ernährung, Bewegung, Rauchen) • zu spezifischen Angeboten z.B. AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, Selbsthilfegruppen, Palliation, supportive Therapie 		
	6. Nachsorge Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Diagnose, supportive Maßnahmen, ggf. palliative Versorgung, Lebensstil, Lebensqualität, Selbsthilfegruppen usw. (Anlage 17) 7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17) <ul style="list-style-type: none"> • Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung 		
P1d	Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86512 der Onkologie-Vereinbarung Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).	30,11

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510.</p> <p>Ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig.</p> <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung)</p>	
Zuschlag Onkol	Zuschlag zu P1d für die intrakavitäre zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86514 der Onkologie-Vereinbarung	27,11

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neben P1c, ○ neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig. <p>Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/ Medikamente berechnungsfähig.</p> <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung)</p>	

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
Zuschlag Onko2	Zuschlag zu P1d für die intravasale zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86516 der Onkologie-Vereinbarung</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neben P1c, ○ neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 <p>Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.</p> <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung)</p>	203,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
Zuschlag Onko3	<p>Zuschlag zu P1d für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung</p> <p>Gemäß Onkologievereinbarung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer systemischen Chemotherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.</p> <p>Obligater Leistungsinhalt:</p> <ul style="list-style-type: none"> - - ○ Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung - - ○ Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen 	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86518 der Onkologie-Vereinbarung</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neben P1c, ○ neben dem Zuschlag Onko2. <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung)</p>	<p>203,00</p>
Zuschlag Onko4	<p>Zuschlag zu P1d für orale zytostatische Tumorthherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung</p>	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86520 der Onkologie-Vereinbarung</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p>	<p>102,00</p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ neben P1c, ○ neben dem Zuschlag Onko1 und/oder Onko 2, ○ neben den EBM-Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 <p>Kann nur von einem FACHARZT/Vertragsarzt abgerechnet werden. Dies gilt auch, wenn mehrere Vertragsärzte in die Behandlung eingebunden sind (z.B. bei Vertretung, im Notfall oder bei Mit- bzw. Weiterbehandlung).</p>	
2. Einzelleistungen			
E1a	<p>Gastroskopiekomplex Ösophagoskopie und/oder Ösophagogastroduodenoskopie.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kontrolle des Eradikationserfolgs Bei Helicobacter pylori-Infektion. incl. Veranlassung der Kontrolle des Eradikationserfolgs frühestens 4 Wochen nach Therapieende (in der Regel über Stuhl- oder C13-Atemtest). 	<p>inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p>	117,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzthelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.		
E1b	Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge	inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Nur neben E1a am selben Tag; Nur 1 x am selben Tag abrechenbar	28,00
E2a	Koloskopiekomplex Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums. Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzthelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.	inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel zur Darmvorbereitung) mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Nicht mehrmals am selben Tag, taggleiche Kontrollen sind in der Vergütung enthalten Nicht neben E3 am selben Tag Nicht neben E 4 im selben Quartal	225,00
E2b	Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe ≥ 5 mm	inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs	55,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nur neben E2a oder E3 oder E4 am selben Tag;</p> <p>Nur 1 x am selben Tag abrechenbar</p>	
E2c	Zuschlag für Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)	<p>inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nur neben E1a oder E2a oder E3 oder E4 am selben Tag;</p> <p>Nur 1 x am selben Tag abrechenbar</p>	40,00
E2d	Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge bei einer Entfernung von mindestens 4 Polypen	<p>inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nur additiv zu E2b abrechenbar</p> <p>Nur 1 x am selben Tag abrechenbar</p>	15,00
E3	Präventionskoloskopie gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien; Ausnahme: Die Altersgrenze wird auf 50 Jahre gesenkt.	inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel zur Darmvorbereitung) mit Ausnahme der	235,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p>Totale Koloskopie gemäß Koloskopievereinbarung Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzthelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.</p>	<p>in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Nicht neben E2a am selben Tag und nicht nach E 2a im selben Quartal, nicht neben E4 im selben Quartal</p> <p>Beim selben Patienten nicht am selben Tag und nicht im selben Quartal neben P1 abrechenbar</p> <p>Ausnahme 1: Beim selben Patienten neben P1 im selben Quartal, aber nicht am selben Tag abrechenbar, wenn eine gesicherte Diagnose nach P1a-P1d gemäß Anhang 2 zu Anlage 12 vorliegt</p> <p>Ausnahme 2: Beim selben Patienten neben P1 im selben Quartal oder am selben Tag abrechenbar, wenn ein Gastroskopiekomplex (E1a) im selben Quartal erbracht wurde.</p> <p>Nicht mehrmals am selben Tag, taggleiche Kontrollen sind in der Vergütung enthalten</p>	
E4	<p>Sigmoidoskopiekomplex (anstelle der partiellen Koloskopie) Teilkoloskopie bis ins Sigma mit flexiblem Videoendoskop mit Bilddokumentation, ggf. mit Probeexzision(en).</p>	<p>inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel zur Darmvorbereitung) mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des</p>	50,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzthelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.	Sprechstundenbedarfs Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Bis 1x pro Quartal Im selben Quartal nicht zusammen mit der E2a und E 3	
E5a	Therapeutische Proktoskopie Behandlung von Hämorrhoiden mittels Ligaturbehandlung nach Barron,	inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Bis 4x pro Quartal	18,50
E5b	Therapeutische Proktoskopie Behandlung von Hämorrhoiden mittels Sklerosierung	inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Bis 4x pro Quartal	9,50
E6a	Sachkostenpauschale Clip, je Stück	Nur am selben Tag neben E1a, E2a, E3, E4 abrechenbar	75,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	
E6b	Sachkostenpauschale Sklerosierungsnadel, je Stück	Nur am selben Tag neben E1a, E2a, E3, E4 abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	7,20
E6c	Sachkostenpauschale Loops, je Stück	Nur am selben Tag neben E1a, E2a, E3, E4 abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	68,00
E6d	Sachkostenpauschale C 13 Atemtest	Nicht am selben Tag abrechenbar neben E1a Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	11,20
E7a	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 2 Stunden	- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 sowie nur 1 mal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7b, E7c oder E7d abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	53,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
E7b	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden	<p>- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 abrechenbar,</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>- Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01511 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern</p> <p>- Ist nur 1 mal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a oder E7c abrechenbar</p>	101,00
E7c	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden	<p>- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 abrechenbar,</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>- Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01512 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern</p> <p>- Ist nur 1 mal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a oder E7b abrechenbar</p>	148,00
E7d	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge bei monoklonaler Antikörpertherapie, Dauer mehr als 2 Stunden	<p>- Maximal 1 mal pro Tag abrechenbar</p> <p>- Nicht neben E7a, E7b oder E7c am</p>	53,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>selben Tag abrechenbar</p> <ul style="list-style-type: none"> - Nur abrechenbar bei einer Therapie mit monoklonalen Antikörpern (Arzneimittel-Verordnung) - Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) gem. Anhang 2 zu Anlage 12 (gesicherte Diagnosen gem. Pauschale P1a) - Maximal 3 mal pro Quartal abrechenbar <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p>	
E8	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	<ul style="list-style-type: none"> - Ist nur additiv zu Einzelleistung E3 abrechenbar <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <ul style="list-style-type: none"> - ist nur bei Versicherten, die am Behandlungstag 50 bis 54 Jahre alt sind, abrechenbar, sofern im Rahmen der Früherkennungskoloskopie eine histologische Untersuchung mindestens eines Polypen durch eine/n Pathologen/-in oder sonstigen Arzt/Ärztin erforderlich wird. Die Verordnung von histologischen Untersuchungen erfolgt durch den FACHARZT per privater Verordnung. Die Bezahlung der tatsächlichen Leistung 	13,46

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		des/der Pathologen/-in bzw. der/des Ärztin/Arztes erfolgt durch den FACHARZT. - Im Übrigen gelten die Bestimmungen des EBM in der jeweils geltenden Fassung	
3. Qualitätszuschläge			
Q1	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (arztindividuell) Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen bestimmter Quoten erfolgt ein Zuschlag auf die Pauschale P1 gemäß Anhang 3	4,00
Q2	Kollektiver Qualitätszuschlag Vorsorgekoloskopiequote im HZV-Kollektiv	Bei Erreichen bestimmter Quoten erfolgt Zuschlag auf E3 gemäß Anhang 4	2,00
Q3	Qualitätszuschlag Farbdoppler (arztindividuell)	Der Zuschlag wird automatisch auf P 1 aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anlage 1 (Teilnahmeerklärung) nachgewiesen hat, dass er über die entsprechende Ausstattung der Praxis verfügt und dass er die Qualifikation für die Erbringung der Leistung besitzt. Der Zuschlag erfolgt ab dem auf die Selbstauskunft folgenden Abrechnungsquartal.	2,00
Q4	Strukturzuschlag EFA®	Der Zuschlag wird automatisch auf P1a oder P1b aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 9 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 9 zu Anlage 12 geregelt.	AOK: 10,00 Bosch-BKK: 5,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
EAVP*	Pauschale elektronische Arztvernetzung Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12	Der Zuschlag wird automatisch einmal pro Quartal je LANR vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12 und die Teilnahmebestätigung zur Elektronischen Arztvernetzung vorliegen sowie alle technischen Voraussetzungen der Teilnahme (Software, gültige Zertifikate) erfüllt sind. Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung an der Elektronischen Arztvernetzung ausgestellt wird. Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der Zuschlag über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Gastroenterologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme einer LANR an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt	250,00

4. Vertretungsleistungen			
V1	Vertretungspauschale	<p>Neben V1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen und die Zusatzpauschalen P1a, P1b oder P1c abrechenbar</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen (persönlich oder telemedizinisch) und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)). Der erstmalige Kontakt zu einem Versicherten erfordert einen persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)).</p> <p>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1</p>	17,50
5. Leistungen des Modules Zepatier (Anhang 5 zu Anlage 12)			
Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
Z1	Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast <= 800.000 IE/ml - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar bei Vorliegen der gesicherten Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C). Mindestalter zur Behandlung 18 Jahre.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Pro Patient ist nur eine der Pauschalen Z1</p>	50,00
Z2	Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast <= 800.000 IE/ml und Vorliegen bestimmter NS5A-RAVs - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier		
Z3	Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast > 800.000 IE/ml - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier		
Z4	Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast > 800.000 IE/ml und Vorliegen bestimmter NS5A-RAVs - intensivierte Betreuung bei 16wöchiger Behandlung mit Zepatier		
Z5	Aufklärungsgespräch Zepatier GT1b - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier		
Z6	Aufklärungsgespräch Zepatier GT4, Viruslast <= 800.000 IE/ml - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier		
Z7			

	<p>Aufklärungsgespräch Zepatier GT4, Viruslast > 800.000 IE/ml - intensivierete Betreuung bei 16wöchiger Behandlung mit Zepatier</p> <p>Allgemeine Aufklärung über Eignung für Therapie mit Zepatier Information des Patienten über Verlauf und Dauer der Therapie Aufklärung des Patienten bezüglich der Bedeutung der Einhaltung des Arzneimittel-Therapieregimes (Fokus auf Adhärenz) Beratung des Patienten zur 1. Verordnung Abgabe der Patientenmaterialien Für Genotyp 1a: Hinweis für den Patienten zur Notwendigkeit von RAV-Tests zur Bestimmung der Therapiedauer (max. 16 Wochen) Für 16wöchige Therapie: bei erster Zepatier-Verordnung Aufklärung über die Notwendigkeit der Kombination mit Ribavirin</p>	<p>bis Z7 abrechenbar.</p> <p>Gemäß Anhang 5 zu Anlage 12</p> <p>Das Datum der Erbringung der Leistung der Vergütungsziffern Z1 bis Z7 bestimmt den Beginn des Zeitraums von maximal 16 zusammenhängenden Wochen, innerhalb derer die Vergütungsziffern Z1 bis Z10 abgerechnet werden können (maximale Therapiedauer). Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann eine der Vergütungsziffern Z11 oder Z12 abgerechnet werden.</p>	
<p>Z8</p>	<p>NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z4 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer. Gemäß Anhang 5 zu Anlage 12</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p>	<p>150,00</p>
<p>Z9</p>	<p>Adhärenzgespräch Zepatier - 3 oder 4mal Therapiebegleitung und Patientengespräche mit aktiven Nachfragen zu Nebenwirkungen und Faktoren, die die Adhärenz beeinträchtigen könnten ggf. Beratung des Patienten zu Folgeverordnungen</p>	<p>Ist additiv zu P1b und bei Abrechnung einer Z1, Z2, Z3, Z5 oder Z6 bis zu 3 x pro Patient abrechenbar, bei Abrechnung einer Z4 oder Z7 bis zu 4x pro Patient.</p> <p>Die Ziffer darf nur 1 x pro Tag abgerechnet werden und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer.</p>	<p>20,00</p>

		<p>Gemäß Anhang 5 zu Anlage 12</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))</p>	
Z10	<p>Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung</p> <p>Information des Patienten über stufenweises Vorgehen bei der Therapie der Hepatitis C und B: Bei Erfolg der Hepatitis-C-Therapie erfolgt im Anschluss die Hepatitis-B-Therapie.</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Gemäß Anhang 5 zu Anlage 12</p>	30,00
Z11	<p>Abschlussgespräch Zepatier 1 - nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)</p> <p>Information des Patienten zur Vermeidung von Reinfektionen unter Einbezug der Abgabekarte „Wie kann ich eine Reinfektion vermeiden?“</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern Z11 oder Z12 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit Z12.</p> <p>Gemäß Anhang 5 zu Anlage 12</p>	30,00
Z12	<p>Abschlussgespräch Zepatier 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12</p> <p>Beratung des Patienten zu weiteren Therapieoptionen</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer Z1</p>	40,00

		<p>bis Z7.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern Z11 oder Z12 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit Z11.</p> <p>Gemäß Anhang 5 zu Anlage 12</p>	
6. Leistungen des Modules Maviret (Anhang 6 zu Anlage 12)			
<u>M1</u>	Aufklärungsgespräch Maviret GT1a, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar bei Vorliegen der gesicherten Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C). Mindestalter zur Behandlung 12 Jahre.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Pro Patient ist nur eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 abrechenbar.</p> <p>Das Datum der Erbringung der Leistung</p>	50,00
<u>M2</u>	Aufklärungsgespräch Maviret GT1b, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret		
<u>M3</u>	Aufklärungsgespräch Maviret GT2, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret		
<u>M4</u>	Aufklärungsgespräch Maviret GT4, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret		
<u>M5</u>	Aufklärungsgespräch Maviret GT5, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret		
<u>M6</u>	Aufklärungsgespräch Maviret GT6, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret		

<p><u>M20</u> <u>M21</u> <u>M22</u> <u>M23</u> <u>M24</u> <u>M25</u></p>	<p>Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT1a und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT1b und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT2 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT4 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT5 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT6 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret</p>	<p>der Vergütungsziffern M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 bestimmt den Beginn des Zeitraums von maximal 16 zusammenhängenden Wochen, innerhalb derer die Vergütungsziffern M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 oder M16 bis M17 abgerechnet werden können (maximale Therapiedauer). Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann eine der Vergütungsziffern M18 oder M19 abgerechnet werden.</p>	
<p><u>M26</u> <u>M27</u> <u>M28</u> <u>M29</u> <u>M30</u> <u>M31</u></p>	<p>Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT1a und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT1b und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT2 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT4 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT5 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT6 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret</p>	<p>Die GOP M1, M2, M4, M20, M21, M23, M26, M27 und M29 (für HCV Genotyp 1 bzw. 4) können aus Gründen der rationalen Pharmakotherapie nur abgerechnet werden, wenn medizinische Ausschlussgründe gegen eine Therapie mit Zepatier sprechen.</p>	
<p><u>M13</u> <u>M34</u> <u>M32</u> <u>M33</u></p>	<p>Aufklärungsgespräch Maviret GT3, therapienaiv, ohne Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret GT3, therapienaiv, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret GT3, therapieerfahren, ohne Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 16wöchiger Behandlung mit Maviret Aufklärungsgespräch Maviret GT3, therapieerfahren, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 16wöchiger Behandlung mit Maviret</p> <p>Allgemeine Aufklärung über Eignung für Therapie mit Maviret Information des Patienten über Verlauf und Dauer der Therapie</p>	<p>Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12</p>	

	<p>Aufklärung des Patienten bezüglich der Bedeutung der Einhaltung des Arzneimittel-Therapieregimes (Fokus auf Adhärenz) Beratung des Patienten zur 1. Verordnung Abgabe der Patientenmaterialien</p>		
<u>M16</u>	<p>Adhärenzgespräch Maviret – 2, 3 oder 4mal Therapiebegleitung und Patientengespräche mit aktiven Nachfragen zu Nebenwirkungen und Faktoren, die die Adhärenz beeinträchtigen könnten ggf. Beratung des Patienten zu Folgeverordnungen</p>	<p>Ist additiv zu P1b und</p> <ul style="list-style-type: none"> - bei Abrechnung einer M1, M2, M3, M4, M5, M6, M13, M20, M21, M22, M23, M24, M25 oder M34 bis zu 2 x pro Patient, - bei Abrechnung einer M26, M27, M28, M29, M30 oder M31 bis zu 3 x pro Patient, - bei Abrechnung einer M32 oder M33 bis zu 4 x pro Patient abrechenbar. <p>Die Ziffer darf nur 1 x pro Tag abgerechnet werden und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer.</p> <p>Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12</p> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))</p>	20,00
<u>M17</u>	<p>Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung Information des Patienten über stufenweises Vorgehen bei der Therapie der Hepatitis C und B: Bei Erfolg der Hepatitis-C-Therapie erfolgt im Anschluss die Hepatitis-B-Therapie.</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen</p>	30,00

		<p>Therapiedauer.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12</p>	
<u>M18</u>	<p>Abschlussgespräch Maviret 1 - nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht) Information des Patienten zur Vermeidung von Reinfektionen unter Einbezug der Abgabekarte „Wie kann ich eine Reinfektion vermeiden?“</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern M18 oder M19 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit M19.</p> <p>Die GOP M18 kann nicht im gleichen Quartal abgerechnet werden wie die GOP Z1 bis Z12.</p> <p>Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12</p>	30,00
<u>M19</u>	<p>Abschlussgespräch Maviret 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12 Beratung des Patienten zu weiteren Therapieoptionen</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p>	40,00

		Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern M18 oder M19 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit M18. Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12	
6. Leistungen des Modules Epclusa (Anhang 10 zu Anlage 12)			
Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
<u>EP1</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa	Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar bei Vorliegen der gesicherten Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C). Mindestalter zur Behandlung 6 Jahre. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Pro Patient ist nur eine der Pauschalen EP1 bis EP28 abrechenbar. Das Datum der Erbringung der Leistung der Vergütungsziffern EP1 bis EP28 bestimmt den Beginn des Zeitraums von maximal 24 zusammenhängenden Wochen, innerhalb derer die Vergütungsziffern EP1 bis EP28 abgerechnet werden können (maximale Therapiedauer). Zwölf Wochen nach	50,00
<u>EP2</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP3</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP4</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP5</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP6</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP7</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP8</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP9</u>	Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa		
<u>EP10</u>			

<p><u>EP11</u> <u>EP12</u> <u>EP13</u> <u>EP14</u> <u>EP15</u> <u>EP16</u> <u>EP17</u> <u>EP18</u> <u>EP19</u> <u>EP20</u> <u>EP21</u> <u>EP22</u> <u>EP23</u> <u>EP24</u> <u>EP25</u> <u>EP26</u> <u>EP27</u> <u>EP28</u></p>	<p>Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, mit kompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, mit kompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, mit kompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, mit kompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, mit kompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, mit dekompensierter Zirrhose - intensiviert Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, therapieerfahren - intensiviert Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa</p>	<p>Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann eine der Vergütungsziffern EP31 oder EP32 abgerechnet werden.</p> <p>Die GOP EP1, EP2, EP5, EP8, EP9, EP12, EP15, EP16, EP19, EP22, EP23 und EP26, (für HCV Genotyp 1 bzw. 4) können aus Gründen der rationalen Pharmakotherapie nur abgerechnet werden, wenn medizinische Ausschlussgründe gegen eine Therapie mit Zepatier sprechen.</p> <p>Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12</p>	
---	---	---	--

	Allgemeine Aufklärung über Eignung für Therapie mit Epclusa Information des Patienten über Verlauf und Dauer der Therapie Aufklärung des Patienten bezüglich der Bedeutung der Einhaltung des Arzneimittel-Therapieregimes (Fokus auf Adhärenz) / Beratung des Patienten zur 1. Verordnung / Abgabe der Patientenmaterialien		
EP29	Adhärenzgespräch Epclusa –3 oder 6mal Therapiebegleitung und Patientengespräche mit aktiven Nachfragen zu Nebenwirkungen und Faktoren, die die Adhärenz beeinträchtigen könnten ggf. Beratung des Patienten zu Folgeverordnungen	Ist additiv zu P1b und - bei Abrechnung einer EP1-21 bis zu 3 x pro Patient, - bei Abrechnung einer EP22-28 bis zu 6 x pro Patient abrechenbar. Die Ziffer darf nur 1 x pro Tag abgerechnet werden und nur innerhalb der maximal 24-wöchigen Therapiedauer. Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12 Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))	20,00
EP30	Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung Information des Patienten über stufenweises Vorgehen bei der Therapie der Hepatitis C und B: Bei Erfolg der Hepatitis-C-Therapie erfolgt im Anschluss die Hepatitis-B-Therapie.	Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer EP1 bis EP28 und nur innerhalb der maximal 24-wöchigen Therapiedauer. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12	30,00
EP31	Abschlussgespräch Epclusa 1 - nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht) Information des Patienten zur Vermeidung von Reinfektionen unter Einbezug der Abgabekarte „Wie kann ich eine Reinfektion vermeiden?“	Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer EP1 bis EP28.	30,00

		<p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern EP31 oder EP32 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit EP32.</p> <p>Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12</p>	
<p><u>EP32</u></p>	<p>Abschlussgespräch Epclusa 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12 Beratung des Patienten zu weiteren Therapieoptionen</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer EP1 bis EP28.</p> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p> <p>Zwölf Wochen nach Beendigung der Therapie kann die SVR12 bestimmt werden. Nach Vorliegen des SVR12-Ergebnisses und Durchführung des Abschlussgesprächs kann pro Patient eine der Vergütungsziffern EP31 oder EP32 abgerechnet werden, d. h. Ausschluss mit EP31.</p> <p>Die GOP EP32 kann nicht im gleichen Quartal abgerechnet werden wie die GOP Z1 bis Z12.</p> <p>Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12</p>	<p>40,00</p>

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg