

## Vergütung und Abrechnung

### ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN

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

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
<b>1. Pauschalen</b> Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß dem EBM-Ziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.			
<b>Grundpauschale P1</b>	<p><b>Gastroenterologische Versorgung ggf. inkl. notwendiger Diagnostik (z. B. Sonographie) laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</b></p> <p><b>Hausarztbene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>körperlicher Status</b> erheben</li> <li>• <b>familiäre Anamnese</b> Darmerkrankungen</li> <li>• <b>Labor</b> (Blutbild, Kreatinin, BSG, Elektrolyte, Leberenzyme)</li> <li>• <b>regelmäßige Medikamenten-Einnahme</b> und Nebenwirkungen erfragen</li> <li>• <b>Lebensstil, Verhalten, Lebensqualität/ggf. Depressionen, Ängste</b> besprechen</li> <li>• <b>Begleitschreiben</b> für den Gastroenterologen</li> </ul> <p><b>Gastroenterologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Korrekte endstellige ICD-Kodierung und Komorbiditäten</li> </ul> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p> <p><b>3. ggf. apparative Diagnostik gemäß definierten Qualitätsanforderungen (Anlage 2) z. B.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung, Farbdrucker</li> </ul>	<p>1x pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt und</li> <li>- mindestens ein persönlicher oder telemedizinischer Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.</li> </ul> <p>Diese Leistung ist vom FACHARZT zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)</p> <p>Ausnahmen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Bei Notfällen ist die Abrechnung von P1 auch ohne Überweisung möglich.</li> <li>- Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt</li> </ul>	<b>37,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Abdominalsonografie</li> <li>• Atemtest-Gerät</li> <li>• Diagnostische Proktoskopie</li> </ul> <p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</li> </ul> <p><b>5. Beratungen</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikation, Risikofaktoren, Komorbiditäten, Lebensstil, Verhalten</li> <li>• Ggf. Information zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN</li> </ul> <p><b>6. Berichte/Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT</li> <li>• Ggf. strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT an Patient</li> </ul>	<p>Ist nicht neben V1 abrechenbar</p> <p>Ist grundsätzlich nicht neben E3 am selben Tag und im selben Quartal abrechenbar. Ausnahme: siehe Abrechnungsregel E3</p> <p>Ist vom FACHARZT und auch von den FACHÄRZTEN einer BAG grundsätzlich nicht im selben Quartal neben P1 aus anderen Modulen von BKK.Mein Facharzt abrechenbar. Ausnahme für BAG und FACHÄRZTE, die an mehreren Modulen von BKK.Mein Facharzt teilnehmen: P1 ist parallel zu P1 aus einem anderen Modul von BKK.Mein Facharzt nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES 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 Qualitätsschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
<b>Zusatzpauschale P1a</b>	<p><b>Gastroenterologische leitliniengerechte Versorgung von Patienten mit entzündlichen Magen-Darm-Erkrankungen laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</b>  <b>Gastroösophageale Refluxkrankheit, Barrett-Ösophagus</b></p> <p><b>Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED</b></li> </ul> <p><b>Hausarztbene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ggf. Wiedervorstellung zur Eradikationskontrolle</li> <li>• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen</li> </ul>	<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><b>Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</b></p>	<p><b>25,00</b></p>
	<p><b>Gastroenterologische Leistungen:</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b> korrekte endstellige ICD-Codierung</p> <p><b>z. B. Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis (K21.0) oder ohne (K 21.9) , Barrett-Ösophagus (K 22.7), Sodbrennen ausgenommen (R12)</b>  <b>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, K20.9 und K21.0) mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine endoskopische Untersuchung mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus.</b></p> <p><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p>		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<b>3. ggf. apparative Diagnostik z. B.</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoskopie ggf. mit PE,</li> <li>• HUT,</li> <li>• C-13-Atemtest,</li> <li>• pH-Metrie,</li> <li>• Sonografie</li> <li>• Labor</li> </ul>	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	
	<b>4. Therapie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</li> </ul> <b>5. Beratung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Medikation wie Eradikation, ggf. Remissionsinduktion, Substitution, Carminativa – gemäß ( S3-)Leitlinien</li> <li>• zum Lebensstil (Rauchen, Ernährung, Bewegung, Gewicht)</li> <li>• zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN</li> </ul>		
	<b>6. Nachsorge /Wiedervorstellungsintervalle</b> <b>Patienten mit chronisch-entzündlichen Magen-Darmerkrankungen sollen 1x pro Jahr beim FACHARZT vorgestellt werden</b> Regelmäßige Wiedervorstellung gem. Anlage 17  <b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anhang 1 zu Anlage 17)</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Befundbericht Gastroenterologie vom FACHARZT zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</li> </ul>		
<b>Zusatzpauschale P1b</b>	<b>Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit Oberbaucherkrankungen laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen wie</li> <li>• Leberzirrhose</li> </ul>	Ist additiv zu P1 und nur 1x 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	<b>42,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)	
	<p><b>Hausarztebene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>körperlicher Status</b> erheben</li> <li>• <b>Labor</b> (z. B. Enzymdiagnostik, CRP, Serologie, Gerinnung, Kreatinin-Clearance)</li> <li>• regelmäßige <b>Medikamenten-Einnahme</b> und Nebenwirkungen erfragen</li> <li>• <b>Lebensstil</b>, Verhalten, Lebensqualität/ggf. <b>Depressionen</b>, Ängste besprechen</li> <li>• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den Gastroenterologen</li> </ul>	Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.	
	<p><b>Gastroenterologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• korrekte endstellige ICD-Codierung</li> </ul> <p>z. B. Chronisch entzündliche Oberbaucherkrankungen der Leber verursacht 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><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p>		
	<p><b>3. ggf. apparative Diagnostik</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Oberbauch-Sonografie,</li> <li>• Labor (z. B. AFP)</li> </ul>	Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.	

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> </ul> <p><b>5. Beratung</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• zur Medikation wie antivirale Therapie, auch Immunisierung</li> <li>• und Impfung, gemäß (S 3-) Leitlinien</li> <li>• zum Lebensstil (Alkohol, Rauchen, Ernährung, Bewegung)</li> <li>• zu spezifischen Angeboten der BETRIEBSKRANKENKASSEN</li> </ul>		
	<p><b>6. Nachsorge</b>  <b>Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Befund</b></p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage )</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</li> </ul>		
<p><b>Zusatzpauschale P1c</b></p>	<p><b>Gastroenterologische Versorgung von Patienten mit onkologischen Erkrankungen des Verdauungstraktes laut Gastroenterologieleistungsbeschreibung gemäß Anhang 1 (gem. EBM-Ziffernkranz) auf der Grundlage aktuell gültiger Leitlinien</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Magen- oder Darmkarzinom</li> <li>o Leberkarzinom</li> <li>o Pankreaskarzinom u.a.</li> </ul> <p><b>Hausarztebene:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nachsorge in Abstimmung mit dem Facharzt, ggf. palliative Unterstützung,</li> <li>• Lebensstil, Lebensqualität, Depressionen, supportive Maßnahmen</li> <li>• Begleitschreiben mit Komorbiditäten für den FACHARZT</li> </ul>	<p>Ist additiv zu P1 und nur 1x pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12). <b>Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</b></p> <p><b>Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1d, Onko1, Onko2, Onko3</b></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><b>25,00</b></p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p><b>Gastroenterologische Leistungen</b></p> <p><b>1. Dokumentation</b>                      korrekte endstellige ICD-Codierung</p> <p><b>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),</b></p> <p><b>Karzinom Gallenwege überlappend ( C 24.8)</b>                      Die Malignomkodes werden solange 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.-.</p> <p>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><b>2. Anamnese, ggf. klinische Untersuchung</b></p>		
	<p><b>3. apparative Diagnostik, ggf.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Endoskopie mit Biopsien</li> </ul>	<p>Als Einzelleistung oder Qualitätszuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.</p>	
	<p><b>4. Therapie</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• medikamentöse und nichtmedikamentöse Therapie gemäß den aktuell gültigen Leitlinien</li> </ul>		

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<p><b>5. Beratung zur Medikation</b>, ggf. Chemotherapie, Antikörper, Substitution,</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Impfungen</b> gemäß (<b>S 3-</b>) <b>Leitlinien</b></li> <li>• <b>zum Lebensstil</b> (Gewicht, Ernährung, Bewegung, Rauchen)</li> <li>• zu <b>spezifischen Angeboten</b> der BETRIEBSKRANKENKASSEN</li> </ul>		
	<p><b>6. Nachsorge</b>  <b>Regelmäßige Wiedervorstellung je nach Diagnose, supportive Maßnahmen, ggf. palliative Versorgung, Lebensstil, Lebensqualität, Selbsthilfegruppen usw. (Anlage 17)</b></p> <p><b>7. Berichte/Dokumentation (vgl. Anlage 17)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Strukturierter Befundbericht vom FACH- zum HAUSARZT mit korrekter ICD-Kodierung</li> </ul>		
<p><b>P1d</b></p>	<p><b>Behandlung solider Tumore gemäß Onkologie-Vereinbarung</b></p>	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86512 der Onkologie-Vereinbarung.</p> <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>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit.b)) erforderlich.</p> <p><b>Bei Vorliegen mehrerer, eine Zusatzpauschale (P1a-P1d) auslösender Diagnosen kann im Abrechnungsquartal nur eine Zusatzpauschale abgerechnet werden.</b></p>	<p>Gemäß Onkologie-Vereinbarung, aktuell <b>29,16</b></p>



Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<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 <b>einem</b> 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><b>Zuschlag Onko1</b></p>	<p><b>Zuschlag zu P1d für die intrakavitär applizierte medikamentöse Tumortherapie gemäß Onkologievereinbarung</b></p>	<p>Abrechenbar für FACHÄRZTE, die an der Onkologie-Vereinbarung teilnehmen nach Maßgabe von Ziffer 86514 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"> <li>- neben P1c,</li> </ul>	<p>Gemäß Onkologie-Vereinbarung, aktuell  <b>27,00</b></p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>- neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315 berechnungsfähig.</p> <p>Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/ Medikamente berechnungsfähig.</p> <p>Kann nur von <b>einem</b> 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><b>Zuschlag Onko2</b></p>	<p><b>Zuschlag zu P1d für die intravasal applizierte medikamentöse Tumorthherapie gemäß Onkologievereinbarung</b></p>	<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 1x 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>	<p>Gemäß Onkologie-Vereinbarung, aktuell  <b>200,00</b></p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- neben P1c,</li> <li>- neben den EBM-Gebührenordnungspositionen 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315</li> </ul> <p>Ist nur unter Angabe des/der verwendeten Medikaments/Medikamente berechnungsfähig.</p> <p>Kann nur von <b>einem</b> 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><b>Zuschlag Onko3</b></p>	<p><b>Zuschlag zu P1d für die Palliativversorgung gemäß Onkologie-Vereinbarung</b></p> <p><b>Gemäß Onkologievereinbarung bei progredientem Verlauf der Krebserkrankung nach Abschluss einer medikamentösen Tumorthherapie oder Strahlentherapie eines Patienten ohne Heilungschance abrechnungsfähig.</b></p> <p><b>Obligater Leistungsinhalt:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>○ <b>Durchführung eines standardisierten palliativmedizinischen Basisassessments (PBA) zu Beginn der Behandlung</b></li> <li>○ <b>Umfassende Behandlung zur Symptomkontrolle und -behandlung und psychosozialen Stabilisierung unter Einbeziehung der Angehörigen</b></li> </ul>	<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 1x 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>	<p>Gemäß Onkologie-Vereinbarung, aktuell  <b>200,00</b></p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		- neben P1c, - neben dem Zuschlag Onko2.  Kann nur von <b>einem</b> 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)	
<b>Zuschlag Onko4</b>	Zuschlag zu P1d für orale zytostatische Tumortherapie gemäß Onkologie-Vereinbarung	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 mal pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß gesonderter Liste (Anhang 2 zur Anlage 12).  Ist nicht im selben Quartal abrechenbar neben: <ul style="list-style-type: none"> <li>• P1c</li> <li>• dem Zuschlag Onko1 und/oder Onko 2</li> <li>• den EBM-Ziffern 07345, 08345, 09345, 10345, 13435, 13675, 15345 und 26315</li> </ul>	<b>100,00</b>

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).	
<b>2. Einzelleistungen</b>			
<b>E1a</b>	<p><b>Gastroskopiekomplex</b>                      Ösophagoskopie und/oder Ösophagogastrroduodenoskopie.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Kontrolle des Eradikationserfolgs</b>                      Bei Helicobacter pylori-Infektion. incl. Veranlassung der Kontrolle des Eradikationserfolgs frühestens 4 Wochen nach Therapieende (in der Regel über Stuhl- oder C13-Atemtest).</li> </ul> <p>Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzhelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.</p>	<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>	<b>117,00</b>
<b>E1b</b>	<p><b>Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge</b></p>	<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 am selben Tag;                      Nur 1x am selben Tag abrechenbar</p>	<b>28,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
<b>E2a</b>	<p><b>Koloskopiekomplex</b>            Totale Koloskopie mit Darstellung des Zökums.</p> <p>Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzthelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.</p>	<p>inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel zur Darmvorbereitung) 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>Nicht mehrmals am selben Tag, taggleiche Kontrollen sind in der Vergütung enthalten</p> <p>Nicht neben E3 am selben Tag</p> <p>Nicht neben E4 im selben Quartal</p>	<b>225,00</b>
<b>E2b</b>	<p><b>Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge</b>            Polypektomie(n) von Polypen mit einer Größe <math>\geq 5</math> mm</p>	<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 E2a oder E3 oder E4 am selben Tag;</p> <p>Nur 1x am selben Tag abrechenbar</p>	<b>55,00</b>
<b>E2c</b>	<p><b>Zuschlag für Laservaporisation(en) und/oder Argon-Plasma-Koagulation(en)</b></p>	<p>inkl. aller Sachkosten mit Ausnahme der in dieser Anlage als Einzelleistungen aufgeführten Sachkosten und des Sprechstundenbedarfs.</p>	<b>40,00</b>

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 1x am selben Tag abrechenbar	
E2D	<b>Zuschlag für Polypektomie(n) mit Diathermieschlinge bei einer Entfernung von mindestens 4 Polypen</b>	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 1x am selben Tag abrechenbar	15,00
E3	<b>Präventionskoloskopie</b> gemäß den Krebsfrüherkennungsrichtlinien; Ausnahme: Die Altersgrenze wird auf 50 Jahre gesenkt. Totale Koloskopie gemäß Koloskopievereinbarung Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzhelferinnen 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 <b>nach</b> E2a im selben Quartal, nicht neben E4 im selben Quartal	235,00

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<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>	
<p><b>E4</b></p>	<p><b>Sigmoidoskopiekomplex</b>                      (anstelle der partiellen Koloskopie) Teilkoloskopie bis ins Sigma mit flexiblem Videoendoskop mit Bildokumentation, ggf. mit Probeexzision(en).</p> <p>Endoskopien mit Sedierung müssen nach Leitlinie mit 2 Arzhelferinnen durchgeführt werden. Hinzuziehen eines Anästhesisten erfolgt nur nach den Vorgaben der KBV-Richtlinien.</p>	<p>inkl. aller Sachkosten (auch Abführmittel zur Darmvorbereitung) 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>Bis 1x pro Quartal</p> <p>Im selben Quartal nicht zusammen mit der E2a und E3</p>	<p><b>50,00</b></p>



Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
E5a	<b>Therapeutische Proktoskopie</b> 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	<b>18,50</b>
E5b	<b>Therapeutische Proktoskopie</b> 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	<b>9,50</b>
E6a	<b>Sachkostenpauschale Clip, je Stück</b>	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.	<b>75,00</b>
E6b	<b>Sachkostenpauschale Sklerosierungsnadel, je Stück</b>	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.	<b>7,20</b>
E6c	<b>Sachkostenpauschale Loops, je Stück</b>	Nur am selben Tag neben E1a, E2a,	<b>68,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		E3, E4 abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	
<b>E6d</b>	<b>Sachkostenpauschale C 13 Atemtest</b>	Nicht am selben Tag abrechenbar neben E1a Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	<b>11,20</b>
<b>E7a</b>	<b>Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 2 Stunden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 abrechenbar</li> <li>- Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</li> <li>- Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01510 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern</li> <li>- Ist nur 1x pro Tag und nicht am selben Tag neben E7b oder E7c abrechenbar</li> </ul>	<b>53,00</b>
<b>E7b</b>	<b>Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 abrechenbar</li> <li>- Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II.</li> </ul>	<b>101,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		Abs. 4 lit. b)) erforderlich. - Ist nur nach Maßgabe der Voraussetzungen der EBM-Ziffer 01511 abrechenbar, jedoch nur unter parenteraler intravasaler Behandlung mit Zytostatika und/oder monoklonalen Antikörpern - Ist nur 1x pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a oder E7c abrechenbar	
<b>E7c</b>	<b>Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden</b>	- Ist nur additiv zu Zuschlag Onko2 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 - Ist nur 1x pro Tag und nicht am selben Tag neben E7a oder E7b abrechenbar	<b>148,00</b>
<b>E7d</b>	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge bei monoklonaler Antikörpertherapie, Dauer mehr als 2 Stunden	- Maximal 1 mal pro Tag und max. 3 mal pro Quartal abrechenbar - Nicht neben E7a, E7b oder E7c am selben Tag abrechenbar	<b>53,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Nur abrechenbar bei einer Therapie mit monoklonalen Antikörpern (Arzneimittel-Verordnung)</li> <li>- Nur abrechenbar bei Vorliegen einer gesicherten chronisch-entzündlichen Darmerkrankung (CED) gem. Anhang 2 zu Anlage 12 (gesicherte Diagnosen gem. Pauschale P1a)</li> </ul> <p>Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</p>	
<b>E8</b>	<b>Histologie bei Früherkennungskoloskopie</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Ist nur additiv zu Einzelleistung E3 abrechenbar</li> <li>- Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.</li> <li>- 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 des/der Pathologen/-in bzw. der/des Ärztin/Arztes erfolgt</li> </ul>	<b>13,46</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		durch den FACHARZT. - Im Übrigen gelten die Bestimmungen des EBM in der jeweils geltenden Fassung	
<b>E9A</b>	<p><b>Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar bei Umstellung der stabilen Biologika-Therapie mit den Wirkstoffen Etanercept und Adalimumab auf das jeweilige Biosimilar.</b></p> <p>Förderung der größtmöglichen Adhärenz u. a durch Beratung zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prinzip der Biosimilarität inkl. Aspekten der äquivalenten Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Biosimilar gegenüber den jeweiligen Originalen</li> <li>• Biosimilar Zulassungsprozess (EMA, klinische Studien)</li> <li>• Informationen zum pharmazeutischen Hersteller</li> <li>• Aufklären zu ggf. verändertem Aussehen, Anwendung etc.</li> <li>• Beratung zu unverändert weiter gültigen generellen Aspekten einer Biologika-Therapie (Impfschutz, mögliche Nebenwirkungen, zuverlässige Anwendung etc.)</li> <li>• Dokumentation der Umstellung: Handelsname</li> </ul> <p>Information an den Hausarzt</p>	<p>Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich á 20 Minuten</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>Abrechenbarkeit ab 2. Quartal 2019 bis einschließlich 2. Quartal 2020</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Maximal 1x abrechenbar bei der Umstellung auf ein Biosimilar für stabil auf ein entsprechendes Original eingestellt Versicherte</li> <li>- Abrechnungsausschluss E9B und E9C</li> <li>- Umstellung bedeutet, dass in den Apothekenabrechnungsdaten der BKK in 2 Vorquartalen mind. 1 Verordnung für das Original der betroffenen Wirkstoffe vorliegt, aber in keinem dieser Quartale für das entsprechende Biosimilar.</li> </ul> <p>Die BKK VAG kann durch einseitige</p>	<b>36,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>Erklärung bis 2 Wochen vor Quartalsende gegenüber dem MEDIVERBUND die Möglichkeit zur Abrechnung der E9A bereits vor Ablauf des 1. Quartals 2020 beenden. Die Abrechnungsmöglichkeit der E9A endet für den Facharzt für Versicherte der am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen dann mit Ablauf des Quartals, in welcher die Erklärung von der BKK VAG abgegeben wird. Die Angabe von Gründen durch die BKK VAG ist nicht erforderlich.</p> <p>Nach Beendigung des Abrechnungszeitraums informiert die BKK VAG die Vertragspartner über die Erkenntnisse dieser Regelung.</p>	
<p><b>E9B</b></p>	<p><b>Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar bei Ersteinstellung auf ein Biosimilar.</b></p> <p>Förderung der größtmöglichen Adhärenz u. a durch Beratung zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prinzip der Biosimilarität inkl. Aspekten der äquivalenten Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit</li> <li>• Biosimilar Zulassungsprozess (EMA, klinische Studien)</li> <li>• Informationen zum pharmazeutischen Hersteller</li> <li>• Aufklären zu ggf. Anwendung etc.</li> <li>• Beratung zu unverändert weiter gültigen generellen Aspekten einer Biologika-Therapie (Impfschutz, mögliche Nebenwirkungen, zuverlässige Anwendung etc.)</li> <li>• Dokumentation</li> </ul> <p>Information an den Hausarzt</p>	<p>Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich á 15 Minuten</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>Abrechenbar ab dem 2. Quartal 2019 bis einschließlich 2. Quartal 2020</p> <p>- Maximal 1x abrechenbar bei der erstmaligen Verordnung eines</p>	<p><b>27,00</b></p>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>Biosimilars</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Abrechnungsausschluss E9A und E9C</li> <li>- Erstmalig bedeutet, dass in den Apothekenabrechnungsdaten der BKK in 5 Vorquartalen keine betr. Wirkstoffverordnung für den Versicherten vorliegt</li> </ul> <p>Die BKK VAG kann durch einseitige Erklärung bis 2 Wochen vor Quartalsende gegenüber dem MEDIVERBUND die Möglichkeit zur Abrechnung der E9B bereits vor Ablauf des 1. Quartals 2020 beenden. Die Abrechnungsmöglichkeit der E9B endet für den Facharzt für Versicherte der am Vertrag teilnehmenden Betriebskrankenkassen dann mit Ablauf des Quartals, in welcher die Erklärung von der BKK VAG abgegeben wird. Die Angabe von Gründen durch die BKK VAG ist nicht erforderlich.</p> <p>Nach Beendigung des Abrechnungszeitraums informiert die BKK VAG die Vertragspartner über die Erkenntnisse dieser Regelung.</p>	

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
<b>E9C</b>	<b>Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar-Monitoring zur intensivierten Begleitung nach eingeleiteter Ersteinstellung oder Umstellung</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Versorgungsinhalte entsprechend E9A/ E9B für den Verlauf bzw. das Monitoring.</li> <li>• ggf. intensivierte Beratung bei Fragen bzgl. wahrgenommener Nebenwirkungen</li> </ul>	Abrechenbar für Versicherte, für die im Abrechnungsquartal eine Verordnung für ein Biosimilar der betr. Wirkstoffe in den Abrechnungsdaten der BKK vorliegt.  Diese Leistung ist vom FACHARZT (persönlich oder telemedizinisch) zu erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e)  - Maximal 1x pro Quartal á 15 Minuten abrechenbar - Maximal in 2 aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar, die auf das Abrechnungsquartal von E9A oder E9B folgen	<b>27,00</b>
<b>3. Qualitätszuschläge</b>			
<b>Q1</b>	Qualitätszuschlag Rationale Pharmakotherapie (arztindividuell) Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Die Vertragspartner streben bis zum 01.07.2016 eine Umsetzung an.	
<b>Q2</b>	Zuschlag Evaluation Vorsorgekoloskopie der Altersgruppe 50-54 Jahre	Zuschlag erfolgt <b>auf E3</b> für 50-54 Jährige HZV-Versicherte	<b>2,00</b>



Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
Q3	Qualitätszuschlag Farbdoppler (arztindividuell)	Der Zuschlag wird automatisch auf P1 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 für EFA®	Der Zuschlag wird automatisch auf P1a oder P1b aufgeschlagen, wenn der FACHARZT gemäß Anhang 5 zu Anlage 12 nachgewiesen hat, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation beschäftigt. Das Nähere ist abschließend in Anhang 5 zu Anlage 12 geregelt.	5,00
<b>4. Vertretungsleistungen</b>			
V1	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	17,50

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		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	
<b>5. Leistungen des Zepatier-Moduls (Anhang 6 zu Anlage 12)</b>			
<b>Z1</b> <b>Z2</b> <b>Z3</b> <b>Z4</b> <b>Z5</b> <b>Z6</b> <b>Z7</b>	<b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast &lt;= 800.000 IE/ml - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast &lt;= 800.000 IE/ml und Vorliegen bestimmter NS5A-RAVs - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast &gt; 800.000 IE/ml - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT1a, Viruslast &gt; 800.000 IE/ml und Vorliegen bestimmter NS5A-RAVs - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 16wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT1b - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT4, Viruslast &lt;= 800.000 IE/ml - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 12wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <b>Aufklärungsgespräch Zepatier GT4, Viruslast &gt; 800.000 IE/ml - intensiviert</b> <b>Betreuung bei 16wöchiger Behandlung mit Zepatier</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Allgemeine Aufklärung über Eignung für Therapie mit Zepatier</li> <li>• Information des Patienten über Verlauf und Dauer der Therapie</li> </ul>	Ist additiv zu P1b und nur 1x pro Patient abrechenbar bei Vorliegen der gesicherten Diagnose B18.2 (Chronische Virushepatitis C). Mindestalter zur Behandlung 18 Jahre.  Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.  Pro Patient ist nur eine der Pauschalen Z1 bis Z7 abrechenbar.  Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12  Das Datum der Erbringung der Leistung der Vergütungsziffern Z1 bis Z7 bestimmt den Beginn des Zeitraums von maximal 16 zusammenhängen-	<b>50,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aufklärung des Patienten bezüglich der Bedeutung der Einhaltung des Arzneimittel-Therapieplans (Fokus auf Adhärenz)</li> <li>• Beratung des Patienten zur 1. Verordnung</li> <li>• Abgabe der Patientenmaterialien</li> <li>• Für Genotyp 1a: Hinweis für den Patienten zur Notwendigkeit von RAV-Tests zur Bestimmung der Therapiedauer (max. 16 Wochen)</li> <li>• Für 16wöchige Therapie: bei erster Zepatier-Verordnung Aufklärung über die Notwendigkeit der Kombination mit Ribavirin</li> </ul>	den 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.	
<b>Z8</b>	<b>NS5A-RAV-Test bei GT1a mittels population sequencing</b>	Ist additiv zu P1b und nur 1x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z4 und nur innerhalb der maximal 16-wöchigen Therapiedauer. Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12.  Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich.	<b>150,00</b>
<b>Z9</b>	<b>Adhärenzgespräch Zepatier - 3 oder 4mal</b> 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 Z1, Z2, Z3, Z5 oder Z6 bis zu 3x pro Patient abrechenbar, bei Abrechnung einer Z4 oder Z7 bis zu 4x pro Patient.  Die Ziffer darf nur 1x 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	<b>20,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		erbringen und nicht delegierbar (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. e))	
<b>Z10</b>	<p><b>Beratung bei Hepatitis B-Reaktivierung</b>                      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 1x 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 6 zu Anlage 12</p>	<b>30,00</b>
<b>Z11</b>	<p><b>Abschlussgespräch Zepatient 1 - nach erfolgreicher Therapie (SVR12 erreicht)</b>                      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 1x 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. Abschluss mit Z12.</p> <p>Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12.</p>	<b>30,00</b>
<b>Z12</b>	<p><b>Abschlussgespräch Zepatient 2 – Beratung zu weiteren Optionen bei nicht erreichter SVR12</b>                      Beratung des Patienten zu weiteren Therapieoptionen</p>	<p>Ist additiv zu P1b und nur 1x pro Patient abrechenbar, nur bei Abrechnung einer Z1 bis Z7. Es ist ein persönlicher</p>	<b>40,00</b>

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		<p>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. Abschluss mit Z11.</p> <p>Gemäß Anhang 6 zu Anlage 12.</p>	