Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPOSITIONEN

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.			
Grund-pauschale P1	**Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z.B. Sonographie) laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien** ***Hausarztebene:*** • ***körperlicher Status*** *erheben* • ***familiäre Anamnese*** *Darmerkrankungen* • *Labor (Blutbild, Kreatinin BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)* • *regelmäßige* ***Medikamenten-Einnahme*** *und Nebenwirkungen erfragen* • ***Lebensstil****, Verhalten, Lebensqualität/ggf.* ***Depressionen****, Ängste besprechen* • ***Begleitschreiben*** *für den Gastroenterologen* **Gastroenterologische Leistungen** **1. Dokumentation** • Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung** **3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z.B.** • Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung, Farbdrucker	1 x pro Abrechnungsquartal, sofern • 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: • 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
	• Abdominalsonografie • Atemtest-Gerät • Diagnostische Proktoskopie **4. Therapie** • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien **5. Beratungen** Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten • Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der AOK, z.B. Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst **6. Berichte/Dokumentation** • Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT	Ist nicht neben V1 abrechenbar Ist grundsätzlich nicht neben E3 am selben Tag und im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: siehe Abrechnungsregel E 3 P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt. 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. Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet. 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	

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.	
P1UE	**Siehe P1**	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern • **eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt.** • 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)) Nur additiv zu P1 abrechenbar.	**AOK: 10,00** **Bosch BKK: 5,00**
Zusatzpauschale P1a	**Gastroenterologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien** **Gastroösophageale Refluxkrankheit, Barrett-Ösophagus** **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED** • **Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED** ***Hausarztebene:*** • *ggf. Wiedervorstellung zur Eradikationskontrolle* • Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen	Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten 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.** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))	**29,00**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	Gastroenterologische Leistungen: **1. Dokumentation** korrekte endstellige ICD-Codierung **z.B. Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitits (K21.0) oder ohne (K 21.9), Barrett-Ösophagus (K 22.7), Sodbrennen ausgenommen (R12)** **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.** **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung**		
	3. ggf. apparative Diagnostik z.B. • Endoskopie ggf. mit PE, • HUT, • C13-Atemtest, • pH-Metrie, • Sonografie • Labor	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	
	4. Therapie • Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien **5. Beratung** • **zur Medikation wie Eradikation, ggf. Remissionsinduktion, Substitution,** Carminativa – gemäß **(S3-)Leitlinien** • und **Impfungen** gemäß STIKO-Empfehlungen/ (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
	6. Nachsorge /Wiedervorstellungsintervalle **Patienten mit chronisch-entzündlichen Magen-Darmerkrankungen sollen 1x pro Jahr beim FACHARZT vorgestellt werden** Regelmäßige Wiedervorstellung gem. Anlage 17 **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anhang 1 zu Anlage 17)** • Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung		
Zusatzpauschale P1b	**Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit Oberbaucherkrankungen laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien** • **Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen wie** • **Leberzirrhose**	Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))	**44,00**
	Hausarztebene: • ***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*	**Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.**	
	Gastroenterologische Leistungen **1. Dokumentation** • korrekte endstellige ICD-Codierung **z.B. Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen der Leber verursacht**		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	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“.** **2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung**		
	3. ggf. apparative Diagnostik • Oberbauch-Sonografie, • Labor (z.B. AFP)	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 wie antivirale Therapie, auch Immunisierung • und Impfungen gemäß STIKO-Empfehlungen/ (S3-)Leitlinien, • zum Lebensstil (Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung), • zu spezifischen Angeboten ▪ AOK-Gesundheitsangebote, Sozialer Dienst, ▪ Selbsthilfegruppen		
	6. Nachsorge **Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Befund** **7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anhang 1 zu Anlage 17)** • Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung		
Zusatzpauschale P1c	**Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen des Verdauungstraktes laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien**	Ist additiv zu P1 und nur 1 x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten	**26,00**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	o **Magen- oder Darmkarzinom** o **Leberkarzinom** o **Pankreaskarzinom u.a.** ***Hausarztebene:*** • *Nachsorge in Abstimmung mit dem Facharzt, ggf. palliative Unterstützung,* • *Lebensstil, Lebensqualität, Depressionen, supportive Maßnahmen* • *Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den FACHARZT*	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.** **Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1d, Onko1, Onko2, Onko3, Onko4 und Onko5** Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))	
	Gastroenterologische Leistungen **1. Dokumentation** korrekte endstellige ICD-Codierung **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 Malignomkodes 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.		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung		
	3. apparative Diagnostik, ggf. • 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, • **Impfungen** gemäß STIKO-Empfehlungen/ **(S3-)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. Anhang 1 zu Anlage 17)** • Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung		
P1d	**Behandlung solider Tumore unter tumorspezifischer Therapie gemäß Onkologie-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung**	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).	**33,38**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. **Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.** Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510. Ist nur unter Angabe der Therapieform berechnungsfähig. 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)	
Zuschlag Onko1	**Zuschlag zu P1d für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung**	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86514 der Onkologie-Vereinbarung Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	**30,05**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar. Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: o neben P1c, o neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/ Medikamente berechnungsfähig. 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)	
Zuschlag Onko2	**Zuschlag zu P1d für die intravasal applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung**	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86516 der Onkologie-Vereinbarung Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar.	**224,59**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: o neben P1c, o neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig. 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)	
Zuschlag Onko3	**Zuschlag zu P1d für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung** **Gemäß Onkologie-Vereinbarung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumortherapie oder Strahlentherapie bzw. nach erfolgter Operation eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.** **Obligater Leistungsinhalt:** o **Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung** o **Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen**	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86518 der Onkologie-Vereinbarung Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar. Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: o neben P1c, o neben dem Zuschlag Onko2	**224,59**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		und/oder Onko 4 und/oder Onko5, 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)	
Zuschlag Onko4	**Zuschlag zu P1d für orale medikamentöse Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung**	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86520 der Onkologie-Vereinbarung Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar. Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: o neben P1c, o neben dem Zuschlag Onko1 und/oder Onko2, und/oder Onko3, und/oder Onko5 o neben den EBM-Gebühren-ordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente	**112,31**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		berechnungsfähig. 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).	
Zuschlag Onko5	**Zuschlag zu P1d für die subkutan applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung in der jeweils gültigen Fassung**	Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86522 der Onkologie-Vereinbarung. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Ist additiv zu P1 und P1d und nur 1 x pro Quartal abrechenbar. Ist nicht im selben Quartal abrechenbar: o neben P1c, o neben dem Zuschlag Onko2 und/oder Onko3, und/oder Onko4, o neben den - Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315. Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.	**157,21**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		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).	
	2. Einzelleistungen		
E1a	**Gastroskopiekomplex** Ösophagoskopie und/oder Ösophagogastroduodenoskopie. • **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). 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 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.	**134,00**
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	**55,00**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
E2a	**Koloskopiekomplex** Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums. gemäß Koloskopievereinbarung; auch als Abklärungsdiagnostik nach Teil II. § 8 der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE) abrechenbar. 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 E4 im selben Quartal	**242,00**
E2b	**Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge** Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe >= 5 mm gemäß Koloskopievereinbarung	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 E2a oder E3 oder E4 am selben Tag; Nur 1 x am selben Tag abrechenbar	**55,00**
E2c	**Zuschlag für Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)** gemäß Koloskopievereinbarung	inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs	**40,00**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Nur neben E1a oder E2a oder E3 oder E4 am selben Tag; Nur 1 x am selben Tag abrechenbar	
E2d	**Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge bei einer Entfernung von mindestens 4 Polypen**	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 additiv zu E2b abrechenbar Nur 1 x am selben Tag abrechenbar	**15,00**
E3	**Präventionskoloskopie** gemäß Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses für organisierte Krebsfrüherkennungsprogramme (oKFE). Anspruchsberechtigung gemäß Teil II. § 3 der oKFE-RL, 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.	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 neben E2a am selben Tag und nicht **nach** E2a im selben Quartal, nicht neben E4 im selben Quartal	**260,00**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Beim selben Patienten nicht am selben Tag und nicht im selben Quartal neben P1 abrechenbar 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 Ausnahme 2: Beim selben Patienten neben P1 im selben Quartal oder am selben Tag abrechenbar, wenn ein Gastroskopiekomplex (E1a) im selben Quartal erbracht wurde. Nicht mehrmals am selben Tag, taggleiche Kontrollen sind in der Vergütung enthalten	
E4	**Sigmoidoskopiekomplex** gemäß Koloskopievereinbarung (anstelle der partiellen Koloskopie) Teilkoloskopie bis ins Sigma mit flexiblem Videoendoskop mit Bilddokumentation, ggf. mit Probeexzison(en). 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. Bis 1x pro Quartal Im selben Quartal nicht zusammen mit der E2a und E 3	**50,00**
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	**18,50**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Sprechstundenbedarfs Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Bis 4x pro Quartal	
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 Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	**20,80**
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	**68,00**

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	
E6d	**Sachkostenpauschale C13 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. - Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01510 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern	**53,00**
E7b	**Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden**	- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 sowie nur 1 mal pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a, E7c oder E7d abrechenbar. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	**101,00**

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

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Anlage 12 (gesicherte Diagnosen gem. Pauschale P1a) - Maximal 3 mal pro Quartal abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	
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**
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. §140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der Zuschlag insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt	**250,00**

4. Vertretungsleistungen			
V 1	Vertretungspauschale	Neben V1 sind bei Vorliegen der Voraussetzungen alle gesondert abrechenbaren Einzelleistungen und die Zusatzpauschalen P1a, P1b oder P1c abrechenbar 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)). Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1	**17,50**
Vergütungsposition	**Leistungs-, Versorgungsinhalte**	**Vergütungsregeln**	**Betrag in EUR**
6. Leistungen des Modules Maviret (Anhang 6 zu Anlage 12)			
M1 **M2** **M3** **M4** **M5**	**Aufklärungsgespräch Maviret GT1a, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret** **Aufklärungsgespräch Maviret GT1b, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret** **Aufklärungsgespräch Maviret GT2, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret** **Aufklärungsgespräch Maviret GT4, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**	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. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	**50,00**

M6	**Aufklärungsgespräch Maviret GT5, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret** **Aufklärungsgespräch Maviret GT6, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**	Pro Patient ist nur eine der Pauschalen M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 abrechenbar. Das Datum der Erbringung der Leistung 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. Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12	
M20	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT1a und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M21	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT1b und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M22	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT2 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M23	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT4 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M24	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT5 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M25	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapienaive Patienten mit GT6 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 8wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M26	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT1a und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M27	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT1b und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M28	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT2 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M29	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT4 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M30	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT5 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret**		
M31	**Aufklärungsgespräch Maviret: therapieerfahrene Patienten mit GT6 und mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Maviret**		

M13 **M34** **M32** **M33**	**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** Allgemeine Aufklärung über Eignung für Therapie mit Maviret 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		
M16	**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	Ist additiv zu P1b und - 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. Die Ziffer darf nur 1 x pro Tag abgerechnet werden und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer. Gemäß Anhang 6 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**

M17	**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 M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12	**30,00**
M18	**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?“	Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. 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. Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12	**30,00**
M19	**Abschlussgespräch Maviret 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12** Beratung des Patienten zu weiteren Therapieoptionen	Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34.	**40,00**

		Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. 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
EP1	**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	**50,00**
EP2	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP3	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP4	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP5	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP6	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP7	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, keine Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP8	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		

EP9	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**	Vergütungsziffern EP1 bis EP28 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 EP31 oder EP32 abgerechnet werden. Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12	
EP10	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP11	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP12	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP13	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP14	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, mit kompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP15	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP16	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP17	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP18	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP19	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP20	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP21	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, mit dekompensierter Zirrhose - intensivierte Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP22	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1a, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP23	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT1b, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP24	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT2, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP25	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT3, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP26	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT4, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa**		
EP27	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT5, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa**		

EP28	**Aufklärungsgespräch Epclusa: GT6, therapieerfahren - intensivierte Betreuung bei 24wöchiger Behandlung mit Epclusa** 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. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. 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.Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12	**30,00**
EP32	**Abschlussgespräch Epclusa 2 - Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12** Beratung des Patienten zu weiteren Therapieoptionen	Ist additiv zu P1b und nur 1 x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer EP1 bis EP28. Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. 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. Gemäß Anhang 10 zu Anlage 12	**40,00**

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg