





















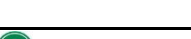








































**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Gastroenterologievertrag BKK Landesverband Süd**

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
<b>Grund- und Zusatzpauschalen</b>				
P1	 Grundpauschale	40,00 €	1x im Quartal	Überweisung vom Hausarzt; es muss mindestens ein persönlicher APK stattgefunden haben
P1a	 Zusatzpauschale CED	27,00 €	1x im Quartal; nur eine der Zusatzpauschalen pro Quartal abrechenbar	
P1b	 Zusatzpauschale Oberbaucherkrankungen	44,00 €		
P1c	 Zusatzpauschale Onkologie	26,00 €		
P1d	 Zusatzpauschale gem. Onkologievereinbarung (86512)	32,47 €		Teilnahme an Onkologie-Vereinbarung; nicht im selben Quartal neben den EBM- Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315 und 86510; nur von einem Facharzt pro Quartal abrechenbar
<b>Einzelleistungen</b>				
E1a	 Gastroskopiekomplex	124,00 €	je Leistung	
E1b	 Polypektomiezuschlag	28,00 €	1x am Tag	nur abrechenbar neben E1a am selben Tag
E2a	 Koloskopiekomplex (kurativ)	238,00 €		nicht neben E3 am selben Tag und E4 im selben Quartal
E2b	 Polypektomiezuschlag	55,00 €		nur abrechenbar neben E2a/ E3/ E4 am selben Tag
E2c	 Zuschlag Laservaporisation	40,00 €		nur abrechenbar neben E1a/ E2a/ E3/ E4 am selben Tag
E2d	 Polypektomiezuschlag - ab dem 4. abgetragenen Polyp	15,00 €		nur additiv zu E2b abrechenbar; inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in Anlage 12 als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs
E3	 Präventionskoloskopie	249,00 €		nicht neben E2a am selben Tag; nicht nach E2a im selben Quartal; nicht neben E4 im selben Quartal; nicht neben P1 am selben Tag und im selben Quartal; Ausnahme: neben P1 im selben Quartal (aber nicht am selben Tag), wenn eine gesicherte Diagnose nach P1a-d gem. Anhang 2 zu Anlage 12 vorliegt; neben P1 im selben Quartal oder am selben Tag abrechenbar, wenn ein Gastroskopiekomplex (E1a) im selben Quartal erbracht wurde.
E4	 Sigmoidoskopiekomplex	50,00 €	1x im Quartal	nicht neben E2a und E3 im Quartal
E5a	 Therapeutische Proktoskopie mittels Ligatur	18,50 €	4x im Quartal	
E5b	 Therapeutische Proktoskopie mittels Sklerosierung	9,50 €		
E6a	 Sachkostenpauschale, je Clip	75,00 €	je Leistung	nur am selben Tag neben E1a/ E2a/ E3/ E4 abrechenbar
E6b	 Sachkostenpauschale, je Sklerosierungsnadel	7,20 €		
E6c	 Sachkostenpauschale, je Loop	68,00 €		
E6d	 Sachkostenpauschale C 13 Atemtest	11,20 €		
E8	 Histologie bei Früherkennungskoloskopie	13,46 €	pro eingereichtem Polypen	nur additiv zu E3 abrechenbar; bei Versicherten zwischen 50 und 54 Jahren; bei einer histologischen Untersuchung mindestens eines Polypen durch einen Pathologen oder sonstigen Arzt; die Bezahlung der tatsächlichen Leistung des Pathologen bzw. Arztes erfolgt durch den Facharzt; es gelten die Bestimmungen des EBM in der jeweils geltenden Fassung
<b>Qualitätszuschläge</b>				
Q2	 Vorsorgekoloskopiezuschlag	2,00 €	1x im Quartal	Zuschlag erfolgt auf E3 für 50-54 jährige HZV-Versicherte (keine Quotenberechnung)
Q3	 Qualitätszuschlag Farbdoppler (arztindividuell)	2,00 €		Der Zuschlag wird automatisch auf P1 aufgeschlagen, wenn ein Nachweis über die erforderliche Praxisausstattung und Qualifikation vorliegt
Q4	 Strukturzuschlag EFA®	10,00 €		Zuschlag auf P1a oder P1b, wenn ein Nachweis über die Beschäftigung einer EFA® mit entsprechender Qualifikation vorliegt
<b>Besonderheit Onkologie</b>				
Onko1-Onko4: Abrechenbar für Fachärzte, welche an der Onkologievereinbarung teilnehmen; nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen für P1d gem. Anhang 2 zu Anlage 12; nur von einem Facharzt pro Quartal abrechenbar				
Onko1	 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86514)	29,23 €	1x im Quartal	nicht im selben Quartal neben P1c und den den EBM Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315; Angabe des verwendeten Medikaments zwingend erforderlich
Onko2	 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86516)	218,47 €		nicht im selben Quartal neben P1c und den EBM Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315; Angabe des verwendeten Medikaments zwingend erforderlich; nicht im selben Quartal neben Onko3
Onko3	 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86518)	218,47 €		nicht im selben Quartal neben P1c und Onko2
Onko4	 Zuschlag zu P1d gem. Onkologievereinbarung (86520)	109,25 €		nicht im selben Quartal neben P1c, Onko1, Onko2 und den EBM Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345, 26315
E7a	 Amb. Praxisklinische Betreuung u. Nachsorge (> 2 h)	53,00 €	1x je Tag additiv zu Onko2	1x pro Tag additiv zu Onko2 abrechenbar; nach Maßgabe der EBM-Ziffer 01510; nicht am selben Tag neben E7b/E7c abrechenbar
E7b	 Amb. praxisklinische Betreuung u. Nachsorge (> 4 h)	101,00 €	1x je Tag	nicht ohne Onko2 abrechenbar; nach Maßgabe der EBM-Ziffer 01511; nicht neben E7a oder E7c abrechenbar
E7c	 Amb. praxisklinische Betreuung u. Nachsorge (> 6 h)	148,00 €		nicht ohne Onko2 abrechenbar; nach Maßgabe der EBM-Ziffer 01512; nicht neben E7a oder E7b abrechenbar
E7d	 Amb. Praxisklinische Betreuung und Nachsorge bei monoklonaler Antikörpertherapie (> 2 h)	53,00 €		1x je Tag 3x im Quartal

**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Gastroenterologievertrag BKK Landesverband Süd**

Ziffer	Inhalt	Vergütung	Abrechnungshäufigkeit	Regel/ Besonderheit
<b>Vertreterleistungen</b>				
V1	  Vertretungspauschale	17,50 €	1x im Quartal	nicht neben P1 im Quartal
<b>Infoziffern</b>				
FBE	 telemedizinischer APK		1x im Quartal	Soll bei einer rein telemedizinischen Quartalsbehandlung dokumentiert werden. Mögliche Leistungen, welche telemedizinisch erbracht werden können sind mit dem Monitor Symbol gekennzeichnet (siehe Legende).
<b>Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C</b>				
Z1	  Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast ≤ 800.000 I.E., RAV-Test negativ	50,00 €	1x pro Patient Pro Patient ist nur eine der Pauschalen Z1 bis Z7 abrechenbar	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12; 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.
Z2	  Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast ≤ 800.000 I.E., RAV-Test positiv	50,00 €		
Z3	  Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast > 800.000 I.E., RAV-Test negativ	50,00 €		
Z4	  Aufklärungsgespräch, GT1a, Viruslast > 800.000 I.E., RAV-Test positiv	50,00 €		
Z5	  Aufklärungsgespräch, GT1b	50,00 €		
Z6	  Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast ≤ 800.000 I.E.	50,00 €		
Z7	  Aufklärungsgespräch, GT4, Viruslast > 800.000 I.E.	50,00 €		
Z8	 NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing	150,00 €	1x pro Patient	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z4 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z9	   Adhärenzgespräch Zepatier	20,00 €	bei Abrechnung einer: Z1-Z3, Z5 oder Z6: 3x pro Patient Z4 oder Z7: 4x pro Patient; nur 1x pro Tag	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; die Ziffer darf nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer abgerechnet werden; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z10	 Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung	30,00 €	1x pro Patient	additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z11	 Abschlussgespräch Zepatier 1 – nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)	30,00 €		additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7; 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; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12
Z12	 Abschlussgespräch Zepatier 2 – Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12	40,00 €		additiv zu P1b abrechenbar; Versicherter ist mindestens 18 Jahre alt; nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7; 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; gemäß Anhang 5 zu Anlage 12

Legende	
Symbol	Bedeutung
	= Ziffer ist von der Praxis anzusetzen
	= Ziffer ist nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Diagnosenliste (siehe Anhang zum jeweiligen Vertrag)
	= Ziffer wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt
	= zur Abrechenbarkeit der Ziffer muss ein entsprechender Nachweis/Abrechnungsvoraussetzung/Genehmigung vorliegen
	= Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter d.h. die Leistung ist vom Facharzt zu erbringen und ist nicht delegierbar
	= Leistungen können persönlich oder telemedizinisch erbracht werden. Eine rein telemedizinische Quartalsbehandlung wird in der Vertragssoftware mit der "FBE" dokumentiert.