

Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)

Heilbronner Str. 184, 70191 Stuttgart

vertreten durch den stellvertretenden Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann,



MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH („MEDIVERBUND“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Geschäftsführer Werner Conrad
und

teilnehmenden FACHÄRZTEN

sowie



Berufsverband Niedergelassener
Gastroenterologen Deutschlands e.V.

Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. („bng“)

vertreten durch den Vorsitzenden der Regionalgruppe Baden-Württemberg des bng,
Dr. med. Jürgen Merkt, Am Wollhaus 9, 74072 Heilbronn,



Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V. („BNFI“)

vertreten durch den vom BNFI-Bundesverband ermächtigten Landes- und
stellvertr. Bundesvorsitzenden Dr. med. Thomas Seyfferth,
Kaiserstraße 57, 72764 Reutlingen
und



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner

(einzeln oder gemeinsam „Vertragspartner“)

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	3
Präambel	3
§ 1 Vertragsgegenstand	4
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	4
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	4
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	5
§ 4 Einschreibung von AOK-Versicherten	7
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	9
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	11
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT	12
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	12
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE	13
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	13
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, MEDIVERBUND, BNG, BNFI UND MEDI E. V. UNTEREINANDER	14
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	14
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	14
§ 12 Pflichten der AOK	15
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., bng und BNFI	17
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	17
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	17
§ 16 Vertragssoftware	17
§ 17 Kündigung und Laufzeit	18
§ 18 Schlichtungsverfahren	18
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	19
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	19
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK	22
§ 21 Verwaltungskostengebühr	22
§ 22 Praxisgebühr	23
ABSCHNITT VI: BEIRAT	23
§ 23 Beirat	23
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	24
§ 24 Geltung der einzelnen Abschnitte	24
§ 25 Vertragsbeginn und Vertragsende	24
§ 26 Verfahren zur Vertragsänderung	25
§ 27 Haftung und Freistellung	26
§ 28 Qualitätssicherung	26
§ 29 Datenschutz	27
§ 30 Sonstiges	27
§ 31 Anlagenübersicht	27

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante gastroenterologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch gastroenterologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Vernetzung und Zusammenarbeit der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die AOK als gesetzliche Krankenkasse mit circa 3,7 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchte gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („Vertrag“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren („FACHÄRZTEN“) ihren Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 73c SGB V („SGB V“) anbieten. Die AOK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch bng, BNFI und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK erfüllt durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH gegründet. Der MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Der bng ist der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen. Mitglieder sind Gastroenterologen und fachärztliche Internisten, die überwiegend gastroenterologisch tätig sind und die Zulassung zur Vorsorgekoloskopie haben.

Der BNFI ist der Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT für eine vertraglich vereinbarte Vertragsvergütung zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie erwartet die AOK die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag vom 08.05.2008 ist. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 73c Abs. 3 SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 73c SGB V sollen medizinisch und

wirtschaftlich zu einer optimal vernetzen, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK nach § 137f SGB V.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie für Versicherte der AOK in Baden-Württemberg durch nach dem **II. Abschnitt** (Seite 4ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der MEDIVERBUND erbringt in diesem Zusammenhang die im **IV. Abschnitt** (Seite 14ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und das im **V. Abschnitt** (Seite 19ff.) geregelte Abrechnungsmanagement.
- (2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Der MEDIVERBUND eröffnet Vertragsärzten/-innen, persönlich Ermächtigten („Arzt“ bzw. „Ärzte“) und Medizinischen Versorgungszentren („MVZ“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („Vertragsteilnahme“) berechtigt, wenn sie sämtliche in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in §3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („teilnahmeberechtigter Vertragsarzt“):
 - a) Ärzte müssen
 - Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt oder mit Schwerpunkt Gastroenterologie sein,
 - als Arzt oder MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs 1a Satz 2 SGB V teilnehmen,
 - über die KV-Zulassung gemäß der jeweils aktuellen Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie verfügen,
 - b) Persönlich ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung abrechnen. Sofern die Ermächtigung

einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 23 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.

- c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
- a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (Präsenzveranstaltung oder E-Learning gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den gastroenterologisch tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n erfolgen;
 - c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über z.B. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - f) Erfüllung der technischen Voraussetzungen zum Befüllen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) nach Maßgabe der **Anlage 4**;
 - g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail-Adresse informieren.
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT:
 - Durchführung von Koloskopien als auch Gastroskopien: Es müssen 600 Endoskopien pro Praxis und Jahr, davon mindestens 200 totale Koloskopien pro Arzt und Jahr ambulant erbracht werden. Ärzte müssen zur Vorsorgekoloskopie

zugelassen sein. Ferner müssen mindestens 10 Polypektomien pro Arzt und Jahr erbracht werden. Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall hiervon nach billigem Ermessen abgewichen werden. Die Entscheidung hierüber trifft der Beirat gemäß § 23 ggf. in Abhängigkeit von Anlage 8. (Nachweisdokument: KV-Abrechnung der letzten 4 verfügbaren Quartale, zu den nachgewiesenen KV-Zahlen werden von der Managementgesellschaft ohne Nachweis 10% für privatärztlich erbrachte Leistungen angesetzt.)

- Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen.
 - Sollte ein gastroenterologisch relevantes DMP eingeführt werden, verpflichten sich die FACHÄRZTE, an dem DMP teilzunehmen und es aktiv zu unterstützen. Der Beirat entscheidet über den Zeitpunkt, ab dem die Teilnahme am DMP verpflichtend wird.
- i) Erfüllung sämtlicher folgender apparativer Mindestausstattung in der Praxis des teilnehmenden FACHARZTES:
- Abdominalsonographiegerät mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung (Nachweis: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft),
 - Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung der Koloskopieziffer, GOP 13421, im letzten verfügbaren Quartal),
 - Vorhaltung der Notfallausstattung (mit Ambubutel und Beatmungsmaske, Intubationsbesteck, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator, Pulsoxymetrie)
 - Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft)
 - Einhaltung von Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetriebsverordnung
- j) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an das Personal des FACHARZTES:
- Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie mit Übergangsfrist bis 30.06.2011 (Nachweis: Selbstauskunft mit Vorlage der Zertifikate bei der Managementgesellschaft bis 30.06.2011. Danach jährliche stichprobenhafte Überprüfung durch die Managementgesellschaft)
- k) Erfüllung folgender Qualitätsanforderungen in der Praxis des teilnehmenden Facharztes:
- Hygienekontrolle aller Endoskope mindestens halbjährlich (Nachweis: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft) und externe Hygienekontrolle mindestens eines Endoskopes halbjährlich gem. KV-Koloskopievereinbarung (Nachweis: regelmäßige halbjährliche Vorlage des Zertifikats der bestandenen KV-Prüfung),

- Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien (stichprobenhafte Überprüfung durch Vorlage von Rechnungen durch die Managementgesellschaft),
 - Bei der Endoskopie sedierter Patienten ist entsprechend der Leitlinie der Fachgesellschaft eine zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft zugegen.
- 1) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. Anlage 2:
- Dokumentation Vorsorgekoloskopie gem. Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der aktuell gültigen Fassung
 - Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere zur Endoskopie gem. Anlage 2, Anhang 1
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V (nach Implementierung)
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des FACHARZTES nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.
 - b) **Zulassung zum AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung von AOK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg („Versicherte“), die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können sich in das AOK-FacharztProgramm einschreiben. Das AOK-FacharztProgramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie

und Gastroenterologie und wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-FacharztProgramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte auszuwählen, die an diesem FacharztProgramm der AOK teilnehmen. Versicherte können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das **AOK-FacharztProgramm** einschreiben:

- a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich elektronisch an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
 - b) Bei Ärzten, die am HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“).
- (2) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern.
 - (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können, sobald dies technisch möglich ist. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-FacharztProgramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 19ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
 - (4) AOK und MEDIVERBUND können gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag zu einem späteren Zeitpunkt für alle FACHÄRZTE nach billigem Ermessen für verbindlich erklären. Die FACHÄRZTE werden hierüber rechtzeitig informiert. Auch in diesem Fall hat der FACHARZT seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
 - (5) **Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.**
 - (6) AOK, BKK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.

§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 19ff.) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden Arzt. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots und der Praxisausstattung** erfüllen:
 - a) Reguläre Sprechstundentermine in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung, bei positivem Hämoccult-Test innerhalb von 3 Tagen.
 - b) Behandlung von Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden
 - c) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine vom HAUSARZT angeforderte Notfallvorstellung am Anforderungstag (während der Sprechstundenzeiten) durchgeführt. Zur Vermeidung von Einweisungen in die Klinik werden vom HAUSARZT angeforderte Notfallgastroskopien am Anforderungstag durchgeführt, soweit dies technisch und medizinisch möglich ist. Vom HAUSARZT als Notfälle zur Koloskopie überwiesene Patienten werden zur Aufklärung und Vorbereitung möglichst am Anforderungstag angenommen, die Untersuchung wird möglichst innerhalb von 3 Werktagen durchgeführt; Vorsorgekoloskopien werden innerhalb von 4 Wochen erbracht.
 - d) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not- oder Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - e) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - f) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
 - g) Alle relevanten Befunde werden dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt (**Anhang 1 zur Anlage 17**). Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt. Die Übermittlung erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3**.
 - h) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt / angestellten Arzt erfüllen:
 - a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu gastroenterologischen

Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**;

- b) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der gastroenterologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V sowie der vertragspezifischen Fortbildungspflichten gem. **Anlage 2** (Nachweis: Jährliche Vorlage der Nachweise bei der Managementgesellschaft);
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie folgende **besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte**:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-FacharztProgramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 73c Abs. 5 SGB V;
 - b) Überweisung an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten gastroenterologischen Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
 - c) Überweisungen vom HAUSARZT/FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin möglich.
 - d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an
 - den weiterbehandelnden FACHARZT
 - das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem** Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.
 - e) Bekanntmachung eines am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarztes in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie organisiert werden.
 - f) Befüllen eines elektronischen Patientenpasses (AOK-Patientenpass) gemäß **Anlage 4** auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.
 - g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische AOK-Angebote, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst und Präventionsangebote (siehe **Anlage 2**).

- h) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
 - i) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
 - j) Mögliche Nutzung und Angebot von Leistungen bzw. Fachanwendungen im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung gemäß Anhang 7 zu Anlage 12, insbesondere wenn hierfür die erforderlichen technischen und vertraglichen (z.B. Teilnahmeerklärung des Arztes) Voraussetzungen vorliegen
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Ordnungsweise, insbesondere im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie, und hierzu insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK mit pharmazeutischen Unternehmern nach § 130a Abs. 8 SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
 - c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. **Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus Anlage 3.**
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors zum 31.12.2010 ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der Konnektor dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. **Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT.**

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.

- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
- a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Arztstammdaten (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V sowie die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Haus- und Fachärzten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 25 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich

zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn

- a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 oder Anlage 15 verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Verstoß nicht nach schriftlicher Abmahnung innerhalb einer durch diese Abmahnung gesetzten angemessenen Frist durch die Managementgesellschaft beseitigt, insbesondere wenn der FACHARZT gegen die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 lit. c), d), e), f), h), i), j), k) oder l) bzw. die Qualitätsanforderungen nach § 5 Abs. 2 lit. b), c) oder 3 erheblich verstößt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.
- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d.h. AOK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 5**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-FacharztProgramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, MEDIVERBUND, BNG, BNFI UND MEDI E. V. UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, MEDIVERBUND, bng, BNFI und MEDI e. V.. Die Verpflichtung der AOK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.
- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK wie folgt:
 - a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);
 - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der **beigelegten Nachweise gem. Teilnahmeerklärung Arzt (Anlage 1)**. Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK weiter;
 - f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, Zulassung zur Vorsorgekoloskopie);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK;

- j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmestatus der in das AOK-FacharztProgramm gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnen. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 23 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben und der in **Abschnitt V** geregelten Abrechnung mit schriftlicher Zustimmung der AOK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen, insbesondere eines Abrechnungsunternehmens („**Abrechnungszentrum**“), berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 **Pflichten der AOK**

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**ArztPartnerService**).
- (2) Die AOK wird die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (3) Die AOK wird dem Abrechnungszentrum das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm und im AOK-FacharztProgramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekanntgegeben werden.

- (4) Im Falle der zulässigen Kündigung eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK die Managementgesellschaft.
- (5) Die AOK wird der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Änderungen der Arztstammdaten, die ihr zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK wird die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK ist zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:
 - a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und allgemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.
 - b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.
 - c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 23) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.
 - d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.
 - e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.
 - f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der

Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztsprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztsprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Verordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., bng und BNFI

- (1) MEDI e.V., bng und BNFI sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (2) MEDI e.V., bng und BNFI sind verpflichtet, soweit datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Arztstammdaten und Vertragsverstöße ihrer Mitglieder, die ihnen zur Kenntnis gelangen, unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., bng und BNFI,
 - a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) AOK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDIVERBUND, MEDI e.V., bng und BNFI verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, MEDIVERBUND, MEDI e. V., bng und BNFI stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (Anlage 3).
- (2) AOK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).

- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 25 Abs. 1 und 2 für AOK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., bng und BNFI. **Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß Anlage 8 vorliegt.**
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK und MEDIVERBUND, unbeschadet der Absätze 3 und 4, mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag bis 31.12.2014 zum 30.06.2015 gekündigt werden.
- (3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (4) Die AOK ist erstmals nach Ablauf des 31.12.2011 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl von 80 FACHÄRZTEN durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV).
- (5) Das Recht von AOK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt; zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
- a) Die AOK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne gilt insbesondere Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1.
- b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer - nur außerordentlich möglichen - Kündigung von bng, BNFI und/oder MEDI e. V. entsprechende Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine

Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d.h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) **Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 gilt zunächst bis zum 31.12.2011.**
 - a) **Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.**
 - b) **Die Behandlung von gastroenterologischen onkologischen Erkrankungen ist integraler Bestandteil dieses Vertrages. Daher wird die Behandlung gemäß Onkologievereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) und die KV-Vereinbarung zur onkologischen Basisversorgung innerhalb des Vertrages abgebildet und es gelten alle Bestimmungen der Onkologievereinbarung inkl. ihrer Anhänge. Wenn sich die Onkologievereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) oder die KV-Vereinbarung zur onkologischen Basisversorgung ändern, vereinbart der Beirat nach billigem Ermessen eine Umsetzung dieser Änderungen in diesem Vertrag. Der FACHARZT stimmt diesen Änderungen bereits jetzt zu.**
 - c) **Einigen sich AOK und MEDIVERBUND bis zum 31.12.2011 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 30.06.2015 fort.**
 - d) **Einigen sich die AOK und MEDIVERBUND bis zum 31.12.2011 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als**

genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.

- e) **Besteht der Vertrag über den 30.06.2015 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12 für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 30.06.2015 hinaus fortbesteht.**
- f) **Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. d) gilt sinngemäß.**
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
- (4) **Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.**
- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten

Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berechtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.

- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („Überzahlung“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabbrechnungen, d.h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („Fehlabbrechnung“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.
- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherheitseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherheitseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherheitseinhalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) AOK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK („**AOK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen die Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) **Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung gemäß §§ 19 und 20 zuzüglich der gesetzlichen Umsatzsteuer zu erheben. Der FACHARZT ist zur Entrichtung der Verwaltungskostengebühr an die Managementgesellschaft verpflichtet. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.**
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen. Das bedeutet, dass die Managementgesellschaft von der Auszahlung die Verwaltungskostengebühr zuzüglich gesetzlicher Umsatzsteuer einbehält.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibegebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibegebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 1.
- (4) Die Abwicklung der Praxisgebühr nach dem folgenden § 22 bleibt für die Berechnung der Höhe der Verwaltungskostengebühr außer Betracht.

§ 22 Praxisgebühr

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die gesetzliche Praxisgebühr nach § 28 Abs. 4 SGB V („**Praxisgebühr**“) von Versicherten gemäß den gesetzlichen Bestimmungen in § 43 b SGB V und nach Maßgabe von § 18 BMV-Ä in ihrer jeweils geltenden Fassung für die AOK einzuziehen. Der FACHARZT ist danach insbesondere nicht berechtigt, auf die Zuzahlung zu verzichten, oder einen anderen Betrag als die gesetzliche Praxisgebühr zu erheben.
- (2) Die AOK benennt die Managementgesellschaft als ihre Zahlstelle, gegenüber der der FACHARZT von ihm eingezogene Praxisgebühren im Sinne des § 43 b Abs. 1 Satz 1 SGB V zu verrechnen hat.
- (3) Soweit der FACHARZT seinen Verpflichtungen gemäß § 43 b SGB V in Verbindung mit dem § 18 Abs. 1 bis 4 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung genügt hat und dies nicht zur erfolgreichen Einziehung der Praxisgebühr vom Versicherten geführt hat, **obliegt der AOK der weitere Zahlungseinzug der Praxisgebühr bei den Versicherten.**
- (4) Die Managementgesellschaft hat gegenüber dem FACHARZT Anspruch auf Auskunft, ob und in welchem Umfang die Praxisgebühr bei Versicherten eingezogen wurde und warum sie gegebenenfalls nicht eingezogen wurde.
- (5) Näheres regelt die **Anlage 14**.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 23 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern der AOK, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUNDES, 1 Vertreter des BNFI und 1 Vertreter des bng besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:
 - a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte;
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 26 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. Die AOK ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß §

8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.

d) Der Beirat kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.

(5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 24 Geltung der einzelnen Abschnitte

(1) **Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:**

II. Teilnahme des FACHARZTES

III. Teilnahme durch Versicherte

V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr

VI. Beirat

VII. Allgemeine Regelungen

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

(2) Für MEDI e. V., bng und BNFI gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezug nehmen.

§ 25 Vertragsbeginn und Vertragsende

(1) **Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die Erfüllung folgender Voraussetzung zwingend notwendig:**

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK einen Vertrag gemäß § 73c Abs. 6 SGB V („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der gastroenterologischen Versorgung nach § 73c SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK haftet gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.

(2) **Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages**

außer für diesen FACHARZT unberührt.

- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach **Abschnitt II** und für die übrigen Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
 - a) Kündigt die AOK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Bei einer - nur außerordentlich möglichen - Kündigung von MEDI e.V., bng oder BNFI wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - e) Kündigungen von AOK oder MEDIVERBUND sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 26 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) **Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.**
- (2) **Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.**
- (3) **Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen seit Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-FacharztProgramm**

Gastroenterologie.

- (4) **Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK und MEDIVERBUND ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.**

§ 27 Haftung und Freistellung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK haftet für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK wird den MEDIVERBUND von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.
- (4) Freistellung nach diesem § 27 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 27 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 28 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung insbesondere der endoskopischen Leistungen dieses Vertrages werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. Anlage 2). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß Anlage 2 ist für den FACHARZT verpflichtend.

§ 29 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-/BoschBKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 30 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertragliche Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

§ 31 Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** AOK-Patientenpass

- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen der AOK
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutzvertrag
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen

Stuttgart, den 08.07.2010

AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann

MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH
Werner Conrad

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

bng
Dr. med. Jürgen Merkt

BNFI

Dr. med. Thomas Seyfferth

Der Vertragsbeitritt der einzelnen ÄRZTE erfolgt gemäß § 3 dieses Vertrages.

Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

- Teilnahmeerklärung FACHARZT (siehe Anhang)
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES
- Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z. B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Teilnahmevoraussetzungen

1. Persönliche Voraussetzungen:

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie persönlich eine oder mehrere persönliche Teilnahmevoraussetzungen nicht, können Sie nicht an diesem Vertrag teilnehmen. Ermächtigte Ärzte dürfen nur im Rahmen ihrer persönlichen Ermächtigung teilnehmen (Nachweis: KV Zulassung oder KV-Ermächtigung).

Ich bin Facharzt für Innere Medizin mit Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. §73 Abs. 1a Satz 2 SGB V

- mit Schwerpunkt Gastroenterologie ohne Schwerpunkt
- mit Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
- Zulassung zur vertragsärztlichen Erbringung und Abrechnung der Koloskopien und Durchführung von mindestens 200 Koloskopien und 10 Polypektomien pro Arzt/Jahr (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Abrechnung oder KV-Registerauszug)
- Durchführung von Gastroskopien (Nachweis: KV-Abrechnung)
- Durchführung und Abrechnung von insgesamt mindestens 600 Endoskopien (Gastroskopien und Koloskopien) pro Praxis/Jahr (Nachweis: KV Abrechnung)
- Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
- Teilnahme an der Qualitätssicherungsmaßnahme Endoskopie gem. Anhang 1 zu Anlage 2 dieses Vertrages
- jährlicher Besuch von Fortbildungen zu den beiden Themen CED und Hepatologie (mit jeweils 8 CME Punkten) (Nachweis: Fortbildungsnachweis jährlich einzureichen)
- jährlicher Besuch von weiteren Fortbildungen zu gastroenterologisch relevanten Themen (z.B. sonstige Oberbaucherkrankungen, Onkologie, Arzneimitteltherapie und Ernährungsmedizin) mit zusammen 5 CME Punkten (Nachweis: Fortbildungsnachweis jährlich einzureichen)

2. Voraussetzungen der Praxis/BAG/MVZ

Bitte beachten Sie: Sie können an diesem Vertrag nur dann teilnehmen, wenn Sie alle nachfolgend genannten, die Praxis / BAG / MVZ betreffenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

- Abdominalsonographiegerät mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung, Abrechnung der Koloskopieziffer GOP 13421 im letzten verfügbaren Quartal)
- Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie (Nachweis: Vorlage der Zertifikate bei Managementgesellschaft, danach jährliche Stichprobenprüfung durch die Managementgesellschaft)
- Hygienekontrollen aller Endoskope mindestens halbjährlich (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- externe Hygienekontrollen mindestens eines Endoskopes gem. KV-Koloskopievereinbarung (Nachweis: halbjährliche Vorlage des Zertifikats bei der Managementgesellschaft)
- Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben der Qualitätskommission)
- Bei der Gastroskopie und Koloskopie sedierter Patienten ist entsprechend den Leitlinien der Fachgesellschaft eine zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft zugegen (Nachweis: Selbstauskunft)
- Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung an das Internet
- Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)
- Vertragssoftware ist installiert für AOK Bosch BKK _____ Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)
- Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

Bitte beachten Sie: Erfüllen Sie oder die anderen Mitglieder der BAG/MVZ eine oder mehrere der Abrechnungsvoraussetzungen nicht, können Sie bestimmte Leistungen nicht abrechnen. Die Qualifikation von in der Praxis tätigen Ärzten berechtigt alle FACHÄRZTE der Praxis zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

- Farbdopplersonographie (Nachweis: KV-Abrechnung mit GOP 33075 oder 13300, Voraussetzung für Q3)
- Teilnahme an der Onkologievereinbarung (Anlage 7 zu den Bundesmantelverträgen) (Nachweis: KV-Zulassung, KV-Registerauszug oder KV- Abrechnung, Voraussetzung für P1d sowie Onko 1-3)

Folgende Ärzte sind in unserer Praxis/BAG/MVZ tätig:

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO

- Die hier angegebenen Daten werden von der MEDIVERBUND AG und der AOK/Bosch BKK ausschließlich zur Durchführung dieses Vertrags auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO verarbeitet. Zur und nach Bestätigung Ihrer Vertragsteilnahme werden diese Daten an die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen übermittelt. Diese Daten und die von Ihnen an die Managementgesellschaft übermittelten Diagnose- und Abrechnungsdaten werden von der Managementgesellschaft zur Erstellung der Abrechnungsnachweise und zur Prüfung der Abrechnung auf der Grundlage von § 295a Abs. 1 SGB V verarbeitet und genutzt. Die AOK/Bosch BKK und ggf. deren beauftragte Dienstleistungsunternehmen erhalten durch die Managementgesellschaft die vorgenannten Daten zur Prüfung der Abrechnung.
- Die Bekanntmachung Ihrer Teilnahme an diesem Vertrag durch Veröffentlichung Ihres Titels, Ihres Namens, Ihrer Praxisanschrift und Ihrer Telefon-/Faxnummer in einem Verzeichnis auf den Internetseiten zur Information für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche der AOK/Bosch BKK, der MEDIVERBUND AG und des MEDI BW e.V., beruht ebenfalls auf Grundlage des Art. 6 (1) lit. b DSGVO. Darüber hinausgehende Angaben personenbezogener Daten für die Vertragsarztsuche/Umkreissuche, z. B. zu Qualifikationen, sind freiwillig. Solche Angaben können Sie nach Zulassung zum Vertrag im Arztportal unter www.medi-arztportal.de selber vornehmen. Rechtsgrundlage für die Veröffentlichung dieser Angaben ist Ihre Einwilligung nach Art. 6 (1) lit. a DSGVO. Ihre Einwilligung hinsichtlich der Veröffentlichung dieser Angaben können Sie jederzeit widerrufen.

Ihre personenbezogenen Daten werden gelöscht, sobald der Zweck der Speicherung entfällt. Eine Speicherung kann darüber hinaus erfolgen, wenn dies durch den europäischen oder nationalen Gesetzgeber in unionsrechtlichen Verordnungen, Gesetzen oder sonstigen Vorschriften, denen die MEDIVERBUND AG (Vertragsparteien) unterliegt, vorgesehen wurde. Eine Löschung der Daten erfolgt auch dann, wenn eine durch die genannten Normen vorgeschriebene Speicherfrist abläuft, es sei denn, dass eine Erforderlichkeit zur weiteren Speicherung der Daten für einen Vertragsabschluss oder eine Vertragserfüllung besteht. Ihnen steht ein Auskunftsrecht bezüglich der über Sie gespeicherten personenbezogenen Daten, deren Herkunft und Empfänger sowie den Zweck der Speicherung zu. Sie können Berichtigung oder Löschung bzw. Einschränkung der Verarbeitung Ihrer Daten verlangen, sofern die Daten sachlich falsch sind oder deren Verarbeitung nicht (mehr) zulässig ist.

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:

MEDIVERBUND AG,
Liebknechtstraße 29, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datschutz-team@medi-verbund.de
Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datschutz-team@medi-verbund.de

Unbeschadet eines anderweitigen verwaltungsrechtlichen oder gerichtlichen Rechtsbehelfs steht Ihnen das Recht auf Beschwerde bei einer Aufsichtsbehörde, insbesondere in dem Mitgliedstaat ihres Aufenthaltsorts, ihres Arbeitsplatzes oder des Orts des mutmaßlichen Verstoßes, zu, wenn Sie der Ansicht sind, dass die Verarbeitung der Sie betreffenden personenbezogenen Daten gegen die DSGVO verstößt.

Voraussetzungen zur Abrechnung von Leistungen über die „Sofortabrechnung nach Einschreibung (SANE)“

Hiermit trete ich der **Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechnung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß §§ 73c SGB V a.F. bzw. 140a SGB V** bei.

Ich habe die Ergänzungsvereinbarung gelesen und verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher in der Ergänzungsvereinbarung geregelter Vorgaben, die sich durch die Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung ergeben.

Mir ist im Besonderen bewusst, dass:

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
 - zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm) eingeschrieben sind.
 - eine Teilnahmeerklärung für das AOK FacharztProgramm ausgefüllt und unterzeichnet haben.
(Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das Facharzt-Programm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die AOK und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

Unterschrift Vertragsarzt

Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ

Stempel der Praxis/MVZ

Datum (TT.MM.JJ)

--	--	--	--	--	--	--

ACHTUNG: Änderungen der Stammdaten und/oder der Teilnahme-/Abrechnungsvoraussetzungen sind unverzüglich nach Bekanntwerden mitzuteilen.

Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen an die Untersuchungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und Anhang 1 zu Anlage 2 (Maßnahmen zur Qualitätssicherung). Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung, z.B. hinsichtlich aktueller endoskopischer und hygienischer Techniken.

Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN erfüllt werden:

- (1) Für die Endoskopie:
 - Videoendoskopie (Chiptechnik)
 - Digitale Bildspeicherung und Farbdrucker
 - Hygienestandards:
 - o Dampfsterilisator Kategorie-B
 - o Keimfreie Aufbereitung der Endoskope
 - o Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien

- (2) Für die Sonographie:
 - Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschall Diagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung

- (3) die Vorhaltung der Notfallausstattung (mit Ambubeutel und Beatmungsmaske, Intubationsbesteck, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator, Pulsoxymetrie)

- (4) die Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft

- (5) die Einhaltung von Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetriebsverordnung
- (6) Hygienekontrollen aller Endoskope mindestens halbjährlich
- (7) Externe Hygienekontrolle mindestens eines Endoskopes halbjährlich gem. KV-Koloskopievereinbarung

ABSCHNITT II: Übersicht der grundlegenden diagnostischen Vereinbarungen zu den im Vertrag aufgeführten Indikationen (siehe auch Anlage 12):

I. Chronisch entzündliche Magen-Darm-Erkrankungen

1. GERD als Barrett-Ösophagus oder/und ERD
2. Chronisch entzündliche Darmerkrankungen CED
 - a. Anamnese (Klinik, Komplikationen, Verlauf/Phase)
 - b. apparative Diagnostik wie z.B. Endoskopie mit PE, Abdomen-/Darm-Sonografie
HUT, C-Atemtest, pH-Metrie

II. Oberbaucherkrankungen wie Hepatitis, Leberzirrhose, Pankreatitis

- a. Anamnese (Klinik, Komplikationen, Verlauf/Phase)
- b. apparative Diagnostik wie z.B. Abdomen-Sonografie

III. Onkologische Erkrankungen wie Magen- oder Darmkarzinom, Leberkarzinom, Pankreaskarzinom

- a. Anamnese (Klinik, Komplikationen, Verlauf/Phase)
- b. apparative Diagnostik (z.B. Endoskopie mit Biopsien, Abdomensonographie und Endosonographie),

Die Auflistung der vorgenannten indikationsbezogenen Qualitätsanforderungen ist im Kontext in Anlage 12 dargestellt und wird durch Anhang 1 dieser Anlage 2 ergänzt.

ABSCHNITT III: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a) des Vertrages)

I. Teilnahme an Qualitätszirkeln

Im Rahmen des Vertrages zur hausarztzentrierten Versorgung in Baden Württemberg mit der AOK wurden bereits Qualitätszirkel zur Arzneimitteltherapie etabliert. Je Kalenderjahr nehmen die am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Hausärzte an 4 Qualitätszirkelsitzungen teil. Den am FacharztProgramm Gastroenterologie teilnehmenden FACHÄRZTEN wird die Teilnahme und Unterstützung an einer Qualitätszirkelsitzung empfohlen, welche gastroenterologisch relevante, indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module beinhaltet.

II. Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV Versicherten

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK ihr vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten von AOK-Versicherten in pseudonymisierter Form durch ein unabhängiges Institut für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur Erstellung von Verordnungsanalysen aufbereiten lässt. Verantwortliche Stelle im Sinne des Datenschutzrechts ist insoweit die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale des AOK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Verordnungs- und Diagnosedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen FACHARZTES und ausschließlich für die Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der FACHARZT im Rahmen der Qualitätszirkel ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den FACHARZT versandt.

ABSCHNITT IV: Behandlungsleitlinien (§ 5 Abs. 3 lit. b) und § 5 Abs. 5 lit. b) des Vertrages)

Die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung besteht aus Vertretern der Vertragspartner. Sie überprüft nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten gastroenterologischen, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Liste der Behandlungsempfehlungen wird auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de oder der Internetseite des bng unter www.bng.de sowie in **Anlage 17 Anhang 2** veröffentlicht. Der FACHARZT stimmt einer Anpassung dieser Liste schon jetzt zu.

ABSCHNITT V: Erfüllung von Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (§ 5 Abs. 3 lit. c) des Vertrages)

Die gastroenterologisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT

1. Kurse zu den beiden Themen Chronisch entzündliche Darmerkrankungen und Hepatologie mit jeweils 8 CME-Punkten nachzuweisen
2. weitere Fortbildungen zu gastroenterologischen Themen (Sonstige Oberbauchorgane, Onkologie, Arzneimitteltherapie oder Ernährungsmedizin) mit zusammen mindestens 5 CME-Punkten zu belegen.

ABSCHNITT VI: Information über spezifische Gesundheits- und Präventionsangebote (§ 5 Abs. 4 lit. j) des Vertrages)

Informationen über Gesundheits- und Präventionsangebote erhält der FACHARZT fortlaufend von der AOK. Er informiert am AOK-FacharztProgramm teilnehmende Versicherte über diese Gesundheitsangebote und empfiehlt ihnen situationsbezogen die Teilnahme. Dazu zählen zum Beispiel Angebote zur Vorsorge, Nikotinentwöhnung, zur Bewegung und Ernährung oder zur Gewichtsoptimierung, zu psychosozialen Beratungen über den Sozialen Dienst und Impfungen.

ABSCHNITT VII: Qualitätssicherungsmaßnahmen

I. Externe Qualitätssicherung Vorsorgekoloskopie

Für alle im Rahmen des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie erbrachte Vorsorgekoloskopien ist die Teilnahme an der externen Qualitätssicherung Früherkennungskoloskopie gemäß den vom Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen gemäß § 25 Abs. 4 Satz 2 in Verbindung mit § 92 Abs. 1 Satz 2 Nr. 3 und Abs. 4 SGB V beschlossenen Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der aktuell gültigen Fassung verpflichtend. Hierfür sind für jede Vorsorgekoloskopie Daten gemäß den Vorgaben dieser Richtlinien zu erstellen und an die Kassenärztliche Vereinigung weiterzuleiten.

II. Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. Anhang 1

Die Teilnahme an den Maßnahmen zur Qualitätssicherung gem. Anhang 1 ist für den FACHARZT verpflichtend.

II. Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V

Sobald die Verfahren zur sektorenübergreifenden Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V implementiert sind, ist die Beteiligung daran für den FACHARZT verpflichtend.

Maßnahmen zur Qualitätssicherung

Präambel

Die FACHÄRZTE verpflichten sich zur Einhaltung der in diesem Anhang 1 zu Anlage 2 vereinbarten Vorgaben. Die Prüfung der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen am AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie ist nicht Gegenstand dieses Anhangs 1 zu Anlage 2.

Ändert sich die KV-Richtlinie „Koloskopie“ oder wird eine bundeseinheitliche Richtlinie „Gastroskopie“ eingeführt, wird der Beirat eine sachgerechte Umsetzung dieser Änderungen im AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie beschließen.

§ 1 Ziel und Inhalt

Ziel dieser Vereinbarung ist die Sicherung und weitere Verbesserung der Struktur- und Ergebnisqualität insbesondere der endoskopischen Leistungen im Rahmen des AOK-Facharztprogramms Gastroenterologie. Diese Vereinbarung regelt Art und Umfang der Maßnahmen zur Überprüfung der Qualität durchgeführter Untersuchungen. Eine Unterscheidung zwischen kurativen und präventiven Untersuchungen erfolgt dabei nicht.

Es wird angestrebt, die in diesem Anhang 1 zu Anlage 2 vereinbarten Maßnahmen bis spätestens 30.06.2011 umzusetzen.

§ 2 Qualitätssicherungskommission

Von den Vertragsparteien wird für den Geltungsbereich des Vertrages eine Qualitätssicherungskommission gegründet.

Die Mitglieder der Kommission werden jährlich vom Beirat benannt.

Zur Begutachtung der eingereichten Stichproben sind ausschließlich die ärztlichen Mitglieder der Kommission berechtigt. Die Arbeit der Kommission wird von MEDI administrativ unterstützt. Der Beirat kann eine Geschäftsordnung für die Kommission beschließen.

§ 3 Qualitätssicherung bei Ösophagogastrroduodenoskopien

Bildhaft zu dokumentieren ist vom FACHARZT mindestens der im Befund beschriebene Endpunkt der Untersuchung (möglichst Duodenum) und die Kardie in Inversion, der pathologische Hauptbefund, der Untersucher und das Untersuchungsdatum. Bei endoskopischen Maßnahmen oder Interventionen ist der Zustand vor und nach derselben mittels Bild zu dokumentieren (z.B. Laser- bzw. Argon-Plasmakoagulation).

Es wird angestrebt, jährlich bei mindestens 5% der FACHÄRZTE jeweils mindestens 10 Ösophagogastrroduodenoskopien zu überprüfen. Die hierzu erforderlichen Unterlagen werden von der Qualitätssicherungskommission bei den FACHÄRZTEN angefordert. Die angeforderten Stichproben werden von der Qualitätssicherungskommission auf Befund- und Untersuchungsqualität untersucht. Die Überprüfung der Befundqualität beinhaltet die Korrektheit des Befundes in Übereinstimmung mit den vorgelegten Bildern sowie die Übereinstimmung der Beurteilung mit den Leitlinien. Die Überprüfung der Untersuchungsqualität beinhaltet die Beurteilung der eingereichten Bilddokumente.

§ 4 Qualitätssicherung bei Koloskopien

Die bestehende Qualitätssicherungsrichtlinie „Koloskopie“ gilt auch für die FACHÄRZTE. Zunächst – bis zu einer abweichenden Entscheidung des Beirats - wird darauf verzichtet, im Rahmen dieses Vertrages parallel zum bestehenden KV-Qualitätssicherungsverfahren Koloskopie ein paralleles Verfahren aufzubauen. Die Qualitätssicherungskommission kann jedoch insbesondere auf der Basis der Berichte der KV-Koloskopie-Kommission Qualitätsüberprüfungen durchführen. Hierfür sind die Berichte der KV-Koloskopie-Kommission von den FACHÄRZTEN innerhalb von 6 Wochen nach Erhalt bei MEDI patientenanonymisiert einzureichen. MEDI überprüft, ob alle Befunde vorgelegt wurden. Bei Beanstandungen im Prüfbericht wird dieser der Qualitätssicherungskommission vorgelegt.

Die Qualitätssicherungskommission kann zusätzlich von den FACHÄRZTEN Untersuchungsbefunde anfordern. Je Stichprobe werden 20 Untersuchungsbefunde angefordert. Wie viele FACHÄRZTE nach welchen Kriterien ausgewählt werden, legt die Qualitätssicherungskommission fest.

Die zur Stichprobenüberprüfung von den FACHÄRZTEN angeforderten Befunde sind in schriftlicher Form einzureichen. Die zu den Befunden zugehörigen Bilddokumentationen müssen Name, Vorname und Untersuchungsdatum enthalten. Bilder sind ausschließlich in gedruckter Form einzureichen.

§ 5 Polypektomien des oberen Magen-Darm-Traktes

Polypektomien mittels Diathermieschlinge stellen im oberen Magen-Darm-Trakt eine seltene Intervention dar. Aus diesem Grund sind von den zur Stichprobe ausgewählten Ärzten sämtliche Polypektomien des oberen Magen-Darm-Traktes innerhalb des Bezugszeitraumes in folgender Weise zu belegen: Neben den Bildern vor und nach Intervention ist eine Kopie des histologischen Befundes einzureichen.

§ 6 Hygieneüberprüfung

Alle Teilnehmer verpflichten sich, die Berichte der halbjährlich gem. Anlage 2, Abschnitt I Abs. 7 durchgeführten externen Hygieneüberprüfungen bei MEDI einzureichen. Medi überprüft das Vorliegen und kann beim FACHARZT zusätzlich Berichte über die Hygieneprüfungen gem. Anlage 2, Abschnitt I Abs. 6 anfordern. Werden Prüfberichte nach Aufforderung durch MEDI bzw. die Qualitätssicherungskommission nicht eingereicht oder ergeben sich bei der Durchsicht der Prüfberichte durch MEDI Auffälligkeiten, informiert MEDI die Qualitätssicherungskommission.

Zur Überprüfung, ob gemäß der vertraglichen Vorgaben ausschließlich Einmalbiopsiezangen und Einmalschlingen verwendet werden, kann die Qualitätssicherungskommission Rechnungen über diese Einmalartikel bei den FACHÄRZTEN anfordern.

§ 7 Weitere Aufgaben der Qualitätssicherungskommission

Bei unplausibler Abrechnung eines oder mehrerer FACHÄRZTE können MEDI oder die AOK eine Qualitätsprüfung der betroffenen FACHÄRZTE beantragen. Die Qualitätssicherungskommission überprüft dann die bei der Abrechnung auffällig gewordenen Fälle der betroffenen Ärzte und evt. zusätzlich eine Stichprobe von Fällen der betroffenen FACHÄRZTE.

Der Beirat kann die Kommission mit weiteren Aufgaben betrauen.

§ 8 Konsequenzen

Die FACHÄRZTE erhalten eine schriftliche Mitteilung über das Ergebnis der Qualitätsprüfung, ggf. mit Hinweisen und/oder Verbesserungsvorschlägen und Gelegenheit zur Stellungnahme.

Falls bei Prüfungen nach den §§ 3 bis 5 mehr als 10% der überprüften Fälle nicht den Qualitätskriterien entsprechen, erfolgt in einem folgenden Quartal eine Nachprüfung und die Qualitätssicherungskommission kann beschließen, dass die Vergütung des FACHARZTES für alle beanstandeten Leistungen gestrichen wird.

Bei Vorliegen einer der folgenden Voraussetzungen kann die Qualitätssicherungskommission dem Beirat die Kündigung des FACHARZTES empfehlen:

1. Mehr als 10 % der gem. § 3, § 4 oder § 5 angeforderten Untersuchungen eines FACHARZTES erfüllen die Qualitätskriterien nicht und die Qualitätskriterien werden auch bei einer in einem folgenden Quartal durchgeführten Nachprüfung in mindestens 10% der Fälle nicht erfüllt,
2. Bei wiederholt nicht bestandener Hygienekontrolle bzw. wiederholt nicht eingereichten Prüfberichten gem. § 6.

Abweichend von Nummer 1 und 2 kann die Qualitätssicherungskommission bereits bei einmaligen Qualitätsmängeln dem Beirat die Kündigung des FACHARZTES empfehlen, wenn es sich um gravierende Qualitätsmängel handelt.

§ 9 Bericht der Qualitätssicherungskommission an den Beirat

Die Qualitätssicherungskommission berichtet regelmäßig, mindestens quartalsweise dem Beirat über ihre Arbeit. Über Auffälligkeiten wird grundsätzlich nur anonymisiert berichtet. Nur bei Vorliegen der Voraussetzungen von § 8 wird gegenüber dem Beirat die Anonymität des betreffenden FACHARZTES aufgehoben.

§ 10 Kostenverteilung

Die Kosten für die Qualitätssicherungskommission und deren Unterstützung durch die Managementgesellschaft werden von AOK, MEDIVERBBUND, MEDI e.V., bng und BNFI anteilig übernommen. Über die Kostenverteilung entscheidet der Beirat.

Vertragssoftware und Hardware

ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

Die Liste der derzeit als Vertragssoftware zugelassenen Softwareprogramme und der Anbieter, bei denen der FACHARZT sie bestellen kann, ist jeweils aktuell auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de im Bereich Verträge abrufbar. Diese Liste wird bei Neuzulassungen fortlaufend ergänzt.

II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

Der FACHARZT stellt sicher, dass seine eingesetzte Hard- und Software den Systemvoraussetzungen seiner gewählten Vertragssoftware entspricht. Die Systemvoraussetzungen der Vertragssoftware können beim jeweiligen Hersteller angefragt werden.

III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

- (1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.
- (2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

Die Preise für Installation und Nutzung der Vertragssoftware erfährt der FACHARZT bei deren Anbieter.

HINWEIS: Für die Nutzung (z.B. DSL) entstehen gesonderte Kosten in Abhängigkeit von der Vereinbarung, die der FACHARZT mit seinem Internet Service Provider getroffen hat.

ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

Der FACHARZT ist darüber hinaus verpflichtet, Daten, die im Rahmen dieses Vertrages übermittelt werden, über einen verschlüsselten Übertragungsweg an das Abrechnungszentrum der Managementgesellschaft zu übermitteln.

I. Zulässige Datenübertragungswege

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgender Datenübertragungsweg ist zulässig:

- (1) Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen gemäß ABSCHNITT I. Im Laufe des ersten Teilnahmequartals des FACHARZTES muss der Konnektor installiert sein. Die Funktionsfähigkeit muss gegenüber der Managementgesellschaft durch ein Installationsprotokoll oder eine Testübertragung von Abrechnungsdateien (Testabrechnung) nachgewiesen werden.
- (2) Praxisbezogener HZV Online Key.

HINWEIS: Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten.

ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSTÖRUNGEN

Die AOK und die Managementgesellschaft leisten keine technische Unterstützung bei der Installation, der Nutzung oder bei Fehlfunktionen der Vertragssoftware oder der zur Datenübermittlung eingesetzten Hardware. Technische Probleme werden von dem jeweiligen Anbieter von Hardware und Vertragssoftware bzw. Konnektor behoben.

AOK-Patientenpass

Der FACHARZT ist nach Maßgabe von § 5 Abs. 4 lit. f) des Vertrages zur Befüllung eines elektronischen AOK-Patientenpasses auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten und soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen, verpflichtet.

Abschnitt I: ELEKTRONISCHER AOK-PATIENTENPASS

I. Elektronischer Patientenpass

- (1) Die AOK bietet allen HzV-Versicherten, also auch den in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebenen Versicherten, auf freiwilliger Basis im Rahmen eines Forschungsvorhabens die Nutzung eines persönlichen elektronischen Patientenpasses an.
- (2) Die AOK Baden-Württemberg informiert die HzV-Versicherten über die Nutzungsmöglichkeit eines elektronischen Patientenpasses.
- (3) Der FACHARZT informiert den eingeschriebenen Versicherten über die Vorteile eines elektronischen Patientenpasses.
- (4) Für einen eingeschriebenen Versicherten, der einen elektronischen Patientenpass führt, ist der FACHARZT auf Wunsch des eingeschriebenen Versicherten verpflichtet, medizinisch wesentliche Befunde und Berichte sowie weitere relevante Informationen elektronisch in den Patientenpass einzustellen, soweit dies technisch möglich ist.
- (5) Sofern eingeschriebene Versicherte von ihrem bisherigen Arzt oder gewählten HAUSARZT oder FACHARZT bereits einen papiergebundenen Patientenpass erhalten haben, kann dieser weitergeführt werden. Die Anlage eines elektronischen Patientenpasses soll angestrebt werden.

Abschnitt II: FUNKTIONALITÄTEN DES AOK-PATIENTENPASSES

I. Funktionalitäten des AOK-Patientenpasses sind insbesondere:

- Basisnotfalldatensatz (nach Einführung der elektronischen Gesundheitskarte: Gematik-Notfalldatensatz);
- Dokumentenverwaltung;

- Dokumentation von Medikamenten mit der Möglichkeit der Prüfung auf Wechselwirkungen;
- Dokumentation von Diagnosen;
- Dokumentation von Messwerten;
- Dokumentation der Blutgruppe;
- Dokumentation von Gesundheitsrisiken;
- Dokumentation von Allergien und Unverträglichkeiten;
- Dokumentation von Impfungen;
- Dokumentation der Familienanamnese;
- Dokumentation der Arztbesuche und Aufenthalte in medizinischen Einrichtungen;
- Kalenderfunktion;
- Möglicher Austausch zwischen Praxissoftware und AOK-Patientenpass.

II. Zugriff

Nur der jeweilige Versicherte hat uneingeschränkten Zugang zu den im elektronischen AOK-Patientenpass hinterlegten Daten, d.h. Eintragungen des Versicherten können durch Dritte nicht überschrieben werden. AOK, MEDIVERBUND und der Anbieter des AOK-Patientenpasses haben keinen Zugriff auf die dort abgelegten Daten.

Versicherte können Ärzten verschiedene Berechtigungen (Schreib- und Leserechte) erteilen, so dass auch diese Einblick in die Daten des elektronischen AOK-Patientenpasses haben und selbst Eintragungen vornehmen können. Eintragungen von HAUS- bzw. FACHÄRZTEN einerseits und Patienten bzw. sonstigen von den Patienten zum Zugriff berechtigten Personen (z.B. Angehörige) andererseits werden unterschiedlich gekennzeichnet.

Abschnitt III: TECHNISCHE VORAUSSETZUNGEN

Die Voraussetzungen zur Nutzung eines AOK-Patientenpasses werden im Pflichtenheft gem. **Anlage 10** beschrieben. Für das Befüllen des elektronischen AOK-Patientenpasses ist ein ISDN-Anschluss in der Arztpraxis Mindestvoraussetzung.

Abschnitt IV: DATENSCHUTZ

Zur Nutzung des AOK-Patientenpasses wird zwischen dem Anbieter des AOK-Patientenpasses und dem Versicherten, der den AOK-Patientenpass nutzen will, eine gesonderte Vereinbarung getroffen. Hierin werden die Belange des Datenschutzes geregelt.

Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Ggf. Infomaterialien
- Ggf. Bestellformulare für weitere Unterlagen

PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HzV-Versicherten in das AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie

Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	1
1 FACHARZT	2
1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES	2
1.1.1 Versendung des Infopaketes.....	2
1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft	2
1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ	2
1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen	3
1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme	3
1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen	4
1.1.7 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses	4
1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand.....	4
1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand.....	4
1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg	4
1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland	4
1.2.4 Tod des FACHARZTES	5
1.2.5 Wegfall der Vertragsarztzulassung/ der Zulassung des MVZ	5
1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT	5
1.3 Informationspflicht des FACHARZTES.....	5
2 Eingeschriebene Versicherte	5
2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)	5
2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT.....	5
2.1.2 Belegung bei der AOK	5
2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung.....	7
2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte	7
2.2 Änderungen im Versichertenbestand	7

1 FACHARZT

1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

1.1.1 Versendung des Infopaketes

Zum Beginn der Vertragslaufzeit versendet die Managementgesellschaft ein Infopaket gemäß **Anlage 1** zum Vertrag an alle der Managementgesellschaft bekannten und teilnahmeberechtigten Vertragsärzte gemäß § 2 des Vertrages. Das Infopaket enthält u.a. folgende Unterlagen

- Teilnahmeerklärung FACHARZT
- Vertrag
- Informationen zur Vertragsteilnahme des FACHARZTES und Liste der erforderlichen Nachweisdokumente (z.B. Nachweis Vertrags-Schulung, Nachweis der Bestellung eines Konnektors/Online-Keys)
- Stammdatenblatt
- Liste der AOK- und BKK-Ansprechpartner für den FACHARZT

Gleichzeitig steht eine FACHARZT-Teilnahmeerklärung auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES (www.medi-verbund.de) zum Download zur Verfügung.

1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

Der teilnahmeberechtigte Facharzt füllt die Teilnahmeerklärung aus und sendet diese per Brief mit den nötigen Nachweisdokumenten an die Managementgesellschaft.

Fehlen für die Teilnahme relevante Informationen in der ausgefüllten Teilnahmeerklärung, nimmt die Managementgesellschaft Kontakt mit dem Vertragsarzt auf und fordert die fehlenden Informationen schriftlich an.

Bei Teilnahme von BAG (z.B. Gemeinschaftspraxen) muss jeder Vertragsarzt in der BAG, der an dem Vertrag teilnehmen möchte, eine gesonderte Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

Die Managementgesellschaft erfasst den Teilnahmewunsch des Vertragsarztes/MVZs mit dem Status "angefragt" in ihrer Datenbank. Gleichzeitig erfolgt die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 3 Abs. 3 des Vertrages.

1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

Die Überprüfung der im Vertrag genannten Teilnahmevoraussetzungen erfolgt durch die Managementgesellschaft. Folgende Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen werden insbesondere geprüft:

- Zulassung als gastroenterologisch tätiger Vertragsarzt oder zugelassenes MVZ, das Leistungen durch gastroenterologisch tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;
- Ausstattung mit einer Vertragssoftware
- Vorhalten eines Konnektors/Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten gastroenterologisch tätigen Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung bzw. Onlinevertragsschulung); Der Vertragsarzt/das MVZ übermittelt die für ihn und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmeachweise an die Managementgesellschaft.

1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

Erfüllt der Vertragsarzt/ das MVZ alle Teilnahmevoraussetzungen, erhält der Vertragsarzt von der Managementgesellschaft eine Bestätigung über Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen. Die Teilnahme beginnt mit dem Tag, an dem beim FACHARZT das Bestätigungsschreiben über seine Vertragsteilnahme eingeht (§ 3 Abs. 4 lit. b des Vertrages), in der Regel per Fax. Im Bestätigungsschreiben ist der Tag des Beginns der Vertragsteilnahme (in der Regel Tag der Absendung des Faxes) noch einmal genannt. Eine Bestätigung über eine Vertragsteilnahme erfolgt in Abhängigkeit zur Regelung in Anlage 8. Wird während der Vertragslaufzeit dieser Anteil unterschritten, kann die AOK gemäß § 17 Abs. 3 des Vertrages kündigen.

Erfüllt der Vertragsarzt/ MVZ die Teilnahmevoraussetzungen im Sinne von § 3 Abs. 3 des Vertrages nicht, erhält der Vertragsarzt in einem Vier-Wochen-Rhythmus ein Schreiben mit Angabe der fehlenden Teilnahmevoraussetzungen. Die Managementgesellschaft prüft regelmäßig die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen von Vertragsärzten, deren Teilnahmevoraussetzungen noch nicht vollständig erfüllt sind. Erfüllt ein Vertragsarzt nach drei Monaten noch immer nicht die Teilnahmevoraussetzungen, wird sein Teilnahmeantrag storniert; der entsprechende Status „angefragt“ in der Datenbank der Managementgesellschaft wird gelöscht.

1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen

Nach Versand des Bestätigungsschreibens erfolgt der Versand der Starterpakete gemäß Anlage 5 zum Vertrag durch die Managementgesellschaft oder ein von ihr beauftragtes Unternehmen.

1.1.7 Lieferung des Teilnehmergeverzeichnisses

Die Managementgesellschaft sendet täglich an die AOK das Gesamteilnehmergeverzeichnis nach Maßgabe der zwischen AOK und Managementgesellschaft vereinbarten Regelungen (Fachkonzept gemäß **Anlage 9** zum Vertrag).

1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT-Bestand können durch die FACHÄRZTE und die AOK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Gastroenterologen

1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz innerhalb von Baden-Württemberg um, bleibt seine Teilnahme am Vertrag davon unberührt. Alle Adressänderungen von FACHÄRZTEN, sofern sie an die Managementgesellschaft gemeldet werden oder die Managementgesellschaft davon Kenntnis erlangt, werden in der Datenbank erfasst und an die AOK gemeldet.

1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es

einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

1.2.5 Wegfall der Vertragsarztzulassung/ der Zulassung des MVZ

Bei Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/ MVZ (Rückgabe, Entzug, Verzicht, Ruhen, Erreichen der Altersgrenze, Ablauf der Ermächtigung etc.) endet die Vertragsteilnahme automatisch zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Zulassungsrückgabe/des Zulassungsentzuges (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

Im Falle einer ordentlichen (grundsätzlich 3-Monats-Frist; abweichende Fristen bei Sonderkündigungen gemäß §§ 19 Abs. 2, 26 Abs. 4 des Vertrages) oder außerordentlichen (fristlosen) Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT (§ 8 Abs. 3 bis Abs. 5 des Vertrages) endet die Vertragsteilnahme zum jeweiligen Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung. Das Versäumen von Fristen zur Erfüllung obligatorischer Teilnahmevoraussetzungen führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme zum Fristende.

1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

Der FACHARZT muss die in § 6 Abs. 2 des Vertrages genannten Änderungen, die sämtlich Einfluss auf seine Vertragsteilnahme als FACHARZT oder abrechnungsrelevante Informationen haben können, spätestens drei Monate vor Eintritt der Änderung gegenüber der Managementgesellschaft und der AOK durch Übermittlung des Stammdatenblatts schriftlich anzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich, d.h. ohne schuldhaftes Zögern, nachdem er von der jeweiligen Änderung Kenntnis erlangt hat, anzuzeigen. Schuldhaftes Zögern und verspätete Übermittlung von Änderungen führen zur Rückforderung bereits gezahlter Vergütung sowie zu Schadensersatzforderungen für entstandene Aufwände gemäß ABSCHNITT III der **Anlage 12** des Vertrages.

2 Eingeschriebene Versicherte

2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages)

2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular

Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm“ (BKK) darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm für mindestens 12 Monate verbindlich vereinbart;
- der Patient auf grundlegende Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm hingewiesen;
- eine datenschutzrechtliche Einwilligung des Patienten eingeholt.

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

Vor Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung durch den Patienten wird der Versicherte durch den FACHARZT über den Inhalt des AOK-FacharztProgrammes bzw. des Facharztprogrammes der Bosch BKK und gemäß § 295a SGB V umfassend über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß **Anlage 7 Anhang 2** (Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg bzw. Merkblatt zum Facharztprogramm der Bosch BKK) informiert und erhält diese Information schriftlich durch den FACHARZT ausgehändigt. Mit der Einwilligung in die Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.

Vor Übersendung der Einschreibedaten muss der Arzt in seiner Vertragssoftware in einer Abfrage bestätigen, dass die Unterschrift des Versicherten vorliegt. Dazu wird auf den ausgedruckten Exemplaren der Teilnahmeerklärung ein vierstelliger Code zu lesen sein, der ebenfalls korrekt in der Vertragssoftware eingegeben werden muss, bevor der Datensatz an das beauftragte Rechenzentrum übermittelt werden kann.

Ein Exemplar der unterzeichneten Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ händigt der FACHARZT dem Versicherten aus. Der FACHARZT ist verpflichtet, die zweite vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ entsprechend der geltenden Aufbewahrungsristen in der Praxis aufzubewahren.

Damit die AOK bzw. BKK ihrer vertraglichen Verpflichtung nach § 12 Abs. 3 und 4 des Vertrags nachkommen kann, müssen in Einzelfällen die Vertragspartner die Möglichkeit der Überprüfung der Teilnahmeerklärungen zur Sicherstellung der korrekten Umsetzung der Versicherten-Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK haben. Hiervon betroffen sind fachliche Klärungen, die für die AOK bzw. BKK auf Grund des entfallenen Beleginleseverfahrens nicht mehr ersichtlich sind, beispielhaft bei AOK-/BKK-Versicherten mit einer vermerkten Betreuung (Abklärung, ob die Unterschrift durch Betreuer erfolgte). Der FACHARZT verpflichtet sich, die Vertragspartner bei der Sachverhaltsklärung zu unterstützen. Im Bedarfsfall ist der AOK bzw. BKK eine Kopie der Teilnahmeerklärung auszuhändigen bzw. zu schicken. Darüber hinaus ist eine stichprobenhafte Überprüfung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm der Bosch BKK“ durch die Vertragspartner möglich.

Eine Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm bzw. Facharztprogramm der Bosch BKK ist auch beim HAUSARZT möglich.

2.1.2 Verarbeitung der Versicherteneinschreibung bei der AOK/Bosch BKK

Die in der Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „FacharztProgramm der Bosch BKK“ aufgeführten Daten des Versicherten sendet der FACHARZT nach erfolgter Unterschrift durch den Versicherten und den FACHARZT online mittels der Vertragssoftware an den MEDIVERBUND. Dieser sendet die Einschreibedaten regelmäßig an die AOK/Bosch BKK bzw. den von ihr beauftragten Dienstleister. Die annehmende Stelle bei der AOK/Bosch BKK prüft die Versichertendaten und überträgt die Versichertenstammdaten in ein AOK/Bosch BKK-internes System.

2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

Die AOK prüft durch Abgleich mit ihrem Versichertenbestand, ob der Patient bei der AOK versichert ist, an der HZV und ggf. bereits am AOK-FacharztProgramm teilnimmt. Sind alle Versichertendaten korrekt ausgefüllt, kann der Versicherte gemäß den Teilnahmebedingungen der AOK (**Anlage 7** zum Vertrag: Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm und Merkblatt für Versicherte) am AOK-FacharztProgramm frühestens zum Folgequartal teilnehmen.

2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

Die AOK meldet die Teilnahme des Versicherten an die Managementgesellschaft in einem Teilnehmerverzeichnis (TVZ).

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen.

Dem FACHARZT steht die Information über den Teilnahmestatus eines Patienten im AOK-FacharztProgramm zum Beginn eines Abrechnungsquartals über die Vertragssoftware zur Verfügung.

Die AOK informiert den teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

2.2 Änderungen im Versichertenbestand

Nach Maßgabe der AOK Teilnahmebedingungen am AOK-FacharztProgramm können sich Änderungen im Versichertenbestand ergeben (z. B. Ausscheiden).

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der

Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt.

Teilnahmebedingungen HzV-Versicherte

Die Teilnahmebedingungen für HzV-Versicherte, die sich in das AOK FacharztProgramm einschreiben, ergeben sich aus der Satzung der AOK in ihrer jeweils aktuellen Fassung in Verbindung mit der Teilnahmeerklärung "AOK-FacharztProgramm" und einem "Merkblatt" zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg. Die Teilnahmeerklärung und das Merkblatt sind in einem Anhang zu dieser Anlage enthalten.

Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens** mit einer **Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung jeweils um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt. Die aktuellen Fachgebiete sind im Merkblatt aufgelistet. Über jede Erweiterung werde ich informiert.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- **ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.**
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenverarbeitung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms i.V.m. dem AOK-HausarztProgramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
- **ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c (a.F.) und § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms durch die AOK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen am AOK-FacharztProgramm insgesamt einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist (siehe Merkblatt) ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde, kündigen. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des AOK-FacharztProgramms.**
Die Teilnahme am AOK-HausarztProgramm bleibt davon unberührt.

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code:>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (AOK-FacharztProgramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) gemäß § 73b SGB V

+ TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich bei der AOK Baden-Württemberg versichert bin.
ich ausführlich und umfassend über das AOK-FacharztProgramm informiert und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen und die Verarbeitung meiner personenbezogenen Daten beschrieben sind.
ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm schriftlich gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können.
ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung).
ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am jeweiligen AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wenn es für dieses Fachgebiet einen Vertrag gibt.
ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die AOK informiere, da ggf. die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.
ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.

Mir ist bekannt, dass

- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.
meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms verarbeiteten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen.
die AOK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten.
im Datenbestand der AOK und der am AOK-Facharzt- sowie AOK-HausarztProgramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am AOK-Hausarzt- und AOK-FacharztProgramm teilnehme.
ich mit meiner Teilnahme am AOK-FacharztProgramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c (a.F.) und § 140a SGB V in Verbindung mit dem AOK-HausarztProgramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

Calendar grid for date entry with labels T, M, J

<TE-Code:>

Large box for doctor's stamp and signature

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

Unter dem AOK-FacharztProgramm versteht man die Gesamtheit von Facharztverträgen der AOK Baden-Württemberg auf Rechtsgrundlage von § 73c (a. F.) oder § 140a SGB V. Ziel dieser Verträge ist es, flächendeckend die ambulante fachärztliche Versorgung in Verbindung mit der Hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) zu verbessern und dabei besonders die Verzahnung zwischen haus- und fachärztlicher Versorgung zu fördern.

2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

Die AOK Baden-Württemberg verfügt derzeit über einzelne Verträge in den Fachgebieten

- Kardiologie
- Gastroenterologie
- Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (kurz: PNP)
- Orthopädie/Rheumatologie
- Urologie
- Diabetologie
- Nephrologie
- Pneumologie
- TeleDermatologie (hausärztlich angeforderte Telekonsile aus dem Fachgebiet Dermatologie)

3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der AOK Baden-Württemberg, die an der Hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V (AOK-HausarztProgramm) teilnehmen.

4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

a) Allgemeines zur Teilnahme

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist **freiwillig** und **kostenfrei**. Erforderlich ist hierfür lediglich eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung. Diese können Sie bei einem/r Hausarzt/ärztin des AOK-HausarztProgramms oder einem/r teilnehmenden Facharzt/ärztin der unter Ziffer 2 genannten Verträge abgeben. Diese/r leitet die Teilnahmeerklärung als gesicherten elektronischen Datensatz über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weiter (hierzu Ziffer 1 der Patienteninformation zum Datenschutz).

Die Teilnahme am FacharztProgramm umfasst **alle** unter Ziffer 2 genannten **Verträge**, d. h. es erfolgt keine Teilnahme je Vertrag, sondern eine gesamthafte Teilnahme an allen Verträgen. Die Teilnahme schließt auch zukünftige Verträge des AOK-FacharztProgramms ein, die zum Zeitpunkt der Unterzeichnung Ihrer Teilnahmeerklärung noch nicht abgeschlossen sind. Über die neuen Verträge werden Sie jeweils gesondert informiert.

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist mit der Teilnahme an einem **Wahltarif** gem. § 53 Abs. 3 SGB V verbunden. Dieser beinhaltet die Befreiung von Zuzahlungen für viele rabattierte Generika (Arzneimittel) sowie für bestimmte Hilfsmittel (etwa für Diabetiker) und ist ebenfalls **kostenfrei**. Das Nähere zum Wahltarif ergibt sich aus § 17i unserer Satzung.

b) Beginn

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm wird zum Beginn eines Quartals wirksam (1. Jan. / 1. April / 1. Juli oder 1. Okt.). Über Ihren individuellen Starttermin informiert Sie ein Begrüßungsschreiben der AOK Baden-Württemberg. Damit die Teilnahme zum nächsten Quartal möglich ist, muss die Teilnahmeerklärung bis zum 1. Tag im zweiten Monat des Vorquartals bei der AOK Baden-Württemberg eingegangen sein.

Beispiele:

- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Jan. → Beginn am 1. April;*
- *Eingang der Teilnahmeerklärung bei der AOK am 15. Feb. → Beginn am 1. Juli*
(für den 1. April hätte die Teilnahmeerklärung bei der AOK bis 1. Feb. vorliegen müssen)

c) Dauer / Mindestbindung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm erfolgt für 12 Monate (Mindestbindung) und verlängert sich jeweils um weitere 12 Monate, sofern sie nicht gekündigt wird oder aus sonstigem Grund (siehe Buchstabe d) endet.

d) Ende / Kündigung

Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kann mit einer Frist von einem Monat zum Ablauf des jeweiligen 12-Monats-Zeitraums schriftlich gekündigt werden (Anschrift: AOK Baden-Württemberg, AOK-FacharztProgramm, 70120 Stuttgart). Darüber hinaus endet die Teilnahme mit dem Ende der Versicherung bei der AOK Baden-Württemberg oder mit dem Ende der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm. Bei einer Beendigung der Teilnahme am AOK-HausarztProgramm aufgrund der Beendigung der Tätigkeit des gewählten Hausarztes verbleiben Sie ein weiteres Quartal im AOK-FacharztProgramm. In diesem Übergangsquartal haben Sie die Möglichkeit, einen neuen Hausarzt zu wählen und somit im AOK-FacharztProgramm zu verbleiben.

Im Falle der Erweiterung des AOK-FacharztProgramms um einen neuen Vertrag (siehe Ziffer 2) erhalten Sie unabhängig von der Mindestbindungsfrist ein Sonderkündigungsrecht von einem Monat nach Information der AOK über den neuen Vertrag. Die Sonderkündigung wirkt zum Ende des nächstmöglichen Quartals.

e) Widerruf

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

5. Welche Pflichten sind mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verbunden?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm verpflichten Sie sich, grundsätzlich Arztpraxen in Anspruch zu nehmen, die an einem der unter Ziffer 2. genannten Verträge teilnehmen.* Teilnehmende Ärzte oder Psychotherapeuten sind tagesaktuell unter der Internetseite <https://www.medi-arztsuche.de/> abrufbar.

* Die Verpflichtung zur vorrangigen Inanspruchnahme von Ärztinnen und Ärzten des FacharztProgramms gilt nicht bei Dermatologen und nicht in medizinischen Notfällen oder der Inanspruchnahme des ärztlichen Notdienstes. Darüber hinaus können Ärzte/innen konsultiert werden, deren Fachrichtung nicht Bestandteil des AOK-FacharztProgramms ist.

Bei wiederholten Verstößen gegen diese Pflicht kann die AOK Baden-Württemberg zum Ende des nächstmöglichen Quartals Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm kündigen. Hierüber werden Sie gesondert informiert und zunächst zu einem vertragskonformen Verhalten aufgefordert. Darüber hinaus ist bei schweren oder wiederholten Verstößen gegen die Verpflichtungen aus dem FacharztProgramm eine Beteiligung an den Mehrkosten möglich, die der AOK Baden-Württemberg durch die unbegründete Konsultation von Praxen außerhalb des Programms entstehen.

6. Welche Rechte erhalten Sie aus der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm?

Mit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm können Sie alle Vorteile aus den einzelnen Verträgen in Anspruch nehmen. Diese umfassen u. a. Mehrleistungen gegenüber der Regelversorgung (z. B. erweiterte Vorsorgeuntersuchungen) oder die Teilnahme am Wahltarif (siehe Ziffer 4). Diese Vorteile sind auf der Website der AOK Baden-Württemberg (<https://www.aok.de/pk/bw/>) ausführlich beschrieben.

Patienteninformation zum Datenschutz

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gemäß Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung (EU-DSGVO):

1. Verarbeitung von Sozialdaten bei der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm (Teilnahme)

Zur Einschreibung (Teilnahmeerklärung) in das AOK-FacharztProgramm werden folgende Sozialdaten verarbeitet:

- Name, Vorname des Versicherten
- Adresse des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Krankenkasse des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Individueller aus der Vertragsarztsoftware generierter Einschreibecode

Diese Daten werden von der einschreibenden Arzt- bzw. Therapeutenpraxis elektronisch verarbeitet und mittels vertragspezifischer Praxissoftware über die Managementgesellschaft an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG

Nähere Informationen zur Managementgesellschaft finden Sie unter: <https://www.medi-verbund.de/>.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

2. Verarbeitung von Sozialdaten im Rahmen der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm (Durchführung)

Zur Durchführung der Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Sozialdaten von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/Therapeutin verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- Krankenkasse, einschließlich Kennzeichen für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat
- Familienname und Vorname des Versicherten
- Geburtsdatum des Versicherten
- Geschlecht des Versicherten
- Anschrift des Versicherten
- Krankenversicherungsnummer des Versicherten
- Versichertenstatus
- Zuzahlungsstatus des Versicherten
- Tag des Beginns des Versicherungsschutzes
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte: Datum des Fristablaufs
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Verordnungsdaten
- Zeiten der Arbeitsunfähigkeit inkl. Diagnosen

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) EU-DSGVO

§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

Bei der Durchführung eines dermatologischen Telekonsils werden ausschließlich die hierfür notwendigen Daten erhoben und verarbeitet. Dies sind:

- Name, Adresse, Geburtsdatum und Versicherungsnummer
- Bilddokumentation(en) der untersuchten Hautstellen
- Behandlungsinformationen (Gesundheitsdaten)
- Daten, auf denen die Behandlung basiert (Laborwerte, Messdaten, Gesundheitsdaten)

Die Übermittlung der Daten erfolgt durch Ihren Hausarzt/Ihre Hausärztin verschlüsselt an einen am AOK-Facharztvertrag TeleDermatologie teilnehmenden Dermatologen. Weitere Informationen zum Facharztvertrag TeleDermatologie sowie zu den am Vertrag teilnehmenden Fachärzten/Fachärztinnen finden Sie unter <https://www.medi-arztsuche.de>.

Rechtsgrundlage für diese Verarbeitung: Behandlungsvertrag gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. b) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. h), Abs. 3 EU-DSGVO, §§ 630a, 630c Abs. 1 BGB mit dem jeweiligen Arzt. Ihre Einwilligung, sofern es um die Anfertigung der Bilddokumentation sowie die Weiterleitung an einen Dermatologen geht, gem. Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. a) i. V. m. Art. 9 Abs. 2 lit. a) EU-DSGVO.

Im Anschluss an die Behandlung im Rahmen des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten zur Durchführung der Teilnahme (Abrechnung inkl. Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfung) an die Managementgesellschaft (siehe oben) und von dort an die AOK Baden-Württemberg übermittelt:

- Krankenkasse, Krankenversicherungsnummer und Versichertenstatus
- Arztnummer; in Überweisungsfällen Arztnummer des überweisenden Arztes
- Art der Inanspruchnahme
- Art der Behandlung
- Tag und, soweit für die Überprüfung der Zulässigkeit und Richtigkeit der Abrechnung erforderlich, die Uhrzeit der Behandlung
- abgerechnete Gebührenpositionen mit den Diagnosen und Prozeduren gem. Vorgaben des Bundesinstituts für Arzneimittel und Medizinprodukte
- Kosten der Behandlung

Zur Durchführung der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm gehört die wissenschaftliche Begleitung („Evaluation“) durch unabhängige Forschungseinrichtungen bzw. Hochschulen/Universitäten. Hierzu werden die zuvor genannten Daten in pseudonymisierter* Form an diese Einrichtungen übermittelt.

* Pseudonymisierung (Art. 4 Nr. 5 EU-DSGVO): Die Verarbeitung personenbezogener Daten in einer Weise, dass die personenbezogenen Daten ohne Hinzuziehung zusätzlicher Informationen nicht mehr einer spezifischen betroffenen Person zugeordnet werden können, sofern diese zusätzlichen Informationen gesondert aufbewahrt werden und technischen und organisatorischen Maßnahmen unterliegen, die gewährleisten, dass die personenbezogenen Daten nicht einer identifizierten oder identifizierbaren natürlichen Person zugewiesen werden.

Die beteiligten Forschungseinrichtungen können jederzeit unter <https://www.aok.de/pk/bw/> (Stichwort: AOK-FacharztProgramm) abgerufen werden.

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:

Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO

Art. 9 Abs. 2 lit. h) und j) EU-DSGVO

§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V

§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

3. Wie lange werden die in Ziffer 1. und 2. genannten Daten aufbewahrt?

Die Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. m. § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharzt-Programm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

4. Sonstiges zum Datenschutz

Nähere Informationen zum Datenschutz bei der AOK Baden-Württemberg, darunter die Angabe des Verantwortlichen, des/der Datenschutzbeauftragten sowie die Anschrift der Aufsichtsbehörde, finden Sie unter:

<https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/informationen-zur-datenverarbeitung-6/>

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgererkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

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

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters/ Betreuers

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
		geb. am
Kostenträgerkennung	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum



BOSCH



Teilnahmeerklärung für die besondere ambulante ärztliche Versorgung (Facharztprogramm) gemäß § 73c SGB V a.F./ § 140a SGB V in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) gemäß § 73b SGB V

Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich bei der Bosch BKK versichert bin.
- ich ausführlich und umfassend über das Facharztprogramm informiert bin und mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Verarbeitung, Nutzung und Übermittlung meiner personenbezogenen Daten beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, **frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres** (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme am Facharztprogramm schriftlich gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate.
- ich mich verpflichte, immer zuerst den von mir gewählten Hausarzt im Rahmen meiner Teilnahme am Hausarztprogramm aufzusuchen und andere Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, nur in Abstimmung mit meinem gewählten Hausarzt in Anspruch zu nehmen (Überweisung). Dies gilt nicht für die Inanspruchnahme von Ärzten im Notfall, Gynäkologen und Augenärzten sowie von ärztlichen Notfalldiensten. Des Weiteren ist die Direktinanspruchnahme von Kinder- und Jugendärzten möglich.
- ich grundsätzlich nur Fachärzte auf Überweisung aufsuche, die am Facharztprogramm teilnehmen.
- ich bei Änderung meines Versicherungsstatus unverzüglich die Bosch BKK informiere, da ggf. die Teilnahme am Facharztprogramm nicht mehr möglich ist.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.

- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Hausarzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen sowie andere an meiner Behandlung beteiligten Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Hausarzt- und Facharztprogramm-Teilnahme, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht. Im Einzelfall kann ich der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für Abrechnungs- und Prüfbelange notwendigen personenbezogenen Daten erhalten und verarbeiten. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Facharztprogramms in Verbindung mit dem Hausarztprogramm sind im Merkblatt beschrieben.
- im Datenbestand der Bosch BKK und der am Facharzt- sowie Hausarztprogramm teilnehmenden Ärzte ein Merkmal gespeichert wird, das erkennen lässt, dass ich am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehme.
- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an neutrale Stellen weiterleiten kann, damit diese mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit dem Facharztprogramm befragen können. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig.
- **ich mit meiner Teilnahme am Facharztprogramm auch der Teilnahme an zukünftigen und bereits bestehenden fachärztlichen Verträgen gemäß § 73c SGB V in Verbindung mit dem Hausarztprogramm zustimme, ohne dass ich erneut eine Teilnahmeerklärung unterschreiben muss.** Ich werde rechtzeitig über neue Verträge im Rahmen des Facharztprogramms durch die Bosch BKK informiert. **Sofern ich nicht mit der Teilnahme an allen Verträgen des Facharztprogramms einverstanden bin, kann ich unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem ich über die Vertragsänderung informiert wurde. In diesem Fall enden für mich alle Verträge im Rahmen des Facharztprogramms.** Die Teilnahme am Hausarztprogramm bleibt davon unberührt.

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

Ja, ich habe das Merkblatt erhalten und bin mit den beschriebenen Inhalten sowie der Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen dieser Vertragsteilnahme einschließlich der wissenschaftlichen Studien und Versichertenbefragung einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung erteile in die beschriebene Übermittlung meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten, Sozialdaten, meiner Kontaktdaten sowie Daten, die im Rahmen der Evaluation erfasst werden.

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

<TE-Code>

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters/ Betreuers

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum Facharztprogramm für Versicherte der Bosch BKK



BOSCH

BKK

Facharztprogramm – was ist das?

Mit dem Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel ist es, flächendeckend die besondere ambulante fachärztliche Versorgung (Facharztprogramm) in Verbindung mit der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) in besonderer Qualität zu gewährleisten und die Koordinierungsfunktion Ihres gewählten Hausarztes zu nutzen. Ihre Teilnahme am exklusiven Facharztprogramm ist **freiwillig**. Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie schreiben sich verbindlich für mindestens 12 Monate in die besondere ambulante fachärztliche Versorgung ein.
- Fachärzte/Therapeuten dürfen nur auf Überweisung des gewählten Hausarztes (Hausarztprogramm) in Anspruch genommen werden.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am **Hausarztprogramm** teilnehmen. Ausnahmen, z. B. Mindestalter, werden im Kapitel „Fachgebiete“ genannt.

Fachgebiete im Facharztprogramm

Kardiologie
Gastroenterologie
Psychiatrie/Neurologie/Psychotherapie (PNP)
Orthopädie/Rheumatologie
Urologie
Pneumologie (ab 01.07.2021)
Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde (voraussichtlich ab 2021)

Ihre Vorteile auf einen Blick:

- Qualitätsgesicherte fachärztliche/therapeutische Versorgung, Behandlung nach medizinischen Leitlinien auf dem aktuellen wissenschaftlichen Stand
- Werktägliche Sprechstunden (Mo. - Fr.)
- Mindestens eine Abendterminsprechstunde pro Woche bis 20 Uhr für Berufstätige
- Nach Möglichkeit Reduzierung der Wartezeit auf maximal 30 Minuten bei vorheriger Anmeldung
- Schnelle Terminvergabe bis 2 Wochen nach Anmeldung
- In dringenden Fällen erhalten Sie bei Vermittlung durch Ihren Hausarzt innerhalb eines Tages einen Termin bei Fachärzten bzw. innerhalb von 3 Tagen bei Psychotherapeuten
- Mehr Zeit für die Beratung
- Breites diagnostisches und therapeutisches Angebot

Besonderheiten für das Fachgebiet Kardiologie:

Bis zum vollendeten 18. Lebensjahr ist die Direktanspruchnahme von Kinderkardiologen möglich. Danach ist die Behandlung von angeborenen Herzfehlern beim Kinderkardiologen nur auf Überweisung durch den gewählten Hausarzt oder einen Facharzt, der am Bosch BKK Facharztprogramm der Kardiologie teilnimmt, möglich.

Besonderheiten für das Fachgebiet Urologie:

Mit der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung habe ich die Möglichkeit, bei Vorliegen eines Prostatakarzinoms und der sich daraus ergebenden Indikation einer Operation (vollständige oder teilweise Entfernung der Prostata) vorzugsweise ein DKG-zertifiziertes Krankenhaus (Prostatakrebszentrum) in Baden-Württemberg aufzusuchen.

Einschreibung

Ihre schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung können Sie bei einem teilnehmenden Facharzt, Psychotherapeuten oder Hausarzt ausfüllen. Mit Ihrer Unterschrift bestätigen Sie die Teilnahme am Facharztprogramm für mindestens 12 Monate.

Wenn Sie sich nicht für das Facharztprogramm entscheiden, verbleiben Sie, wie bisher auch, in der Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung.

Der Arzt/Therapeut händigt Ihnen eine Kopie der Teilnahmeerklärung aus. Danach erfasst der Arzt/Therapeut Ihre Teilnahmeerklärung in seinem Praxissystem als elektronischen Datensatz, der dann unverzüglich datenschutzkonform an die Bosch BKK zur Prüfung übermittelt wird. Fällt die Prüfung positiv aus, werden Sie durch ein Begrüßungsschreiben darüber informiert, wann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm beginnt. In der Regel beginnt sie im Quartal, das auf die Einschreibung folgt. Geht das Formular nicht rechtzeitig bei der Bosch BKK ein oder wird für die Prüfung noch Zeit benötigt, kann eine Teilnahme auch in einem späteren Quartal beginnen. Wird die Teilnahme abgelehnt, erhalten Sie eine Mitteilung der Bosch BKK. Die Bosch BKK lehnt die Teilnahme nur in Ausnahmefällen ab (insbesondere keine Teilnahme am Hausarztprogramm; ungeklärter Versichertenstatus; keine Versicherung unmittelbar bei der Bosch BKK).

Sie erklären mit Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm auch Ihre Teilnahme an zukünftigen Facharztverträgen, die analog dieses Vertrags möglicherweise noch geschlossen werden.

Über neue Verträge informieren wir Sie rechtzeitig. Sofern Sie mit diesen Änderungen nicht einverstanden sind, können Sie Ihre Teilnahme an der besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung insgesamt unter Einhaltung einer Sonderkündigungsfrist kündigen. Diese beträgt einen Kalendermonat ab dem Zeitpunkt, zu dem Sie von der Bosch BKK über die Vertragsänderung informiert wurden. Für Sie endet dann die Teilnahme am Facharztprogramm. Sie werden wieder in die Regelversorgung der gesetzlichen Krankenversicherung übernommen. Ihre Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) bleibt bestehen.

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb einer Frist von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Facharztprogramm **insgesamt** ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate. Eine Kündigung ist schriftlich zu richten an:

Bosch BKK
Facharztprogramm Teilnehmemanagement
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/Gynäkologe/Kinderarzt ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Facharztprogramm.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die Bosch BKK für das

Facharztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Facharztprogramm ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über eine Managementgesellschaft auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre freiwillige Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Darin erklärt der Versicherte sich insbesondere mit den im Folgenden näher beschriebenen Datenerhebungs-, verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden. Damit Sie sofort die Vorteile der schnellen Terminvergabe in dringenden Fällen nutzen können, kann der Facharzt/Therapeut, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Facharztprogramm realisieren. Damit wird verhindert, dass Sie auf schnelle Termine bzw. Therapieserien ggf. verzichten müssen. Sie haben von dieser Regelung nur Vorteile und willigen in die Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Facharztprogramm sind, vor allem wie Sie die Qualität der Versorgung beurteilen. Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen durch neutrale Stellen vorgesehen, an die Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ohne weitere persönliche Angaben ggfs. weitergeleitet werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, der anstehenden Befragung zu widersprechen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (behandelnde Haus- und Fachärzte, Therapeuten) notwendig. Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erteilen Sie uns ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Facharztprogramm sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen. Hierfür entbinden Sie die von Ihnen konsultierten Ärzte und anderen Leistungserbringer von Ihrer Schweigepflicht. Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht. Im Einzelfall können Sie der Datenübermittlung widersprechen bzw. den Umfang bestimmen.

Versorgungsmanagement der BKK

Die Bosch BKK bietet Ihnen im Rahmen des Facharztprogramms ein besonderes Versorgungsmanagement an. Dieses unterstützt Sie oder Ihren Arzt bei Ihren speziellen Fragen zu einer Erkrankung, bevorstehenden Operationen etc. **Hierfür kann sie Ihre vorhandenen Daten für Ihre individuelle Beratung heranziehen und ggf. mit Ihnen oder Ihrem Arzt Kontakt aufnehmen.** Die Bosch BKK berücksichtigt dabei selbstverständlich die Datenschutzvorgaben und die Einhaltung der Schweigepflicht Ihres Arztes.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Der elektronische Datensatz Ihrer Teilnahmeerklärung wird von Ihrem Arzt/Therapeuten über die für die Umsetzung des Facharztprogramms ausgewählte Managementgesellschaft datenschutzkonform an die Bosch BKK übermittelt. Dort werden die Daten der Teilnahmeerklärung geprüft, an die Managementgesellschaft gesandt und dort in die Datenverarbeitung eingelesen. Übermittelt werden Ihre Stammdaten (Name, Anschrift, Geburtsdatum, Versichertennummer), Daten zum einschreibenden Arzt, Ihr Teilnahmebeginn sowie ein Merkmal, das erkennen lässt, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen. Auch die Beendigung einer Teilnahme wird an die Managementgesellschaft gemeldet.

Die Managementgesellschaft stellt elektronisch den am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten die Information über Ihren Teilnahmestatus zur Verfügung. Dies ist wichtig, denn nur

wenn z. B. Ihr Hausarzt weiß, dass Sie am Facharztprogramm teilnehmen, können Sie zu den teilnehmenden Ärzten überwiesen werden und von den Vorteilen des Facharztprogramms profitieren. Die teilnehmenden Ärzte/Therapeuten übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Bosch BKK. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Bosch BKK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Bosch BKK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also ausdrücklich nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben. Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Rehamaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), Häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen und andere.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungs-zwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt. Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Bosch BKK der Personenbezug zu Ihren Daten wieder hergestellt. Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Facharztprogramm ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Sollten das Facharztprogramm oder Ihre Behandlungsdaten durch ein unabhängiges Institut wissenschaftlich bewertet werden, ist sichergestellt, dass Ihre Behandlungs-, Verordnungs- Diagnose- und Abrechnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z.B. Alter oder Geschlecht) nur pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das Institut sind die Daten anonym, ein Bezug zu Ihrer Person ist für das Institut sowie für jede weitere Nutzung dieser Daten ausgeschlossen. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Facharztprogramm erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme. Die Gesamtergebnisse der wissenschaftlichen Auswertung werden anschließend z. B. in der Mitgliederzeitschrift veröffentlicht oder dienen der Kontrolle und Vergütung von Qualitätsindikatoren, die zu erbringen sich die am Facharztprogramm teilnehmenden Ärzte verpflichtet haben.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte/Therapeuten und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht - soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, - spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung personenbezogener Daten (Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung)

1. Name und Kontaktdaten der verantwortlichen Kasse für die Durchführung des Bosch BKK Facharztprogramms

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

Tel. 0711 / 25088-0
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem Haus- und/oder Facharzt bzw. Therapeuten verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Bosch BKK-Hausarzt-/Facharztprogramm

Diese Daten werden in elektronischer Form zunächst vom Arzt an die Managementgesellschaft und von dort über eine beauftragte Abrechnungsstelle an die Bosch BKK weitergeleitet. Beide Stellen unterliegen ebenfalls den deutschen Datenschutzvorschriften. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5 SGB V, i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die freiwillige Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

Die MEDIVERBUND AG ist ein Zusammenschluss von Ärztenetzen für Vertragsärzte, die sich u.a. um Leistungsabrechnungen niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten kümmert.

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-566
E-Mail: info@medi-verbund.de

Wer ist die Abrechnungsstelle?

Die DAVASO GmbH ist führender Technologieanbieter und Dienstleister für gesetzliche Krankenversicherungen und weitere Akteure des Gesundheitsmarktes.

DAVASO GmbH
Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Bosch BKK Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem behandelnden Facharzt bzw. Therapeuten für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk Sie Ihren Wohnsitz haben,
- der Familienname und Vorname,
- das Geburtsdatum,
- das Geschlecht,
- die Anschrift,
- die Krankenversicherungsnummer,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus,

- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern
- Diagnosen und Prozeduren gemäß den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der Arzt bzw. Therapeut die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend über die beauftragte IT-/Abrechnungsstelle an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist Voraussetzung für die Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem behandelnden Arzt bzw. Therapeuten ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK und deren beauftragte IT-/Abrechnungsstelle erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Bosch BKK Facharztprogramms (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des Bosch BKK Facharztprogrammes gehört auch die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten.

5. Worin bestehen Ihre Rechte?

Sie haben ein Recht auf Auskunft seitens des Verantwortlichen über die betreffenden personenbezogenen Daten (Art. 15 DSGVO) sowie auf Berichtigung (Art. 16 DSGVO), Löschung (Art. 17 DSGVO) und auf Einschränkung der Verarbeitung (Art. 18 DSGVO). Das Recht auf Widerspruch gegen die Verarbeitung (Art. 21 DSGVO) besteht nur, wenn die Verarbeitung nicht auf einer Rechtsvorschrift beruht. Zudem besteht das Recht der Datenübertragbarkeit (Art. 20 DSGVO).

6. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Bosch BKK Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK Facharztprogramm.

7. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Datenschutzrechtliche Beschwerden können beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK eingereicht werden oder bei:

Der/die Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
 Graurheindorfer Straße 153
 53117 Bonn
 E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

8. Haben Sie das Recht die Einwilligung zur Datenübermittlung zu widerrufen?

Sie haben das Recht, die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit zu widerrufen, ohne dass die Rechtmäßigkeit der aufgrund der Einwilligung bis zum Widerruf erfolgten Verarbeitung berührt wird (Art. 7 Abs. 3 DSGVO). Der Widerruf ist schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrer Krankenkasse zu erklären und bedarf keiner Begründung.

Stand: März 2021

Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Patienteneinschreibung erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist. Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn landesweit in Baden-Württemberg mindestens 80 FACHÄRZTE an dem AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie teilnehmen. Gleichzeitig muss grundsätzlich in allen 14 AOK-Bezirksdirektionen eine mindestens 50%ige Teilnahme erreicht sein. Basis ist die Anzahl der Teilnehmer am IV-Gastro-Vertrag in den jeweiligen AOK-Bezirksdirektionen. Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Die Managementgesellschaft teilt den Fachärzten, welche den Beitritt zum Vertrag erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.

Fachkonzept MEDIVERBUND und AOK

- (1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.
- (2) MEDIVERBUND und AOK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.
- (3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:
 - a) Die AOK steuert und bearbeitet Prozesse, die eingeschriebene Versicherte betreffen.
 - b) Die AOK führt insbesondere das Verzeichnis der eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermittelt diese gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.
 - c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. h) die Teilnahme an einem gastroenterologisch relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an diesem DMP im Sinne der Anlage 2 zum Vertrag und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.
 - d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK Rabattverträge abgeschlossen hat, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.
 - e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.
- (4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.
- (5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

Die AOK und der MEDIVERBUND haben sich auf die folgenden Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung geeinigt.

ABSCHNITT I: Vertragssoftware

I. Funktionen der Vertragssoftware

Softwareprogramme, die nach Maßgabe des ABSCHNITTES II als Vertragssoftware zugelassen werden können, müssen alle vertragsspezifischen Funktionalitäten aufweisen (Pflichtfunktionen): Die Definition aller Pflichtfunktionen wird im Pflichtenheft geregelt.

ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

- (1) Die AOK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderliche vertragsspezifische Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nicht-vertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.
- (2) Die AOK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragsspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.
- (3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen, die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“). Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere

- a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;
 - b) Datenbasierte Verschlüsselung für das Abrechnungszentrum;
 - c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;
 - d) Anbindung an den elektronischen AOK Patientenpass;
 - e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);
 - f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen
 - g) Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 7 zu Anlage 12
- (4) Der Teil B wird in einem gekapselten Kern von vertragsspezifischen, nicht dekompi-lierbaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt werden („**gekapselter Kern**“). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**“) mit der Entwicklung des gekapselten Kerns beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**“) eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt werden kann.
- (5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns be- stimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.
- (6) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK jedem Softwareherstel- ler, der
- a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,
 - b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist

Teil A zur Verfügung stellen. Der Nachweis nach lit. a) wird in der Regel durch die Vorlage eines Geschäftsberichtes erbracht, der die Tätigkeit des Softwareherstellers auf dem Gebiet der Softwareentwicklung belegt. Falls keine Lizenzvereinbarung zustande kommt, hat der Softwarehersteller das Pflichtenheft an die Managementgesellschaft zu- rückzugeben.

- (7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.
- (8) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.
- (9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 7 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 7 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

- (1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.
- (2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.
- (3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 73 c Abs. 4

Satz 3 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN genutzt werden kann.

- (4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaft oder der AOK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf
- (1) die Arzneimittelverordnung,
 - (2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),
 - (3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),
 - (4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,
 - (5) die elektronischen Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,
 - (6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

ABSCHNITT III: Datenübermittlung

Die Datenübertragung ist nur über eine verschlüsselte Verbindung erlaubt. Folgende Datenübertragungswege sind zulässig: Gematikfähiger Konnektor mit Kompatibilität zu den Vertragssoftwareprogrammen; Einsatz eines HZV-Online-Keys.

ABSCHNITT IV: Abrechnungszentrum

Der FACHARZT ist verpflichtet, sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an das Abrechnungszentrum der Managementgesellschaft zu übermitteln (Abrechnungszentrum im Sinne des Vertrages):

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstr. 29
70565 Stuttgart

Schlichtungsverfahren

AOK und MEDIVERBUND („Partei“ bzw. „Parteien“) haben sich zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich zwischen ihnen im Zusammenhang mit diesem Vertrag gemäß § 73c SGB V oder über seine Gültigkeit ergeben, auf das wie folgt näher beschriebene Schlichtungsverfahren geeinigt:

§ 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

- (1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).
- (2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.
- (3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

§ 2 Person des Schlichters

- (1) Die Parteien bestimmen spätestens bis zum 01.12.2010 die Person eines Schlichters („Erster Schlichter“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.
- (2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens bis zum 01.12.2010 einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „Schlichter“).
- (3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

- (4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.
- (5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

§ 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter
 - a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und
 - b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie
 - c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.
- (2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**“). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Ersten Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.
- (3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 5 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

§ 4 Schlichtungsverhandlungen

- (1) Der Schlichter (§ 4 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 4 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter

schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

- (2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- (3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.
- (4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.
- (5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.
- (6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

§ 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

- (1) Verlangt eine Partei nach Durchführung des ersten Termins der Schlichtungsverhandlungen deren Beendigung, ohne dass eine Einigung über den Gegenstand der Schlichtung erzielt wurde, so fertigt der Schlichter auf Verlangen einer Partei darüber ein Protokoll, das den Schlichtungsgegenstand näher bezeichnet und in dem das Vorbringen der Parteien zum Schlichtungsgegenstand in einer möglichst noch im Schlichtungstermin mit den Parteien abgestimmten Weise zusammengefasst wird. Mit Unterzeichnung des Protokolls durch den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.
- (2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber

ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

- (3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.
- (4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.
- (5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

§ 6 Vertraulichkeit

Die Parteien sowie alle an den Schlichtungsverhandlungen beteiligten Personen sowie solche, die an gemeinsamen oder getrennten Sitzungen zwischen den Parteien teilgenommen haben, haben die Inhalte der Verhandlungen sowohl während als auch nach der Beendigung des Schlichtungstermins als vertraulich zu behandeln. Sie dürfen, soweit nicht anderweitig vereinbart, Dritten gegenüber keine Informationen offen legen, die das jeweilige Schlichtungsverfahren betreffen oder die sie in dessen Verlauf erhalten haben. Soweit eine Partei dies fordert, haben die Personen, die an Schlichtungsverhandlungen teilnehmen, eine Vertraulichkeitserklärung zu unterzeichnen.

§ 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

Die an dem Schlichtungsverfahren beteiligten Parteien tragen das Honorar des Schlichters und dessen Auslagen sowie die notwendigen Kosten des Schlichtungsverfahrens (Sekretariatsaufwand; Portokosten; Raummiete, etc.) zu gleichen Teilen und haften dafür als Gesamtschuldner. Im Übrigen trägt jede Partei ihre Kosten selbst.

Vergütung und Abrechnung

ABSCHNITT I: VERGÜTUNGSPPOSITIONEN

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Vergütungsposition	Leistungs-, Versorgungsinhalte	Vergütungsregeln	Betrag in EUR
		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 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.	
E8	Histologie bei Früherkennungskoloskopie	- Ist nur additiv zu Einzelleistung E3 abrechenbar Es ist ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt (Abschnitt III. Ziffer II. Abs. 4 lit. b)) erforderlich. - ist nur bei Versicherten, die am Behandlungstag 50 bis 54 Jahre alt sind, abrechenbar, sofern im Rahmen der Früherkennungskoloskopie eine histologische Untersuchung mindestens eines Polypen durch eine/n Pathologen/-in oder sonstigen Arzt/Ärztin erforderlich wird. Die Verordnung von histologischen Untersuchungen erfolgt durch den FACHARZT per privater Verordnung. Die Bezahlung der tatsächlichen Leistung	13,46

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrages.

ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

- (1) Der Leistungsumfang nach diesem Vertrag bestimmt sich grundsätzlich anhand des „EBM-Ziffernkranzes“ gemäß **Anhang 1** zu dieser **Anlage 12**. Innerhalb der Laufzeit dieser Vereinbarung nach ABSCHNITT II werden Leistungsergänzungen bzw. -kürzungen gemäß § 135 SGB V berücksichtigt bzw. entfallen im Ziffernkranz nach **Anhang 1**, soweit die AOK und der MEDIVERBUND insoweit keine abweichende Regelung treffen. **Aufgrund § 135 SGB V in diesem Sinne notwendigen Folgeanpassungen des EBM-Ziffernkranzes in Anhang 1 stimmt der FACHARZT bereits jetzt zu.**

II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des AOK-FacharztProgrammes Gastroenterologie in Anspruch genommen haben

- (1) Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I („Vergütungspositionen“) ab. Damit sind grundsätzlich alle von dem AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie erfassten Leistungen abgegolten. **Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden.**
- (2) **Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-FacharztProgramm erbracht hat bzw. weiter erbringt.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im

Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

- (3) Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag Farbdoppler vergütet werden, erbringen.
- (4) Arzt-Patienten-Kontakte (APK) sind wie nachfolgend definiert:
 - a) Ein APK beschreibt die Interaktion eines Hausarztes bzw. FACHARZTES und/oder eines/r medizinisch qualifizierten Praxismitarbeiters/in und dem Patienten und/oder dessen Bezugsperson und beinhaltet einen konkreten Bezug zur haus- bzw. fachärztlichen Versorgung des Patienten.
 - b) Ein persönlicher APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a in räumlicher und zeitlicher Einheit erfolgt.
 - c) Ein telemedizinischer APK liegt vor, wenn die Interaktion nach lit. a außerhalb der räumlichen und/oder zeitlichen Einheit erfolgt. Der telemedizinischer APK umfasst auch die Telefonie.
 - d) Der persönliche wie auch der telemedizinische APK können auch im Weg der Delegation nach den geltenden berufsrechtlichen Bestimmungen erfolgen.
 - e) Ein Ausschluss der (nichtärztlichen) Delegation nach lit. d ist im Leistungsinhalt einer Leistungsposition ausdrücklich als ärztliche Behandlung zu vereinbaren.

Telemedizinische Kontakte gem. lit. c) sind mit der **Ziffer "FBE"** zu dokumentieren.

III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie abgerechnet.

IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

- (1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse
 - a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder
 - b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder
 - c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemeinschaften und andere Organisationsgemeinschaften. **Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.**

- (2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.
- (3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 73c SGB V mit der AOK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.
- (4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

V. Leistungsumfang bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen

Der Behandlungsauftrag bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen orientiert sich an dem altersgemäß typischen Leistungsumfang: Versicherte bis zum vollendeten 18. Lebensjahr können an der Versorgung gemäß diesem Vertrag teilnehmen. Die direkte Inanspruchnahme von Kindergastroenterologen bleibt dabei analog zu Regelung in § 73b SGB V unberührt.

VI. Umfang von Leistungen, die weiterhin über KV abgerechnet werden können

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind. Eine zusätzliche Zuzahlung (Praxisgebühr) für diese Patienten wird hierdurch nicht ausgelöst.

VII. Doppel- und Fehlabbrechnungen

- (1) Eine Doppelabbrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK im Falle einer Doppelabbrechnung den gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abbrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen nach diesem Vertrag des FACHARZTES berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.
- (2) Für den bei einer Doppelabbrechnung gemäß § 19 Abs. 1 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der KV abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

- (3) Für den bei einer Fehlabrechnung gemäß § 19 Abs. 9 des Vertrages entstandenen Verwaltungsaufwand schuldet der FACHARZT der AOK einen pauschalierten Ersatz für den Bearbeitungsaufwand in Höhe von 15 € (Euro) für jeden fehlerhaft gegenüber der Managementgesellschaft abgerechneten Versicherten pro Quartal. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, den Anspruch auf den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand nach Satz 1 für Rechnung der AOK geltend zu machen. Dazu tritt die AOK ihren Anspruch auf Schadensersatz an die Managementgesellschaft ab, soweit diese zur Aufrechnung mit dem Anspruch auf die Vergütung des FACHARZTES berechtigt ist. Nach Aufrechnung ist die Managementgesellschaft der AOK zur Erstattung des aufgerechneten Betrags verpflichtet. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Ersatz für den Bearbeitungsaufwand entsprechend.

ABSCHNITT IV: Abrechnungsverfahren

I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.
- (2) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.
- (3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.
- (4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.
- (5) Die Managementgesellschaft bedient sich bei der Abrechnung des in **Anlage 10** benannten Abrechnungszentrums.

II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK nach diesem Vertrag

(1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des FACHARZTES auf Plausibilität nach Maßgabe dieser **Anlage 12** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.

(2) Die Managementgesellschaft ermittelt für jeden FACHARZT die folgenden abrechnungsrelevanten Kriterien:

Erfüllen der Voraussetzung für die Qualitätszuschläge

- Q1: Rationale Pharmakotherapie
- Q3: Farbdoppler

(3) AOK und MEDIVERBUND ermitteln gemeinsam für die Gesamtheit der FACHÄRZTE auf Basis von Daten, die die AOK liefert, das Erfüllen der Voraussetzung für den Qualitätszuschlag

- Q2: Vorsorgekoloskopiequote

(4) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK hat eine Prüffrist von 20 Arbeitstagen (**„AOK-Prüffrist“**), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüft. Ist die AOK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen (**„Rüge“**). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

a) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen (**„Zahlungsfrist“**) zum Ausgleich des in der AOK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK-Abrechnung gilt als abgestimmte AOK-Abrechnung (**„abgestimmte AOK-Abrechnung“**). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund

- späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen wird die AOK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.
- b) Erfolgt innerhalb der AOK-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.
- c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte AOK-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenden Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.
- (5) Die AOK hat die Zahlung auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.
- (6) Die AOK leistet an die Managementgesellschaft jeweils zum ersten Arbeitstag des Monats, beginnend ab dem 01.02.2013, monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 30 EURO pro abgerechneter P1-Pauschale auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft hat die AOK zur Ermittlung der Anzahl der P1 7 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten von MEDI nicht mindestens 7 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung (beginnend am 01.02.2013) bei der AOK eingegangen sind, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.
- (7) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 6 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.

- (8) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**“). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**“).
- (9) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.
- (10) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.
- (11) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

ABSCHNITT V: Anhänge

Die folgenden Anhänge sind Bestandteil dieser **Anlage 12**:

Anhang 1 zu Anlage 12: Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Gastroenterologie

Anhang 2 zu Anlage 12: Diagnosenliste (ICD 10 Kodierungen)

Anhang 3 zu Anlage 12: Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Anhang 4 zu Anlage 12: Qualitätszuschlag Vorsorgekoloskopiequote

Anhang 5 zu Anlage 12: Vereinbarung zum Modul Therapie mit Zepatier

Anhang 6 zu Anlage 12: Vereinbarung zum Modul Therapie mit Maviret

Anhang

Anhang 7 zu Anlage 12: ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Anhang 8 zu Anlage 12: Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Anhang 9 zu Anlage 12: EFA

Diagnosenliste für Quartal I/2023, Stand: 01.01.2023

Wie in Anlage 12 beschrieben, ist die Angabe mindestens einer Diagnose in Form eines endstelligen und korrekten ICD 10 Codes Bestandteil der gastroenterologischen Leistungen. In der folgenden Tabelle wird ersichtlich, welche gesicherten Diagnosen bzw. ICD 10 Codes welcher Zusatzpauschale zugeordnet sind.

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
A06.4	Leberabszess durch Amöben	P1b	
B15.0	Virushepatitis A mit Coma hepaticum	P1b	
B16.0	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) und mit Coma hepaticum	P1b	
B16.1	Akute Virushepatitis B mit Delta-Virus (Begleitinfektion) ohne Coma hepaticum	P1b	
B16.2	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus mit Coma hepaticum	P1b	
B16.9	Akute Virushepatitis B ohne Delta-Virus und ohne Coma hepaticum	P1b	
B17.0	Akute Delta-Virus- (Super-) Infektion eines Hepatitis-B- (Virus-) Trägers	P1b	
B17.1	Akute Virushepatitis C	P1b	
B17.2	Akute Virushepatitis E	P1b	
B17.8	Sonstige näher bezeichnete akute Virushepatitis	P1b	
B18.0	Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus	P1b	
B18.11	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1	P1b	
B18.12	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2	P1b	
B18.13	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3	P1b	
B18.14	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4	P1b	
B18.19	Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet	P1b	
B18.2	Chronische Virushepatitis C	P1b	
B18.8	Sonstige chronische Virushepatitis	P1b	
B19.0	Nicht näher bezeichnete Virushepatitis mit Koma	P1b	
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus	P1d	§ 1 Abs. 2a*
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus	P1d	§ 1 Abs. 2a
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C15.8	Ca: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Kurvatur des Magens, n. n. bez.	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Kurvatur des Magens, n. n. bez.	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.8	Ca: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C17.8	Ca: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.8	Ca: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C20	Bösartige Neubildung des Rektums	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C21.8	Ca: Rektum, Anus und Analkanal (teilbereichsüberlappend)	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.0	Leberzellkarzinom	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.2	Hepatoblastom	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.3	Angiosarkom der Leber	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.4	Sonstige Sarkome der Leber	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C24.1	Ca: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C24.8	Ca: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.8	Ca: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil n. n. bez.	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C26.8	Ca: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C48.1	Bösartige Neubildung: n. bez. Teile des Peritoneums	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C48.8	Ca: Retroperitoneum und Peritoneum (teilbereichsüberlappend)	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C49.4	Ca: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens	P1d	§ 1 Abs. 2a
C49.5	Ca: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens	P1d	§ 1 Abs. 2a
C77.2	Sekundäre und n. n. bez. Ca: Intraabdominale LK	P1d	§ 1 Abs. 2a
C77.5	Sekundäre und n. n. bez. Ca: Intrapelvine LK	P1d	§ 1 Abs. 2a
C77.8	Sekundäre und n. n. bez. Ca:LK mehrerer Regionen	P1d	§ 1 Abs. 2a
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge	P1d	§ 1 Abs. 2a
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C78.5	Sekundäre Ca des Dickdarmes und des Rektums	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C78.6	Sekundäre Ca des Retroperitoneums und des Peritoneums	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C78.8	Sekundäre Ca sonst. und n. n. bez. Verdauungsorgane	P1c/P1d	§ 1 Abs. 2a
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere	P1d	§ 1 Abs. 2a
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer Remi	P1d	§ 1 Abs. 2a
D37.1	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Magen	P1c	
D37.2	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Dünndarm	P1c	
D37.3	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Appendix vermiformis	P1c	

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
D37.4	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Kolon	P1c	
D37.5	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Rektum	P1c	
D37.6	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Leber, Gallenblase und Gallengänge	P1c	
D37.70	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Pankreas	P1c	
D37.78	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Sonstige Verdauungsorgane	P1c	
D37.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntes Verhaltens: Verdauungsorgan, nicht näher bezeichnet	P1c	
E 83.0	Störungen des Kupferstoffwechsels (z.B. Morbus Wilson)	P1b	
E 83.1	Störungen des Eisenstoffwechsels (Hämochromatose)	P1b	
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen	P1a	
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation	P1a	
I85.0	Ösophagusvarizen mit Blutung	P1a	
I85.9	Ösophagusvarizen ohne Blutung	P1a	
I98.2	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten	P1a	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
I98.3	Ösophagus- und Magenvarizen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, mit Angabe einer Blutung	P1a	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
K20.0	Eosinophile Ösophagitis	P1a	
K20.1	Radiogene Ösophagitis	P1a	
K20.8	Sonstige näher bezeichnete Ösophagitis	P1a	
K20.9	Ösophagitis, nicht näher bezeichnet	P1a	
K21.0	Gastroösophageale Refluxkrankheit mit Ösophagitis	P1a	
K21.9	Gastroösophageale Refluxkrankheit ohne Ösophagitis	P1a	
K22.0	Achalasie der Kardia	P1a	
K22.2	Ösophagusverschluss	P1a	
K22.3	Perforation des Ösophagus	P1a	
K22.4	Dyskinesie des Ösophagus	P1a	
K22.5	Divertikel des Ösophagus, erworben	P1a	
K22.7	Barrett-Ösophagus	P1a	
K22.80	Ösophagusfistel	P1a	
K22.81	Ösophagusblutung	P1a	
K22.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Ösophagus	P1a	
K22.9	Krankheit des Ösophagus, nicht näher bezeichnet	P1a	
K23.1	Megaösophagus bei Chagas-Krankheit	P1a	
K23.8	Krankheiten des Ösophagus bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	P1a	
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes	P1a	
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes	P1a	
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens	P1a	
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre	P1a	
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend	P1a	
K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit	P1a	
K51.0	Ulzeröse (chronische) Enterokolitis	P1a	
K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis	P1a	
K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis	P1a	
K51.4	Pseudopolyposis des Kolons	P1a	
K51.5	Proktokolitis der Schleimhaut	P1a	
K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa	P1a	
K56.0	Paralytischer Ileus	P1b	
K56.1	Invagination	P1b	
K56.2	Volvulus	P1b	

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
K56.3	Gallensteinileus	P1b	
K56.4	Sonstige Obturation des Darmes	P1b	
K56.5	Intestinale Adhäsionen [Briden] mit Ileus	P1b	
K56.6	Sonstiger und nicht näher bezeichneter mechanischer Ileus	P1b	
K56.7	Ileus, nicht näher bezeichnet	P1b	
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber	P1b	
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose	P1b	
K70.40	Akutes und subakutes alkoholisches Leberversagen	P1b	
K70.41	Chronisches alkoholisches Leberversagen	P1b	
K70.42	Akut-auf-chronisches alkoholisches Leberversagen	P1b	
K70.48	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes alkoholisches Leberversagen	P1b	
K71.7	Alkoholisches Leberversagen o.n.A.	P1b	
K72.0	Akutes und subakutes Leberversagen	P1b	
K72.10	Akut-auf-chronisches Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	P1b	
K72.18	Sonstiges und nicht näher bezeichnetes chronisches Leberversagen, anderenorts nicht klassifiziert	P1b	
K72.9	Leberversagen, nicht näher bezeichnet	P1b	
K73.0	Chronische persistierende Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	P1b	
K73.1	Chronische lobuläre Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	P1b	
K73.2	Chronische aktive Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	P1b	
K73.8	Sonstige chronische Hepatitis, anderenorts nicht klassifiziert	P1b	
K74.0	Leberfibrose	P1b	
K74.1	Lebersklerose	P1b	
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose	P1b	
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose	P1b	
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose	P1b	
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet	P1b	
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber	P1b	
K75.0	Leberabszess	P1b	
K76.2	Zentrale hämorrhagische Lebernekrose	P1b	
K76.3	Leberinfarkt	P1b	
K76.7	Hepatorenales Syndrom	P1b	
K77.11	Stadium 1 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	P1b	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
K77.14	Stadium 4 der akuten Leber-Graft-versus-host-Krankheit	P1b	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
K77.21	Stadium 1 der chronischen Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	P1b	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
K77.22	Stadium 2 der chronischen Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	P1b	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
K77.23	Stadium 3 der chronischen Leber-Graft-versus-Host-Krankheit	P1b	Stern-Diagnose, nur zusammen mit entspr. Kreuz-Diagnose gültig
K77.8	Leberkrankheiten bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten	P1b	
T86.40	Akute Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	P1b	
T86.41	Chronische Funktionsverschlechterung eines Lebertransplantates	P1b	
T86.49	Sonstige und nicht näher bezeichnete Funktionsstörung, Versagen und Abstoßung eines Lebertransplantates	P1b	
T86.82	Versagen und Abstoßung: Pankreastransplantat	P1b	
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation	P1b	

ICD 10 Code	Klartext	Pauschale	Anmerkung
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- und Gewebetransplantation	P1b	

Legende:

*) Der in der Spalte Anmerkung aufgeführte Paragraph bezieht sich auf die Onkologievereinbarung

Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware

Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt voll gewahrt. Der FACHARZT soll auch weiterhin für alle Patienten eine unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Die Vertragssoftware (vgl. **Anlage 3 und Anlage 10**) gibt ihm dabei aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven.

Die Empfehlungen, welche in die Vertragssoftware eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, insbesondere des niedergelassenen gastroenterologischen und hausärztlichen Bereichs, Apothekern der AOK sowie Vertretern von bng, BNFI und MEDIVERBUND, auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Pauschale P1 ausgezahlt wird, können von der AOK und vom MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

Falls ein FACHARZT in einem Quartal Arzneimittel außerhalb der Vertragssoftware verordnet und die Ermittlung einer oder mehrerer seiner Quoten dadurch verfälscht wird, kann der Zuschlag Rationale Pharmakotherapie für diesen FACHARZT für dieses Quartal auch im Nachhinein gestrichen und verrechnet werden.

Da die in der Vertragssoftware hinterlegten Arzneimittelempfehlungen regelmäßig aktualisiert werden können, erfolgt auch die Auswertung der Quoten jeweils taggleich auf Basis des jeweiligen Standes der Arzneimittelempfehlungen. Abweichend von den durch die Kassenärztlichen Bundesvereinigung auf der Grundlage von § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V erlassenen Richtlinien, sind in der Software farbliche Hinterlegungen von Arzneimitteln enthalten. Diese dienen dazu, den Arzt bei einem wirtschaftlichen Ordnungsverhalten zu unterstützen.

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

Grün hinterlegt sind:

1. Patentfreie Arzneimittel, für die die AOK im Rahmen von Ausschreibungen Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (= **Rabatt-Grün**)
2. Grün berechnete Arzneimittel. Sie haben keine Auswirkung auf die Quote.

Blau hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat.

Orange hinterlegt sind:

Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

Rot hinterlegt sind:

Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

Nicht farblich hinterlegt sind:

Alle übrigen Arzneimittel.

Dem FACHARZT wird empfohlen im Rahmen der bestehenden Therapiefreiheit bevorzugt grün hinterlegte Arzneimittel zu verordnen.

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen den Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.

Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.

Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in

1. einen Zuschlag Rot (2,50€),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (1,00€) und
3. einen Zuschlag Blau (0,50€).

Die Zuschläge können einzeln ausgelöst werden und werden in Form von Prozentangaben ermittelt, indem zunächst die folgenden Indikatoren gebildet werden:

Indikator	Zähler	Nenner
Rot	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die rot markiert sind sowie die Anzahl der Verordnungen der Wirkstoffe, die zu ihrer Substitution vorgeschlagen werden
Rabatt-Grün	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die "Rabatt-Grün" markiert sind	Anzahl von Verordnungen von Arzneimitteln mit ausgeschriebenen Wirkstoff-Rabattverträgen sowie der Anzahl der Verordnungen von wirkstoffgleichen Alternativen ohne Rabattvertrag.
Blau	Anzahl der Verordnungen von Arzneimitteln, die blau markiert sind	Anzahl der Verordnungen der blau hinterlegten Arzneimittel sowie die Verordnungen der Alternativen ohne Rabattvertrag.

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

	ab Quartal 3/10
Rot	$\leq 3\%$
Rabatt-Grün	$\geq 90\%$
Blau	$\geq 70\%$

Qualitätszuschlag Vorsorgekoloskopie

Durch das AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie wird eine verbesserte ambulante gastroenterologische Versorgung realisiert. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HzV-Versicherten die Anzahl der nach den Vorgaben der aktuellen Krebsfrüherkennungs-Richtlinie (KFE-RL) möglichen Vorsorgekoloskopien erhöht wird. Es sollen dadurch mögliche Gefahren für die Gesundheit der HZV-Versicherten abgewendet werden, dass aufgefundene Verdachtsfälle eingehend diagnostiziert und erforderlichenfalls rechtzeitig behandelt werden können.

Die AOK kontaktiert grundsätzlich jährlich alle HZV-Versicherten, die die Altersgrenze für Vorsorgekoloskopien (50 Jahre) erreicht haben, und stellt dabei das Angebot der Vorsorgekoloskopie im AOK-FacharztProgramm vor. Ziel ist es, möglichst viele HZV-Versicherte von den Vorteilen der Vorsorgekoloskopie zu überzeugen.

Der Qualitätszuschlag wird kollektiv für alle FACHÄRZTE dann rückwirkend auf alle in den 12 Monaten nach der Kontaktierung abgerechneten Vorsorgekoloskopien aller FACHÄRZTE aufgeschlagen, wenn die Vorsorgekoloskopiequote den Referenzwert übersteigt.

1. Ermittlung der Vorsorgekoloskopiequote

Die Vorsorgekoloskopiequote wird wie folgt ermittelt:

Anzahl der Vorsorgekoloskopien, die im Rahmen dieses Vertrages bei den kontaktierten Versicherten innerhalb von 12 Monaten nach der Kontaktierung durchgeführt wurden

Anzahl der kontaktierten Versicherten

Bei der Ermittlung der Vorsorgekoloskopiequote wird max. eine Vorsorgekoloskopie je Versicherten berücksichtigt.

2. Referenzwert

Der Referenzwert beträgt zunächst 5%. Wird der Referenzwert um mindestens 10% über- oder unterschritten, kann er vom Beirat angepasst werden.

3. Datenübermittlung

Die AOK wird dem MEDIVERBUND folgende Daten mitteilen:

- Anzahl der Vorsorgekoloskopien, die im Rahmen dieses Vertrages und des IV-Vertrages bei den Versicherten, die kontaktiert wurden, innerhalb von 12 Monaten nach der Kontaktierung durchgeführt wurden.
- Anzahl der Versicherten, die kontaktiert wurden.

Der Beirat stellt gemeinsam auf Grundlage dieser Daten zeitnah fest, ob die Voraussetzungen für die Ausschüttung des Qualitätszuschlags Vorsorgekoloskopie erfüllt sind.

Vereinbarung zum Modul Therapie mit Zepatier

Durch das AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie wird eine verbesserte ambulante gastroenterologische Versorgung realisiert.

Die Vertragspartner verfolgen mit dem Modul Therapie mit Zepatier das Ziel der Steigerung der Behandlungsqualität von Versicherten mit einer chronischen Hepatitis C. Für den Erfolg der medikamentösen Therapie ist eine hohe Therapietreue notwendig. Durch den Einsatz von Informationsmaterialien und sogenannten Adhärenzhilfen soll der Versicherte in die Lage versetzt werden, das Medikamentenregime einzuhalten. Ziel ist es, die Anzahl der Therapieabschlüsse zu erhöhen und damit gleichzeitig die Abbruchquote im Rahmen der Therapie zu senken.

- (1) Nimmt der FACHARZT am AOK-Facharztprogramm Gastroenterologie teil und besitzt Erfahrung in der Durchführung der Therapie mit einem DAA („direct-acting antiviral agent“, direkt wirksame antivirale Substanz) von mindestens 5 Versicherten in Summe, davon mindestens 3 in den letzten 12 Monaten in der Praxis, kann er die Therapie unter Verwendung der zur Verfügung gestellten Materialien durchführen. Die MEDIVERBUND AG behält sich vor, die Erfahrung in der Behandlung mit DAA sowie das Vorliegen der Teilnahmeerklärungen der Patienten bzw. der Dokumentationen stichprobenweise zu überprüfen. Die AOK wird über die Ergebnisse der Prüfung informiert. Die Regelungen zur Möglichkeit der Prüfung der Teilnahmeerklärungen gemäß Anlage 6 Punkt 2.1.1 des Facharztvertrags bleiben unberührt.
- (2) Ist der FACHARZT zur Abrechnung der Pauschale P1b gemäß Anlage 12 berechtigt, kann der FACHARZT pro Patient die adäquate Einzelleistung „Aufklärungsgespräch Zepatier“ abrechnen, wenn

- a) bei dem Patienten eine gesicherte (G) chronische Virushepatitis C (ICD B18.2) vom Genotyp 1 oder 4 diagnostiziert wurde und
- b) folgende Leistungen erbracht wurden:
 1. Identifikation des Versicherten als geeigneter Patient für die Therapie mit Zepatier und die Adhärenz-Unterstützung nach fachlicher Einschätzung des FACHARZTES und einer Vorselektion (der Patient nimmt bereits am AOK-HausarztProgramm teil, ist adhärent und mindestens 18 Jahre alt).
 2. Einschreibung des Versicherten in das AOK-FacharztProgramm, falls noch keine Teilnahme an diesem vorliegt.
 3. Einschreibung des Versicherten in das Modul und Aufbewahrung der Teilnahmeerklärung (mind. 10 Jahre). Dem Patienten sind eine Kopie der Teilnahmeerklärung und ein Exemplar des Merkblatts auszuhändigen. Die Unterlagen sind auf den Internetseiten der MEDIVERBUND AG abrufbar.
 4. Bestimmung der Viruslast und bei Genotyp 1a möglicher RAV (Resistenz assoziierte Varianten).
 5. Durchführung eines Aufklärungsgesprächs unter Patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Adhärenzhilfen zur Erhöhung der Patientenadhärenz sowie Beratung und Hilfe bei der Umsetzung der Therapie. Die Betreuung und Motivation der Versicherten erfolgt durch den FACHARZT.
 6. Dokumentation der Testergebnisse und Entscheidungen mittels Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E) für das Aufklärungsgespräch.

Für das „Aufklärungsgespräch Zepatier“ wird eine der GOP Z1 bis Z7 entsprechend der Abrechnungshilfe auf der Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E) abgerechnet.

Bei Patienten mit Genotyp 1a wird der RAV-Test mit der GOP Z8 abgerechnet.

(3) Darüber hinaus ist der unter (1) und (2) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistungen „Adhärenzgespräch Zepatier“ berechtigt, wenn folgende Leistung zusätzlich erbracht wurde:

1. Durchführung eines Adhärenzgesprächs unter Patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Adhärenzhilfen zur Erhöhung der Patientenadhärenz sowie Beratung und Hilfe bei der Umsetzung der Therapie und ggf. auftretenden Nebenwirkungen. Die Betreuung und Motivation der Versicherten erfolgt durch den FACHARZT.
2. Dokumentation des Gesprächs und von Besonderheiten mittels Checkliste (Anlage E) für die Adhärenzgespräche.

Für die Durchführung des „Adhärenzgesprächs Zepatier“ wird die GOP Z9 abgerechnet. Bei einer zwölfwöchigen Therapie kann die GOP bis zu dreimal, bei einer 16-wöchigen Therapie bis zu viermal abgerechnet werden.

(4) Darüber hinaus ist der unter (1), (2) und (3) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistung „Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung“ berechtigt, wenn beim Teilnehmer eine solche Reaktivierung auftritt und folgende Leistung erbracht wurde:

1. Durchführung eines Beratungsgesprächs zur Fortsetzung der Hepatitis-C-Therapie mit anschließender Hepatitis-B-Therapie.

Für die „Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung“ wird die GOP Z10 abgerechnet.

(5) Darüber hinaus ist der unter (1), (2), (3) und (4) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistung „Abschlussgespräch Zepatier“ berechtigt, wenn der Teilnehmer die Therapie abgeschlossen hat und folgende Leistung zusätzlich erbracht wurde:

1. Prüfung der Viruslast 12 Wochen nach Therapieabschluss (SVR12).
2. Abschlussgespräch bei Vorliegen des Testergebnisses unter patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Materialien.

Für das „Abschlussgespräch Zepatier“ wird die GOP Z11 bei erreichter SVR oder die GOP Z12 bei nicht erreichter SVR abgerechnet.

- (6) Aus medizinischen Gründen ist nur eine einmalige Therapie pro Patient sinnvoll. Abrechnungstechnisch wird die Therapie einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung dargestellt. Die Vertragspartner behalten sich eine Überprüfung der Abrechnungen vor und werden eine Änderung in der Abrechnungslogik veranlassen, falls eine mehrmalige Therapie von Patienten über die wiederholte Abrechnung der GOPs auffällig wird.
- (7) Diese Vereinbarung zum Modul Therapie mit Zepatier gemäß diesem Anhang 5 zu Anlage 12 beginnt am 01.01.2018 und endet bei Beendigung des Vertrags gem. § 130a Abs. 8 bzw. 130c Abs. 1 SGB V, welcher zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Firma MSD über das Arzneimittel Zepatier® geschlossen wurde. Den Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrags wird die AOK Baden-Württemberg den Vertragspartnern unverzüglich mitteilen. In diesem Falle bedarf es keiner separaten Kündigung dieses Anhangs 5 zu Anlage 12. Darüber hinaus können die Vertragspartner diesen Anhang 5 zu Anlage 12 mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende kündigen. Andere Teile des AOK-Facharztprogramms Gastroenterologie werden hiervon nicht berührt. Die GOP gem. Abs. 5 können nach Vertragsende nicht mehr abgerechnet werden.

Anlagen

Anlage A zu Anhang 5 zu Anlage 12: Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Zepatier für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Anlage B zu Anhang 5 zu Anlage 12: Merkblatt zum Modul Therapie mit Zepatier für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Anlage C zu Anhang 5 zu Anlage 12: Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Zepatier für Versicherte der Bosch BKK

Anlage D zu Anhang 5 zu Anlage 12: Merkblatt zum Modul Therapie mit Zepatier für Versicherte der Bosch BKK

Anlage E zu Anhang 5 zu Anlage 12: Checklisten für Aufklärungsgespräch und Adhärenzgespräche sowie Dokumentations- und Abrechnungshilfe

**Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Zepatier
bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer
des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie**

**Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-
Württemberg, dass**

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Zepatier informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Zepatier (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung ein Facharztwechsel, welcher für die Behandlung innerhalb des Moduls verantwortlich ist, nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Es ist erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

**Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Zepatier
bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer
des AOK-FacharztProgramms Gastroenterologie**

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Zepatier informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Zepatier (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung ein Facharztwechsel, welcher für die Behandlung innerhalb des Moduls verantwortlich ist, nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Es ist erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- nach der Zusammenführung mit anderen Daten der AOK Baden-Württemberg für alle weiteren Schritte zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke nur pseudonymisierte Daten verwendet werden. Diese erlauben keine Zuordnung zu meiner Person. Weitere Informationen können dem zugehörigen Merkblatt entnommen werden.

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Exemplar für den Arzt

Merkblatt zum Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer am AOK-FacharztProgramm

Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C – was ist das?

Mit dem AOK-FacharztProgramm wollen die AOK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel des Moduls zur Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C im AOK-FacharztProgramm (im Folgenden: Modul) ist es, die Betreuung von Patienten mit Hepatitis C in besonderer Qualität zu gewährleisten und individuelle Unterstützung bei der Therapie durch Ihren gewählten Facharzt zu ermöglichen.

Ihr Arzt wählt die für Sie passende Therapie aus. In Abhängigkeit vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus und weiteren patientenindividuellen Faktoren stehen dabei verschiedene Arzneimittel mit vergleichbar hoher Wirksamkeit zur Verfügung. In diesem Fall sind für Ihren Arzt die Kosten der Therapie ein Aspekt bei der Auswahl Ihrer Therapie. Für das Arzneimittel Zepatier mit den Wirkstoffen Elbasvir und Grazoprevir entstehen geringere Kosten als für andere Arzneimittel dieser Substanzgruppe. Durch diese Einsparungen im Arzneimittelbereich können Zusatzleistungen für unsere Versicherten in den Selektivverträgen refinanziert werden. Wir danken Ihnen, dass Sie uns auf diesem Weg unterstützen.

Während der Therapie werden Sie engmaschig durch Ihren Arzt betreut. Das ist notwendig, um mögliche Nebenwirkungen überwachen und Entscheidungen zum Verlauf der Therapie treffen zu können. Ihre Teilnahme am exklusiven Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie wählen Ihren Facharzt verbindlich bis zum Ende der Therapie. Das Therapieende wird von Ihrem Facharzt festgelegt.
- Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Bei einem begründeten Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Facharztes) suchen Sie den von Ihrem Facharzt benannten Vertretungsarzt auf.
- Teilnehmen können alle Versicherten der AOK, die am AOK-HausarztProgramm teilnehmen und mindestens 18 Jahre alt sind.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das Modul ermöglicht Ihnen und Ihrem Arzt eine besondere Unterstützung bei der Therapie der chronischen Hepatitis C und eine intensivere Betreuung sowie individuelle Begleitung während Ihrer Therapie. Ihr Arzt kann sich mehr Zeit für Ihre Begleitung nehmen und Sie mit verständlichen Informationen bei der Therapie unterstützen.

Taggleich zur Einschreibung im Modul kann die Behandlung gemäß Modul erfolgen.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie in der Praxis eines am AOK-FacharztProgramm im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Facharztes mit Erfahrung in der Therapie der chronischen Hepatitis C ausfüllen und abgeben. Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme am Modul wählen Sie einen Ihrer Fachärzte des Vertrauens und die Teilnahme am Modul bis zum Ende der Therapie.

Der Arzt händigt Ihnen eine Kopie der von Ihnen und Ihrem Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärung aus. Ein zweites Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt bei Ihrem Facharzt. Ihre Teilnahme am Modul beginnt sofort. Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt, wann Ihre Behandlung startet. Sie erhalten kein gesondertes Begrüßungsschreiben zur Teilnahme am Modul.

Wenn Sie sich nicht für das Modul entscheiden und bereits am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wird Ihr Arzt Sie nach den dort festgelegten hohen Qualitätskriterien behandeln. Sie bleiben wie gewohnt Teilnehmer/in in der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm).

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihren Arzt oder die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung und Facharztwechsel

Ihre Behandlung dauert in der Regel maximal 16 Wochen. Mit dem Therapieende endet automatisch auch Ihre Teilnahme am Modul. Sie können Ihre

Teilnahme am Modul auch vor Therapieende ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrem Arzt oder der AOK kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung wirksam. Endet die Therapie nicht und erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Ein Wechsel des Facharztes müssen Sie der AOK mit Begründung in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.

Die AOK kann Ihre Teilnahme am Modul kündigen, wenn Sie wiederholt gegen Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen für das Hausarztprogramm und Facharztprogramm nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Modul.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung durch die AOK für das AOK-Facharztprogramm und das Modul geregelt.

Für die Teilnahme am Modul ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, u. a. da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, -übermittlungs-, -speicherungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden sind.

Damit Sie sofort die Vorteile des Moduls nutzen können, kann der Facharzt, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Modul im AOK-Facharztprogramm realisieren. Damit wird ein sofortiger Behandlungsbeginn ermöglicht. Sie willigen in die datenschutzkonforme Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren, sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig.

Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am

Modul sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen.

Darüber hinaus ist im Fall eines Arztwechsels während der Therapie mit Zepatier eine Weiterleitung Ihrer Behandlungsdaten von Ihrem aktuellen Facharzt zum neuen Facharzt notwendig. Hierfür entbinden Sie Ihren Facharzt von seiner Schweigepflicht.

Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die AOK und andere Stellen erfolgt nicht.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Ihr gewählter Facharzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten datenschutzkonform als verschlüsselten elektronischen Datensatz an die AOK und MEDIVERBUND AG zu Abrechnungszwecken. Zusätzlich helfen diese Daten der AOK, Versicherte bei Bedarf zu beraten. Für Ihre Teilnahme am Modul wird **kein** weiteres Merkmal im Datensatz aufgenommen und übermittelt. Ihre Teilnahme ist nur aus den im nächsten Absatz beschriebenen Gebührenordnungspositionen abzulesen, die der Managementgesellschaft und der AOK übermittelt werden.

Zusätzliche Datenerhebung bei der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt im AOK-Facharztprogramm über sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP).

Die GOP für die Abrechnung des Moduls wurden anhand unterschiedlicher Parameter der Erkrankung Hepatitis C aufgeschlüsselt. Das heißt abhängig von Ihren medizinischen Merkmalen werden unterschiedliche GOP abgerechnet.

Hierbei werden sowohl genaue Merkmale übermittelt als auch gruppierte Informationen. Dies betrifft als genaue Übermittlung den Genotyp Ihres Hepatitis C-Virus (Genotyp 1a, 1b oder 4) und die mögliche Reaktivierung einer bestehenden Hepatitis B-Infektion. Als gruppierte Informationen sind die Viruslast vor Beginn der Therapie ($>$ oder \leq 800.000 IE/ml), die sogenannten Resistenz-assoziierten Varianten des Virus (RAV; vorhanden oder nicht vorhanden) und der Abschluss Ihrer Therapie (kein Virus mehr nachweisbar oder Virus noch nachweisbar) betroffen.

Diese zusätzlichen Daten werden gemäß § 295a SGB V über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG an die AOK übermittelt. Dieser Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung stimmen Sie mit Ihrer Teilnahmeerklärung zu.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der AOK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der AOK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also insbesondere nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben.

Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen),

Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Rehamaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen etc.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt.

Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der AOK der Personenbezug zu Ihren Daten wiederhergestellt.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Modul ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Medikament Zepatier, mit dem Sie im Rahmen des Moduls behandelt werden, ist ein neues, innovatives Arzneimittel, das seine Wirksamkeit und Sicherheit bei der Zulassung bewiesen hat. In Zulassungsstudien wird jedoch oft durch sogenannte Ausschlusskriterien eine eher untypische Patientenauswahl getroffen. Ein weiteres Ziel des Moduls ist es daher, die übermittelten Daten mit denen der Zulassungsstudie zu vergleichen.

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität des HausarztProgramms und FacharztProgramms, dem das Modul angefügt ist, werden diese durch unabhängige Forschungsinstitute (z. B. Universitäten) wissenschaftlich begleitet und regelmäßig bewertet. Zu diesem Zweck benötigen diese Institute Ihre Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z. B. Alter oder Geschlecht). Die AOK übermittelt diese Daten ausschließlich in pseudonymisierter, fallbezogener Form, d. h. für die Institute ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Modul erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme am Modul.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Modul sowie im AOK-HausarztProgramm und AOK-FacharztProgramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung

Verantwortlicher für die Durchführung des AOK-FacharztProgramms:

AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
Telefon: 0711 2593-0
E-Mail: info@bw.aok.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) der AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
E-Mail: datenschutz@bw.aok.de

3. Welche Daten werden innerhalb des AOK FacharztProgrammes verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm werden folgende Daten von Ihrem/r Haus- und/oder Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am AOK-Hausarzt/-FacharztProgramm

Diese Daten werden elektronisch zunächst an die Managementgesellschaft und von dort elektronisch an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5, § 73c a.F. i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG
Näheres zur Managementgesellschaft finden Sie unter www.medi-verbund.de.

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten von Ihrem/r behandelnden Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in für die AOK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs.
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern (Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 2 dieses Merkblatts.)
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der/die Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend an die AOK Baden-Württemberg. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist eine entsprechende Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/in ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der AOK. Die Verarbeitung bei der AOK erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des AOK-Facharztprogrammes (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Soweit gesetzlich zulässig, verarbeitet die AOK die genannten Daten zusätzlich für eine wissenschaftliche Begleitung. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 3 dieses Merkblattes.

Die jeweils aktuell beauftragten Forschungsinstitute sind auf der Internetseite <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/aok-facharztprogramm/> abrufbar.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-Facharztprogramm.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15
E-Mail: poststelle@fdi.bwl.de

Stand: Juli 2020



**Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Zepatier
bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer
des FacharztProgramms Gastroenterologie**

Nur für Bosch BKK-Facharztprogramm!

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich am FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Zepatier informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Zepatier (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch-BKK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am HausarztProgramm meine Teilnahme am FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) zur Niederschrift oder schriftlich bei meinem Facharzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am FacharztProgramm.
- während der Behandlung ein Facharztwechsel, welcher für die Behandlung innerhalb des Moduls verantwortlich ist, nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der Bosch BKK schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Es ist erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut weiterleiten kann, damit dieses mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV und FAV befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Eine Befragung zum Modul findet nicht statt.

Exemplar für den Patienten

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Zepatier
bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer
des FacharztProgramms Gastroenterologie**

Nur für Bosch BKK-Facharztprogramm!

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich am FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Zepatier informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Zepatier (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch-BKK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am HausarztProgramm meine Teilnahme am FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) zur Niederschrift oder schriftlich bei meinem Facharzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am FacharztProgramm.
- während der Behandlung ein Facharztwechsel, welcher für die Behandlung innerhalb des Moduls verantwortlich ist, nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der Bosch BKK schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Es ist erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut weiterleiten kann, damit dieses mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV und FAV befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Eine Befragung zum Modul findet nicht statt.

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten/gesetzlichen Vertreters/Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**BOSCH****BKK**

Merkblatt zum Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer am FacharztProgramm

Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C – was ist das?

Mit dem FacharztProgramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel des Moduls zur Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C im FacharztProgramm (im Folgenden: Modul) ist es, die Betreuung von Patienten mit Hepatitis C in besonderer Qualität zu gewährleisten und individuelle Unterstützung bei der Therapie durch Ihren gewählten Facharzt zu ermöglichen.

Ihr Arzt wählt die für Sie passende Therapie aus. In Abhängigkeit vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus und weiteren patientenindividuellen Faktoren stehen dabei verschiedene Arzneimittel mit vergleichbar hoher Wirksamkeit zur Verfügung. In diesem Fall sind für Ihren Arzt die Kosten der Therapie ein Aspekt bei der Auswahl Ihrer Therapie. Für das Arzneimittel Zepatier mit den Wirkstoffen Elbasvir und Grazoprevir entstehen geringere Kosten als für andere Arzneimittel dieser Substanzgruppe. Durch diese Einsparungen im Arzneimittelbereich können Zusatzleistungen für unsere Versicherten in den Selektivverträgen refinanziert werden. Wir danken Ihnen, dass Sie uns auf diesem Weg unterstützen.

Während der Therapie werden Sie engmaschig durch Ihren Arzt betreut. Das ist notwendig, um mögliche Nebenwirkungen überwachen und Entscheidungen zum Verlauf der Therapie treffen zu können. Ihre Teilnahme am exklusiven Modul Therapie mit Zepatier bei chronischer Hepatitis C ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie wählen Ihren Facharzt verbindlich bis zum Ende der Therapie. Das Therapieende wird von Ihrem Facharzt festgelegt.
- Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Bei einem begründeten Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am FacharztProgramm der Bosch BKK teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Facharztes) suchen Sie den von Ihrem Facharzt benannten Vertretungsarzt auf.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am HausarztProgramm teilnehmen und mindestens 18 Jahre alt sind.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das Modul ermöglicht Ihnen und Ihrem Arzt eine besondere Unterstützung bei der Therapie der chronischen Hepatitis C und eine intensivere Betreuung sowie individuelle Begleitung während Ihrer Therapie. Ihr Arzt kann sich mehr Zeit für Ihre Begleitung nehmen und Sie mit verständlichen Informationen bei der Therapie unterstützen.

Taggleich zur Einschreibung im Modul kann die Behandlung gemäß Modul erfolgen.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie in der Praxis eines am FacharztProgramm im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Facharztes mit Erfahrung in der Therapie der chronischen Hepatitis C ausfüllen und abgeben. Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme am Modul wählen Sie einen Ihrer Fachärzte des Vertrauens und die Teilnahme am Modul bis zum Ende der Therapie.

Der Arzt händigt Ihnen eine Kopie der von Ihnen und Ihrem Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärung aus. Ein zweites Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt bei Ihrem Facharzt. Ihre Teilnahme am Modul beginnt sofort. Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt, wann Ihre Behandlung startet. Sie erhalten kein gesondertes Begrüßungsschreiben zur Teilnahme am Modul.

Wenn Sie sich nicht für das Modul entscheiden und bereits am FacharztProgramm teilnehmen, wird Ihr Arzt Sie nach den dort festgelegten hohen Qualitätskriterien behandeln. Sie bleiben wie gewohnt Teilnehmer/in in der hausarztzentrierten Versorgung (HausarztProgramm) und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (FacharztProgramm).

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihren Arzt oder die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung und Facharztwechsel

Ihre Behandlung dauert in der Regel maximal 16 Wochen. Mit dem Therapieende endet automatisch auch

Ihre Teilnahme am Modul. Sie können Ihre Teilnahme am Modul auch vor Therapieende ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrem Arzt oder der Bosch BKK kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung wirksam. Endet die Therapie nicht und erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Ein Wechsel des Facharztes müssen Sie der Bosch BKK mit Begründung schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Zepatier zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am FacharztProgramm der Bosch BKK teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Modul kündigen, wenn Sie wiederholt gegen Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen für das HausarztProgramm und FacharztProgramm nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Modul.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung durch die Bosch BKK für das FacharztProgramm und das Modul geregelt.

Für die Teilnahme am Modul ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, u. a. da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, -übermittlungs-, -speicherungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden sind. Damit Sie sofort die Vorteile des Moduls nutzen können, kann der Facharzt, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Modul im FacharztProgramm realisieren. Damit wird ein sofortiger Behandlungsbeginn ermöglicht. Sie willigen in die datenschutzkonforme Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren, sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, Ihre Meinung zum HausarztProgramm und FacharztProgramm zu erfahren. Nur so ist es möglich, Ihre Wünsche und Erfahrungen in die Verbesserung der Versorgungsverträge einzubringen.

Zu diesem Zweck werden Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ggf. an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut

übermittelt, nicht jedoch Ihre Teilnahme am Modul. Die Befragung umfasst nur Ihre Meinung zum HausarztProgramm und zum FacharztProgramm. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, dem anstehenden Telefonat zu widersprechen. Ihre Teilnahme an einer Befragung ist freiwillig. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig.

Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Modul sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen.

Darüber hinaus ist im Fall eines Arztwechsels während der Therapie mit Zepatier eine Weiterleitung Ihrer Behandlungsdaten von Ihrem aktuellen Facharzt zum neuen Facharzt notwendig. Hierfür entbinden Sie Ihren Facharzt von seiner Schweigepflicht.

Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Ihr gewählter Facharzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten datenschutzkonform als verschlüsselten elektronischen Datensatz an die Bosch BKK und MEDIVERBUND AG zu Abrechnungszwecken. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Versicherte bei Bedarf zu beraten. Für Ihre Teilnahme am Modul wird **kein** weiteres Merkmal im Datensatz aufgenommen und übermittelt. Ihre Teilnahme ist nur aus den im nächsten Absatz beschriebenen Gebührenordnungspositionen abzulesen, die der Managementgesellschaft und der Bosch BKK übermittelt werden.

Zusätzliche Datenerhebung bei der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt im Bosch BKK-FacharztProgramm über sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP).

Die GOP für die Abrechnung des Moduls wurden anhand unterschiedlicher Parameter der Erkrankung Hepatitis C aufgeschlüsselt. Das heißt abhängig von Ihren medizinischen Merkmalen werden unterschiedliche GOP abgerechnet.

Hierbei werden sowohl genaue Merkmale übermittelt als auch gruppierte Informationen. Dies betrifft als genaue Übermittlung den Genotyp Ihres Hepatitis C-Virus (Genotyp 1a, 1b oder 4) und die mögliche Reaktivierung einer bestehenden Hepatitis B-Infektion. Als gruppierte Informationen sind die Viruslast vor Beginn der Therapie ($>$ oder \leq 800.000 IE/ml), die sogenannten Resistenz-assoziierten Varianten des Virus (RAV; vorhanden oder nicht vorhanden) und der Abschluss Ihrer Therapie (kein Virus mehr nachweisbar oder Virus noch nachweisbar) betroffen.

Diese zusätzlichen Daten werden gemäß §295a SGB V über die Managementgesellschaft MEDIVER-BUND AG an die Bosch BKK übermittelt. Dieser Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung stimmen Sie mit Ihrer Teilnahmeerklärung zu.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Modul sowie im HausarztProgramm und FacharztProgramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am FacharztProgramm.

12/2017

Checkliste Aufklärungsgespräch

Name Patient _____



BOSCH



Vom Arzt auszufüllen

Einschlusskriterien

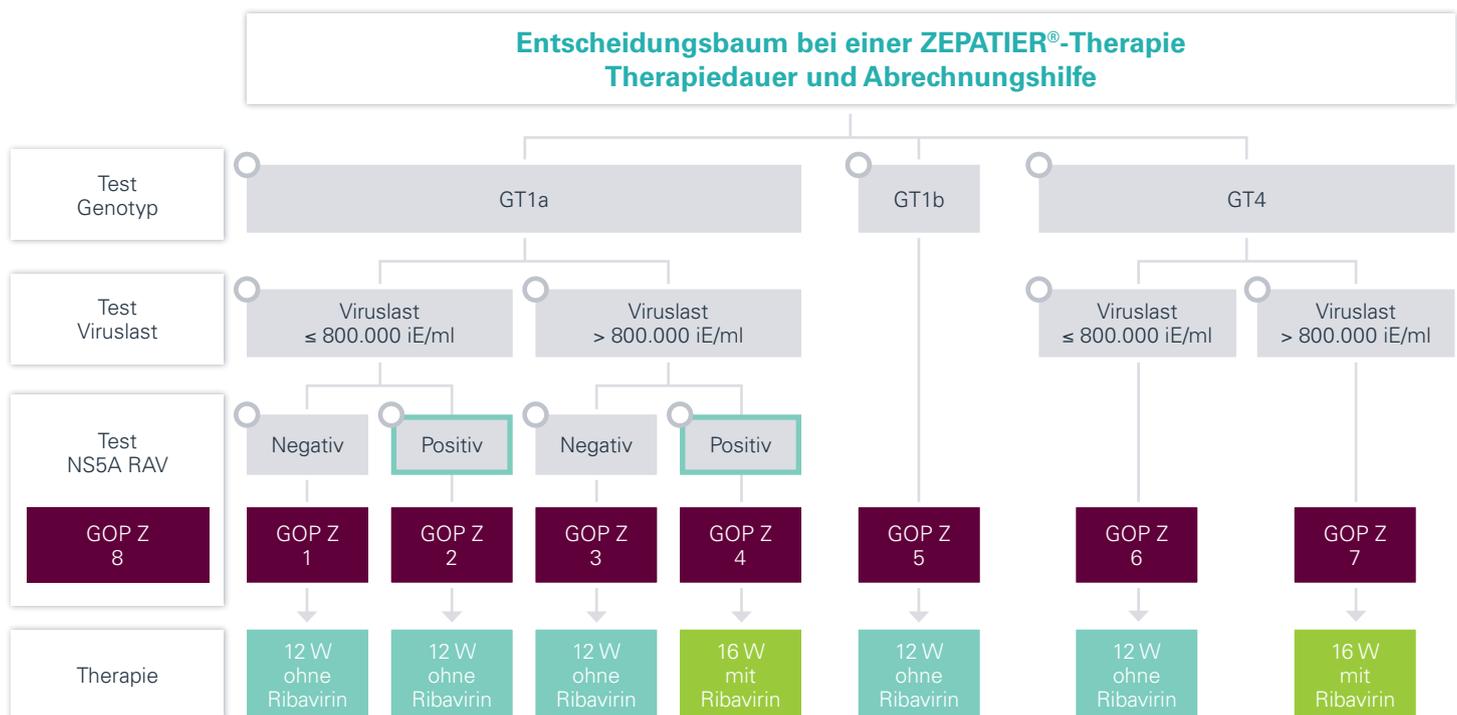
- chronische Hepatitis C, gesichert (HCV RNA)
- Genotyp 1a, 1b oder 2
- mind. 18 Jahre
- HZV-Teilnehmer
- Adhärenz erwartet

Ausschlusskriterien

- HCV-Genotypen 2, 3, 5 oder 6
- Child-Pugh B oder C
- Gleichzeitige Anwendung mit OATP1B-Inhibitoren (z. B. Rifampicin, Atazanavir, Darunavir, Lopinavir, Saquinavir, Tipranavir, Cobicistat oder Ciclosporin)
- Gleichzeitige Anwendung mit CYP3A- oder P-gp-Induktoren (z. B. Efavirenz, Phenytoin, Carbamazepin, Bosentan, Etravirin, Modafinil oder Johanniskraut (Hypericum perforatum) CAVE OTC!)
- Gleichzeitige Anwendung mit starken CYP3A-Inhibitoren ist **nicht empfohlen**

Aufklärung chronische Hepatitis C

- Bedeutung der Adhärenz/Therapietreue
- Informationen zur Therapie mit ZEPATIER®
- Notwendigkeit Blutuntersuchung und Virustest
- Dauer der Therapie
- Notwendigkeit der Hepatitis B-Bestimmung vor Therapiebeginn
- Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen (Hinweis wegen OTC Johanniskraut!)
- Umgang mit Erbrechen nach Tabletteneinnahme oder vergessener Tablette
- Interaktionscheck mit anderen Arzneimitteln und Aufklärung (siehe aktuelle Fachinformation) ggf. Notwendigkeit der Kombination mit Ribavirin
 - ↳ inkl. Empfängnisverhütung, etc. (laut Fachinformation Ribavirin)
- Abgabe der Patientenmappe mit Informationsmaterialien**



Checkliste Adhärenzgespräche

Name Patient _____



BOSCH

BKK

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz

Nebenwirkungen keine folgende

erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung (z. B. verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Angst, Depression, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen)

Andere Gründe

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz

Nebenwirkungen keine folgende

erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung (z. B. verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Angst, Depression, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen)

Andere Gründe

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz

Nebenwirkungen keine folgende

erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung (z. B. verminderter Appetit, Schlaflosigkeit, Angst, Depression, Kopfschmerz, Schwindel, Übelkeit, Durchfall, Erbrechen)

Andere Gründe



Eine Untersuchung auf eine HBV Infektion sollte bei allen Patienten vor Beginn der Behandlung durchgeführt werden. HBV/HCV koinfizierte Patienten haben das Risiko einer HBV Reaktivierung und sollten nach den aktuellen klinischen Leitlinien überwacht und behandelt werden.

Vereinbarung zum Modul Therapie mit Maviret

Durch das AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie wird eine verbesserte ambulante gastroenterologische Versorgung realisiert.

Die Vertragspartner verfolgen mit dem Modul Therapie mit Maviret das Ziel der Steigerung der Behandlungsqualität von Versicherten mit einer chronischen Hepatitis C. Für den Erfolg der medikamentösen Therapie ist eine hohe Therapietreue notwendig. Durch den Einsatz von Informationsmaterialien und sogenannten Adhärenzhilfen soll der Versicherte in die Lage versetzt werden, das Medikamentenregime einzuhalten. Ziel ist es, die Anzahl der Therapieabschlüsse zu erhöhen und damit gleichzeitig die Abbruchquote im Rahmen der Therapie zu senken.

- (1) Nimmt der FACHARZT am AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie teil und besitzt Erfahrung in der Durchführung der Therapie mit einem DAA („direct-acting antiviral agent“, direkt wirksame antivirale Substanz) von mindestens 5 Versicherten in Summe, davon mindestens 3 in den letzten 12 Monaten in der Praxis, kann er die Therapie unter Verwendung der zur Verfügung gestellten Materialien durchführen. Die MEDIVERBUND AG behält sich vor, die Erfahrung in der Behandlung mit DAA sowie das Vorliegen der Teilnahmeerklärungen der Patienten bzw. der Dokumentationen stichprobenweise zu überprüfen. Die AOK wird über die Ergebnisse der Prüfung informiert. Die Regelungen zur Möglichkeit der Prüfung der Teilnahmeerklärungen gemäß Anlage 6 Punkt 2.1.1 des Facharztvertrags bleiben unberührt.
- (2) Ist der FACHARZT zur Abrechnung der Pauschale P1b gemäß Anlage 12 berechtigt, kann der FACHARZT pro Patient die adäquate Einzelleistung „Aufklärungsgespräch Maviret“ abrechnen, wenn

- a) bei dem Patienten eine gesicherte (G) chronische Virushepatitis C (ICD B18.2) vom Genotyp 1 bis 6 diagnostiziert wurde und
- b) folgende Leistungen erbracht wurden:
 1. Identifikation des Versicherten als geeigneter Patient für die Therapie mit Maviret und die Adhärenz-Unterstützung nach fachlicher Einschätzung des FACHARZTES und einer Vorselektion (der Patient nimmt bereits am AOK-HausarztProgramm teil, ist adhärent und mindestens 12 Jahre alt).
 2. Einschreibung des Versicherten in das AOK-FacharztProgramm, falls noch keine Teilnahme an diesem vorliegt.
 3. Einschreibung des Versicherten in das Modul und Aufbewahrung der Teilnahmeerklärung (mind. 10 Jahre). Dem Patienten sind eine Kopie der Teilnahmeerklärung und ein Exemplar des Merkblatts auszuhändigen. Die Unterlagen sind auf den Internetseiten der MEDIVERBUND AG abrufbar.
 4. Bestimmung des Genotyps und genotypspezifische Therapie gemäß Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E).
 5. Durchführung eines Aufklärungsgesprächs unter Patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Adhärenzhilfen zur Erhöhung der Patientenadhärenz sowie Beratung und Hilfe bei der Umsetzung der Therapie. Die Betreuung und Motivation der Versicherten erfolgt durch den FACHARZT.
 6. Dokumentation der Testergebnisse und Entscheidungen mittels Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E) für das Aufklärungsgespräch.

Für das „Aufklärungsgespräch Maviret“ wird eine der GOP M1 bis M6 oder M13 oder M20 bis M34 entsprechend der Abrechnungshilfe auf der Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E) abgerechnet. Die GOP M1, M2, M4, M7, M8, M10, M20, M21, M23, M26, M27 und M29 (für HCV Genotyp 1 bzw. 4) können aus Gründen der rationalen Pharmakotherapie nur abgerechnet werden, wenn medizinische Ausschlussgründe gegen eine Therapie mit Zepatier sprechen.

- (3) Darüber hinaus ist der unter (1) und (2) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistungen „Adhärenzgespräch Maviret“ berechtigt, wenn folgende Leistung zusätzlich erbracht wurde:

1. Durchführung eines Adhärenzgesprächs unter Patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Adhärenzhilfen zur Erhöhung der Patientenadhärenz sowie Beratung und Hilfe bei der Umsetzung der Therapie und ggf. auftretenden Nebenwirkungen. Die Betreuung und Motivation der Versicherten erfolgt durch den FACHARZT.
2. Dokumentation des Gesprächs und von Besonderheiten mittels Checkliste (Anlage E) für die Adhärenzgespräche.

Für die Durchführung des „Adhärenzgesprächs Maviret“ wird die GOP M16 abgerechnet. Bei einer achtwöchigen Therapie kann die GOP bis zu zweimal, bei einer zwölfwöchigen Therapie bis zu dreimal und bei einer 16-wöchigen Therapie bis zu viermal abgerechnet werden.

- (4) Darüber hinaus ist der unter (1), (2) und (3) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistung „Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung“ berechtigt, wenn beim Teilnehmer eine solche Reaktivierung auftritt und folgende Leistung erbracht wurde:

1. Durchführung eines Beratungsgesprächs zur Fortsetzung der Hepatitis-C-Therapie mit anschließender Hepatitis-B-Therapie.

Für die „Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung“ wird die GOP M17 abgerechnet.

- (5) Darüber hinaus ist der unter (1), (2), (3) und (4) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistung „Abschlussgespräch Maviret“ berechtigt, wenn der Teilnehmer die Therapie abgeschlossen hat und folgende Leistung zusätzlich erbracht wurde:

1. Prüfung der Viruslast 12 Wochen nach Therapieabschluss (SVR12).
2. Abschlussgespräch bei Vorliegen des Testergebnisses unter patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Materialien.

Für das „Abschlussgespräch Maviret“ wird die GOP M18 bei erreichter SVR oder die GOP M19 bei nicht erreichter SVR abgerechnet.

- (6) Aus medizinischen Gründen ist nur eine einmalige Therapie pro Patient sinnvoll. Abrechnungstechnisch wird die Therapie einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung dargestellt. Die Vertragspartner behalten sich eine Überprüfung der Abrechnungen vor und werden eine Änderung in der Abrechnungslogik veranlassen, falls eine mehrmalige Therapie von Patienten über die wiederholte Abrechnung der GOPs auffällig wird.
- (7) Diese Vereinbarung zum Modul Therapie mit Maviret gemäß diesem Anhang 6 zu Anlage 12 beginnt am 01.04.2019 und endet bei Beendigung des Vertrags gem. § 130a Abs. 8 bzw. 130c Abs. 1 SGB V, welcher zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Firma AbbVie über das Arzneimittel Maviret® geschlossen wurde. Den Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrags wird die AOK Baden-Württemberg den Vertragspartnern unverzüglich mitteilen. In diesem Falle bedarf es keiner separaten Kündigung dieses Anhangs 6 zu Anlage 12. Darüber hinaus können die Vertragspartner diesen Anhang 6 zu Anlage 12 mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende kündigen. Andere Teile des AOK-Facharztprogramms Gastroenterologie werden hiervon nicht berührt. Die GOP gem. Abs. 5 können nach Vertragsende nicht mehr abgerechnet werden.

Anlagen

Anlage A zu Anhang 6 zu Anlage 12: Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Maviret für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Anlage B zu Anhang 6 zu Anlage 12: Merkblatt zum Modul Therapie mit Maviret für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Anlage C zu Anhang 6 zu Anlage 12: Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Maviret für Versicherte der Bosch BKK

Anlage D zu Anhang 6 zu Anlage 12: Merkblatt zum Modul Therapie mit Maviret für Versicherte der Bosch BKK

Anlage E zu Anhang 6 zu Anlage 12: Checklisten für Aufklärungsgespräch und Adhärenzgespräche sowie Dokumentations- und Abrechnungshilfe

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Maviret® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Maviret® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung mit Maviret® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- nach der Zusammenführung mit anderen Daten der AOK Baden-Württemberg für alle weiteren Schritte zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke nur pseudonymisierte Daten verwendet werden. Diese erlauben keine Zuordnung zu meiner Person. Weitere Informationen können dem zugehörigen Merkblatt entnommen werden.

Exemplar für den Patienten

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Maviret® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Maviret® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung mit Maviret® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- nach der Zusammenführung mit anderen Daten der AOK Baden-Württemberg für alle weiteren Schritte zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke nur pseudonymisierte Daten verwendet werden. Diese erlauben keine Zuordnung zu meiner Person. Weitere Informationen können dem zugehörigen Merkblatt entnommen werden.

Exemplar für den Arzt

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Ordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Merkblatt zum Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer am AOK-FacharztProgramm

Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C – was ist das?

Mit dem AOK-FacharztProgramm wollen die AOK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel des Moduls zur Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C im AOK-FacharztProgramm (im Folgenden: Modul) ist es, die Betreuung von Patienten mit Hepatitis C in besonderer Qualität zu gewährleisten und individuelle Unterstützung bei der Therapie durch Ihren gewählten Facharzt zu ermöglichen.

Ihr Arzt wählt die für Sie passende Therapie aus. In Abhängigkeit vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus und weiteren patientenindividuellen Faktoren stehen dabei verschiedene Arzneimittel mit vergleichbar hoher Wirksamkeit zur Verfügung. In diesem Fall sind für Ihren Arzt die Kosten der Therapie ein Aspekt bei der Auswahl Ihrer Therapie. Für das Arzneimittel Maviret® mit den Wirkstoffen Glecaprevir und Pibrentasvir entstehen geringere Kosten als für andere Arzneimittel dieser Substanzgruppe. Durch diese Einsparungen im Arzneimittelbereich können Zusatzleistungen für unsere Versicherten in den Selektivverträgen refinanziert werden. Wir danken Ihnen, dass Sie uns auf diesem Weg unterstützen.

Während der Therapie werden Sie engmaschig durch Ihren Arzt betreut. Das ist notwendig, um mögliche Nebenwirkungen überwachen und Entscheidungen zum Verlauf der Therapie treffen zu können. Ihre Teilnahme am exklusiven Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie wählen Ihren Facharzt verbindlich bis zum Ende der Therapie. Das Therapieende wird von Ihrem Facharzt festgelegt.
- Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Bei einem begründeten Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Facharztes) suchen Sie den von Ihrem Facharzt benannten Vertretungsarzt auf.
- Teilnehmen können alle Versicherten der AOK, die am AOK-HausarztProgramm teilnehmen und mindestens 12 Jahre alt sind.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das Modul ermöglicht Ihnen und Ihrem Arzt eine besondere Unterstützung bei der Therapie der chronischen Hepatitis C und eine intensivere Betreuung sowie individuelle Begleitung während Ihrer Therapie. Ihr Arzt kann sich mehr Zeit für Ihre Behandlungsbegleitung nehmen und Sie mit verständlichen Informationen bei der Therapie unterstützen. Taggleich zur Einschreibung im Modul kann die Behandlung gemäß Modul erfolgen.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie in der Praxis eines am AOK-FacharztProgramm im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Facharztes mit Erfahrung in der Therapie der chronischen Hepatitis C ausfüllen und abgeben. Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme am Modul wählen Sie einen Ihrer Fachärzte des Vertrauens und die Teilnahme am Modul bis zum Ende der Therapie.

Der Arzt händigt Ihnen eine Kopie der von Ihnen und Ihrem Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärung aus. Ein zweites Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt bei Ihrem Facharzt. Ihre Teilnahme am Modul beginnt sofort. Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt, wann Ihre Behandlung startet. Sie erhalten kein gesondertes Begrüßungsschreiben zur Teilnahme am Modul.

Wenn Sie sich nicht für das Modul entscheiden und bereits am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wird Ihr Arzt Sie nach den dort festgelegten hohen Qualitätskriterien behandeln. Sie bleiben wie gewohnt Teilnehmer/in in der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm).

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihren Arzt oder die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung und Facharztwechsel

Ihre Behandlung dauert in der Regel maximal 16 Wochen. Mit dem Therapieende endet automatisch auch Ihre Teilnahme am Modul. Sie können Ihre

Teilnahme am Modul auch vor Therapieende ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrem Arzt oder der AOK kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung wirksam. Endet die Therapie nicht und erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Ein Wechsel des Facharztes müssen Sie der AOK mit Begründung in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.

Die AOK kann Ihre Teilnahme am Modul kündigen, wenn Sie wiederholt gegen Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen für das Hausarztprogramm und Facharztprogramm nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Modul.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung durch die AOK für das AOK-Facharztprogramm und das Modul geregelt.

Für die Teilnahme am Modul ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, u. a. da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, -übermittlungs-, -speicherungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden sind.

Damit Sie sofort die Vorteile des Moduls nutzen können, kann der Facharzt, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Modul im AOK-Facharztprogramm realisieren. Damit wird ein sofortiger Behandlungsbeginn ermöglicht. Sie willigen in die datenschutzkonforme Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren, sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig.

Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am

Modul sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen.

Darüber hinaus ist im Fall eines Arztwechsels während der Therapie mit Maviret® eine Weiterleitung Ihrer Behandlungsdaten von Ihrem aktuellen Facharzt zum neuen Facharzt notwendig. Hierfür entbinden Sie Ihren Facharzt von seiner Schweigepflicht.

Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die AOK und andere Stellen erfolgt nicht.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Ihr gewählter Facharzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten datenschutzkonform als verschlüsselten elektronischen Datensatz an die AOK und MEDIVERBUND AG zu Abrechnungszwecken. Zusätzlich helfen diese Daten der AOK, Versicherte bei Bedarf zu beraten. Für Ihre Teilnahme am Modul wird **kein** weiteres Merkmal im Datensatz aufgenommen und übermittelt. Ihre Teilnahme ist nur aus den im nächsten Absatz beschriebenen Gebührenordnungspositionen abzulesen, die der Managementgesellschaft und der AOK übermittelt werden.

Zusätzliche Datenerhebung bei der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt im AOK-Facharztprogramm über sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP).

Die GOP für die Abrechnung des Moduls wurden anhand unterschiedlicher Parameter der Erkrankung Hepatitis C aufgeschlüsselt. Das heißt abhängig von Ihren medizinischen Merkmalen werden unterschiedliche GOP abgerechnet.

Hierbei werden sowohl genaue Merkmale übermittelt als auch gruppierte Informationen. Dies betrifft als genaue Übermittlung den Genotyp Ihres Hepatitis-C-Virus und die mögliche Reaktivierung einer bestehenden Hepatitis B-Infektion. Kategorisierte Informationen umfasst der Abschluss Ihrer Therapie (kein Virus mehr nachweisbar oder Virus noch nachweisbar), Vorliegen einer Leberzirrhose (keine Zirrhose oder eine sog. kompensierte Zirrhose) sowie etwaige Hepatitis C-Vortherapien (keine Vortherapie oder Vortherapie mit bestimmten Medikamenten).

Diese zusätzlichen Daten werden gemäß § 295a SGB V über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG an die AOK übermittelt. Dieser Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung stimmen Sie mit Ihrer Teilnahmeerklärung zu.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der AOK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der AOK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also insbesondere nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben.

Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge-

und RehaMaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen etc.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt.

Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der AOK der Personenbezug zu Ihren Daten wiederhergestellt.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Modul ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Medikament Maviret[®], mit dem Sie im Rahmen des Moduls behandelt werden, ist ein neues, innovatives Arzneimittel, das seine Wirksamkeit und Sicherheit bei der Zulassung bewiesen hat. In Zulassungsstudien wird jedoch oft durch sogenannte Ausschlusskriterien eine eher untypische Patientenauswahl getroffen. Ein weiteres Ziel des Moduls ist es daher, die übermittelten Daten mit denen der Zulassungsstudie zu vergleichen.

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität des HausarztProgramms und

FacharztProgramms, dem das Modul angefügt ist, werden diese durch unabhängige Forschungsinstitute (z. B. Universitäten) wissenschaftlich begleitet und regelmäßig bewertet. Zu diesem Zweck benötigen diese Institute Ihre Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z. B. Alter oder Geschlecht). Die AOK übermittelt diese Daten ausschließlich in pseudonymisierter, fallbezogener Form, d. h. für die Institute ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Modul erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme am Modul.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Modul sowie im AOK-HausarztProgramm und AOK-FacharztProgramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung

Verantwortlicher für die Durchführung des AOK-FacharztProgramms:

AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
Telefon: 0711 2593-0
E-Mail: info@bw.aok.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) der AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
E-Mail: datenschutz@bw.aok.de

3. Welche Daten werden innerhalb des AOK FacharztProgrammes verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm werden folgende Daten von Ihrem/r Haus- und/oder Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am AOK-Hausarzt/-FacharztProgramm

Diese Daten werden elektronisch zunächst an die Managementgesellschaft und von dort elektronisch an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5, § 73c a.F. i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG
Näheres zur Managementgesellschaft finden Sie unter www.medi-verbund.de.

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten von Ihrem/r behandelnden Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in für die AOK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,

- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern (Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 2 dieses Merkblatts.)
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der/die Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend an die AOK Baden-Württemberg. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist eine entsprechende Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/in ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der AOK. Die Verarbeitung bei der AOK erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des AOK-Facharztprogrammes (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Soweit gesetzlich zulässig, verarbeitet die AOK die genannten Daten zusätzlich für eine wissenschaftliche Begleitung. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 3 dieses Merkblattes.

Die jeweils aktuell beauftragten Forschungsinstitute sind auf der Internetseite <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/aok-facharztprogramm/> abrufbar.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-Facharztprogramm.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Stand: Juli 2020

Nur für Bosch BKK-Facharztprogramm!

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich am Facharztprogramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Maviret® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Maviret® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im Hausarztprogramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) zur Niederschrift oder schriftlich bei meinem Facharzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- während der Behandlung mit Maviret® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der Bosch BKK schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut weiterleiten kann, damit dieses mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV und FAV befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Eine Befragung zum Modul findet nicht statt.

Exemplar für den Patienten

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Maviret®
bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer
des Facharztprogramms Gastroenterologie**

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich am Facharztprogramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Maviret® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Maviret® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im Hausarztprogramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.
- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) zur Niederschrift oder schriftlich bei meinem Facharzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Bosch BKK.
- während der Behandlung mit Maviret® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der Bosch BKK schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.
- ich stimme zu, dass
 - mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
 - Die Bosch BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- Die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut weiterleiten kann, damit dieses mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV und FAV befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Eine Befragung zum Modul findet nicht statt.

Exemplar für den Arzt

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.
Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

 Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

 Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**BOSCH****BKK**

Merkblatt zum Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer am Facharztprogramm

Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C – was ist das?

Mit dem Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel des Moduls zur Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C im Facharztprogramm (im Folgenden: Modul) ist es, die Betreuung von Patienten mit Hepatitis C in besonderer Qualität zu gewährleisten und individuelle Unterstützung bei der Therapie durch Ihren gewählten Facharzt zu ermöglichen.

Ihr Arzt wählt die für Sie passende Therapie aus. In Abhängigkeit vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus und weiteren patientenindividuellen Faktoren stehen dabei verschiedene Arzneimittel mit vergleichbar hoher Wirksamkeit zur Verfügung. In diesem Fall sind für Ihren Arzt die Kosten der Therapie ein Aspekt bei der Auswahl Ihrer Therapie. Für das Arzneimittel Maviret® mit den Wirkstoffen Glecaprevir und Pibrentasvir entstehen geringere Kosten als für andere Arzneimittel dieser Substanzgruppe. Durch diese Einsparungen im Arzneimittelbereich können Zusatzleistungen für unsere Versicherten in den Selektivverträgen refinanziert werden. Wir danken Ihnen, dass Sie uns auf diesem Weg unterstützen.

Während der Therapie werden Sie engmaschig durch Ihren Arzt betreut. Das ist notwendig, um mögliche Nebenwirkungen überwachen und Entscheidungen zum Verlauf der Therapie treffen zu können. Ihre Teilnahme am exklusiven Modul Therapie mit Maviret® bei chronischer Hepatitis C ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie wählen Ihren Facharzt verbindlich bis zum Ende der Therapie. Das Therapieende wird von Ihrem Facharzt festgelegt.
- Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Bei einem begründeten Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der Bosch BKK teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Facharztes) suchen Sie den von Ihrem Facharzt benannten Vertretungsarzt auf.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am Hausarztprogramm teilnehmen und mindestens 18 Jahre alt sind.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das Modul ermöglicht Ihnen und Ihrem Arzt eine besondere Unterstützung bei der Therapie der chronischen Hepatitis C und eine intensivere Betreuung sowie individuelle Begleitung während Ihrer Therapie. Ihr Arzt kann sich mehr Zeit für Ihre Behandlungsbegleitung nehmen und Sie mit verständlichen Informationen bei der Therapie unterstützen.

Taggleich zur Einschreibung im Modul kann die Behandlung gemäß Modul erfolgen.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie in der Praxis eines am Facharztprogramm im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Facharztes mit Erfahrung in der Therapie der chronischen Hepatitis C ausfüllen und abgeben. Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme am Modul wählen Sie einen Ihrer Fachärzte des Vertrauens und die Teilnahme am Modul bis zum Ende der Therapie.

Der Arzt händigt Ihnen eine Kopie der von Ihnen und Ihrem Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärung aus. Ein zweites Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt bei Ihrem Facharzt. Ihre Teilnahme am Modul beginnt sofort. Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt, wann Ihre Behandlung startet. Sie erhalten kein gesondertes Begrüßungsschreiben zur Teilnahme am Modul.

Wenn Sie sich nicht für das Modul entscheiden und bereits am Facharztprogramm teilnehmen, wird Ihr Arzt Sie nach den dort festgelegten hohen Qualitätskriterien behandeln. Sie bleiben wie gewohnt Teilnehmer/in in der hausarztzentrierten Versorgung (Hausarztprogramm) und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Facharztprogramm).

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihren Arzt oder die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung und Facharztwechsel

Ihre Behandlung dauert in der Regel maximal 16 Wochen. Mit dem Therapieende endet automatisch auch Ihre Teilnahme am Modul. Sie können Ihre Teilnahme am Modul auch vor Therapieende ohne Angabe von Gründen schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber Ihrem Arzt oder der Bosch BKK kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung wirksam. Endet die Therapie nicht und erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Ein Wechsel des Facharztes müssen Sie der Bosch BKK mit Begründung schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Maviret® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der Bosch BKK teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Modul kündigen, wenn Sie wiederholt gegen Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen für das Hausarztprogramm und Facharztprogramm nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Modul.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung durch die Bosch BKK für das Facharztprogramm und das Modul geregelt.

Für die Teilnahme am Modul ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, u. a. da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt. Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, -übermittlungs-, -speicherungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden sind.

Damit Sie sofort die Vorteile des Moduls nutzen können, kann der Facharzt, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Modul im Facharztprogramm realisieren. Damit wird ein sofortiger Behandlungsbeginn ermöglicht. Sie willigen in die datenschutzkonforme Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren, sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Versichertenbefragung

Für die Bosch BKK ist es wichtig, Ihre Meinung zum Hausarztprogramm und Facharztprogramm zu erfahren. Nur so ist es möglich, Ihre Wünsche und Erfahrungen in

die Verbesserung der Versorgungsverträge einzubringen.

Zu diesem Zweck werden Ihre Kontaktdaten (Name, Vorname, Anschrift, Telefonnummer) ggf. an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut übermittelt, nicht jedoch Ihre Teilnahme am Modul. Die Befragung umfasst nur Ihre Meinung zum Hausarztprogramm und zum Facharztprogramm. Vor einem potentiellen Anruf erhalten Sie die Möglichkeit, dem anstehenden Telefonat zu widersprechen. Ihre Teilnahme an einer Befragung ist freiwillig. Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig.

Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Modul sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen.

Darüber hinaus ist im Fall eines Arztwechsels während der Therapie mit Maviret® eine Weiterleitung Ihrer Behandlungsdaten von Ihrem aktuellen Facharzt zum neuen Facharzt notwendig. Hierfür entbinden Sie Ihren Facharzt von seiner Schweigepflicht.

Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Ihr gewählter Facharzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten datenschutzkonform als verschlüsselten elektronischen Datensatz an die Bosch BKK und MEDIVERBUND AG zu Abrechnungszwecken. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Versicherte bei Bedarf zu beraten. Für Ihre Teilnahme am Modul wird **kein** weiteres Merkmal im Datensatz aufgenommen und übermittelt. Ihre Teilnahme ist nur aus den im nächsten Absatz beschriebenen Gebührenordnungspositionen abzulesen, die der Managementgesellschaft und der Bosch BKK übermittelt werden.

Zusätzliche Datenerhebung bei der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt im Facharztprogramm über sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP).

Die GOP für die Abrechnung des Moduls wurden anhand unterschiedlicher Parameter der Erkrankung Hepatitis C aufgeschlüsselt. Das heißt abhängig von Ihren medizinischen Merkmalen werden unterschiedliche GOP abgerechnet.

Hierbei werden sowohl genaue Merkmale übermittelt als auch gruppierte Informationen. Dies betrifft als genaue Übermittlung den Genotyp Ihres Hepatitis-C-Virus und die mögliche Reaktivierung einer bestehenden Hepatitis B-Infektion. Kategorisierte Informationen umfasst der

Abschluss Ihrer Therapie (kein Virus mehr nachweisbar oder Virus noch nachweisbar), Vorliegen einer Leberzirrhose (keine Zirrhose oder eine sog. kompensierte Zirrhose) sowie etwaige Hepatitis C-Vortherapien (keine Vortherapie oder Vortherapie mit bestimmten Medikamenten).

Diese zusätzlichen Daten werden gemäß §295a SGB V über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG an die Bosh BKK übermittelt. Dieser Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung stimmen Sie mit Ihrer Teilnahmeerklärung zu.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Modul sowie im Hausarztprogramm und Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung

Verantwortlicher für die Durchführung des Facharztprogramms:

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart
Telefon: 0711 811-31001
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Namen und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte

Maik Schröter

Bosch BKK
Maik Schröter
Datenschutzbeauftragter
Bahnhofstr. 75
71332 Waiblingen
Telefon: 07151 50285-52
Fax: 07151 50285-59
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Facharztprogrammes verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem/r Haus- und/oder Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Hausarzt/-Facharztprogramm

Diese Daten werden elektronisch zunächst an die Managementgesellschaft und von dort elektronisch an die Bosch BKK weitergeleitet. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5, § 73c a.F. i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am Facharztprogramm ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG
Industriestr. 2
70565 Stuttgart
Telefon: 07 11 80 60 79-0
Fax: 07 11 80 60 79-544
E-Mail: info@medi-verbund.de

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem/r behandelnden Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsinanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern (Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 2 dieses Merkblatts.)
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der/die Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend an die Bosch BKK. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist eine entsprechende Voraussetzung für die Teilnahme am Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/in ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Facharztprogrammes (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Zur Durchführung des Facharztprogrammes gehört auch die Durchführung einer Zufriedenheitsbefragung der teilnehmenden Versicherten. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 2 dieses Merkblattes.

Soweit gesetzlich zulässig, verarbeitet die Bosch BKK die genannten Daten zusätzlich für eine wissenschaftliche Begleitung. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 3 dieses Merkblattes.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Facharztprogramm.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Datenschutzrechtliche Beschwerden können beim Datenschutzbeauftragten der Bosch BKK eingereicht werden oder bei

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Husarenstraße 30
53117 Bonn
Tel.: 0228 997799-0
Fax: 0228 997799-550
E-Mail: poststelle@bfdi.bund.de

CHECKLISTE AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Name Patient _____



BOSCH



Einschlusskriterien:

- chronische Hepatitis C, gesichert (HCV-RNA)
- mind. 12 Jahre
- HZV-Teilnehmer
- Adhärenz erwartet

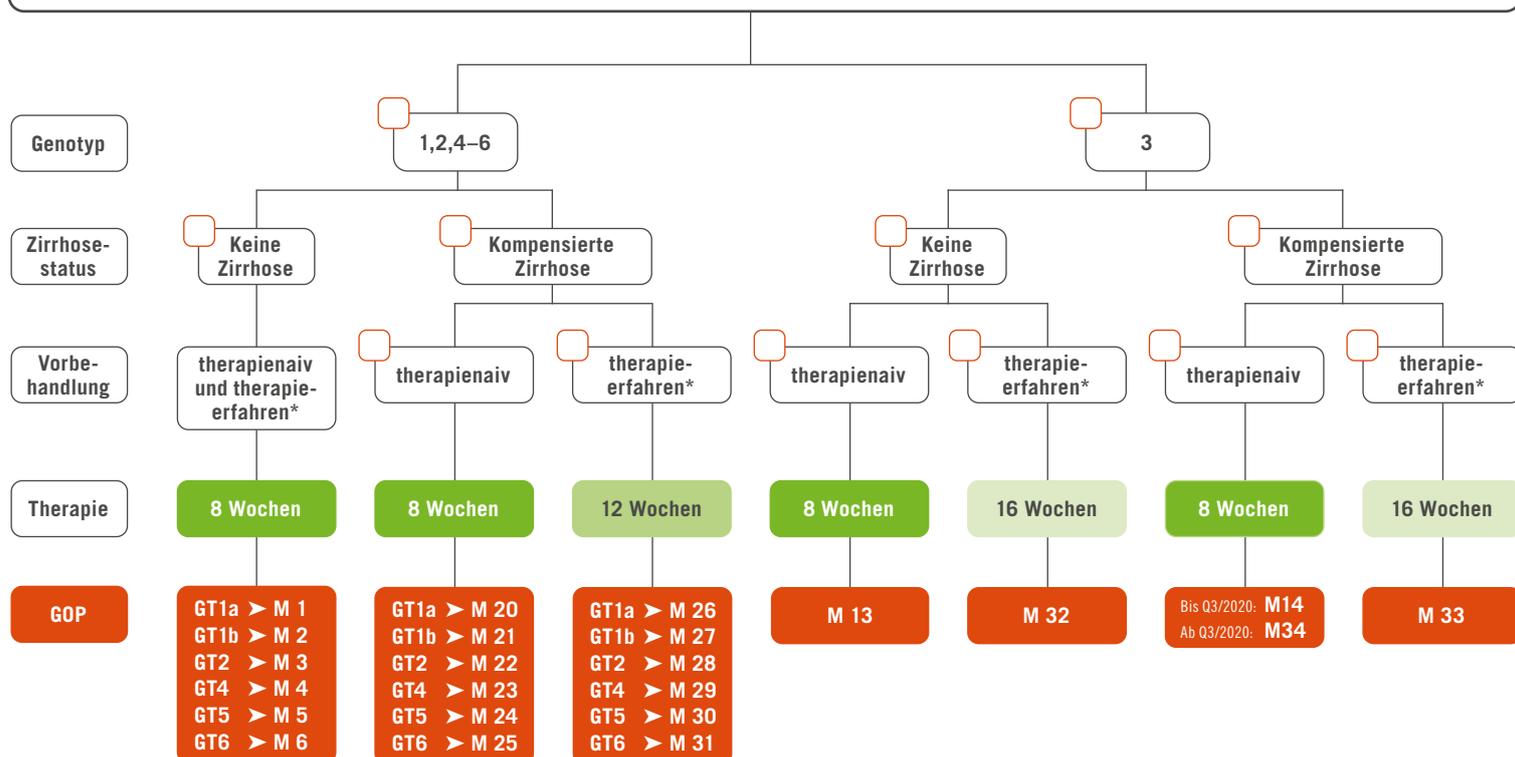
Ausschlusskriterien:

- Child-Pugh C (kontraindiziert)
- Child-Pugh B (nicht empfohlen)
- Gleichzeitige Anwendung mit Atazanavir enthaltenden Arzneimitteln, Atorvastatin, Simvastatin, Dabigatranetexilat, ethinylestradiolhaltigen Arzneimitteln, starken P-gp- und CYP3A-Induktoren (z. B. Rifampicin, Carbamazepin, Johanniskraut [Hypericum perforatum], Phenobarbital, Phenytoin und Primidon)

Aufklärung chronische Hepatitis C

- Bedeutung der Therapietreue
- Informationen zur Therapie mit MAVIRET
- Dauer der Therapie
- Umgang mit Erbrechen nach Tabletteneinnahme oder bei vergessener Einnahme
- Interaktionscheck mit anderen Arzneimitteln und Aufklärung (siehe aktuelle Fachinformation; Hinweis wegen OTC Johanniskraut!)
- Notwendigkeit der Hepatitis-B-Bestimmung vor cHC-Therapiebeginn
- Abgabe Informationsmaterial**

ENTSCHEIDUNGSBAUM BEI EINER MAVIRET-THERAPIE: THERAPIEDAUER UND ABRECHNUNGSHILFE



Hinweis: Für Patienten mit Genotyp 1 oder 4 steht Elbasvir/ Grazoprevir als wirtschaftlichste Alternative zur Verfügung.

* Therapieerfahren: Patienten, bei denen eine Vorbehandlung mit peg-IFN + Ribavirin +/- Sofosbuvir oder mit Sofosbuvir + Ribavirin versagt hat.

CHECKLISTE AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH

Name Patient _____



Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz Nebenwirkungen keine folgende:

Erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung (z. B. Kopfschmerz, Durchfall, Übelkeit, Fatigue, Asthenie)*
 Andere Gründe:

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz Nebenwirkungen keine folgende:

Erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung (z. B. Kopfschmerz, Durchfall, Übelkeit, Fatigue, Asthenie)*
 Andere Gründe:

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz Nebenwirkungen keine folgende:

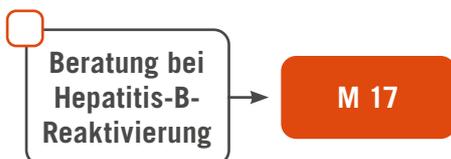
Erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

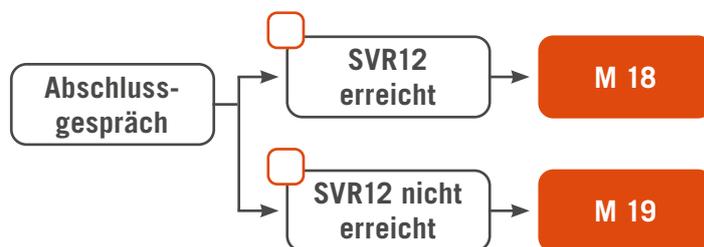
Therapeutische Nebenwirkung (z. B. Kopfschmerz, Durchfall, Übelkeit, Fatigue, Asthenie)*
 Andere Gründe:



max. 2x bei 8-Wochen-Therapie
max. 3x bei 12-Wochen-Therapie
max. 4x bei 16-Wochen-Therapie



Eine Untersuchung auf eine HBV-Infektion sollte bei allen Patienten vor Beginn der Behandlung durchgeführt werden. HBV/HCV-koinfizierte Patienten haben das Risiko einer HBV-Reaktivierung und sollten nach den aktuellen klinischen Leitlinien überwacht und behandelt werden.



* Bitte beachten Sie die Pflicht zur Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach § 6 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, am Vertragsmodul zur elektronischen Arztvernetzung im Rahmen der AOK BW Selektivverträge teilzunehmen und die Fachanwendungen zu nutzen. Die Teilnahme (siehe II) ist für den FACHARZT freiwillig und kann entsprechend dieser Anlage gekündigt (siehe III) werden.

Ziel der elektronischen Arztvernetzung ist der sichere und schnelle Austausch strukturierter Behandlungsdaten zwischen den an der Patientenbehandlung beteiligten HAUSÄRZTEN und FACHÄRZTEN sowie im Falle der eAU der elektronische Versand eines bundeseinheitlichen Formularmusters (Muster 1a) an die AOK BW.

Mit diesem Vernetzungsschritt bauen die Vertragspartner die Funktionalität der alternativen Regelversorgung für HAUSÄRZTE und FACHÄRZTE sowie für am Haus- bzw. Facharztprogramm der AOK teilnehmende Versicherte weiter aus und sichern den digitalen Transformationsprozess in eigenständiger und unabhängiger Umsetzung. Dabei setzen sie weitest möglich auf technische Standards, die eine rechtliche und ökonomische Anschlussfähigkeit an zentrale Entwicklungen im Gesundheitswesen (Telematikinfrastruktur) ermöglichen.

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen.

I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU; gültig bis 30.06.2023, Umstellung auf eAU gemäß Anforderungen Telematik-Infrastruktur mit erweiterter Regelwerksprüfung ab 01.04.2023)

Der elektronische Versand des Musters 1a der Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung erfolgt im Rahmen des Gastroenterologie-Vertrags und über die dort bereits verfügbaren Systeme und etablierten Infrastrukturen mit dem Ziel, weitestgehend papierersetzend zu sein. Hierzu wird ein neuer Prozess in der Arztpraxis etabliert, in dem die Übermittlung des Musters 1a an die AOK BW nicht mehr durch den Patienten, sondern durch die Arztpraxis direkt und digital erfolgt. Die Muster 1b und 1c müssen weiterhin in jedem Fall ausgedruckt werden.

Die papierersetzende elektronische Version des Musters 1a wird mit einer elektronischen Signatur eines an der IT-Vernetzung teilnehmenden Arztes signiert. Hierbei kann es z.B. durch Delegation an ärztliches Personal zu Abweichungen zwischen ausstellendem Arzt und signierendem Arzt kommen. Die Vertragspartner sind sich einig, dass diese Abweichungen kein Sanktionsgrund, sondern durch den Praxisablauf begründet sind.

Die Details zur Verwendung der elektronischen Signatur sind Bestandteil des Anforderungskatalogs der Vertragssoftware (Anlage 10) sowie der Anforderungen an die zentrale Infrastruktur/Betreibergesellschaft.

Die Fachanwendung eAU ist gültig bis 30.06.2023. Die Umstellung der eAU auf die gesetzlichen Anforderungen der Telematik-Infrastruktur ist ab 01.04.2023 möglich. Mit dem Übergangsquartal Q2/2023 endet die Möglichkeit eAUs über die Infrastruktur der eAV an die AOK BW übermitteln zu können. Im Zuge dessen müssen die eAUs gem. der Regelungen innerhalb der Vereinbarung über die Verwendung digitaler Vordrucke in der vertragsärztlichen Versorgung (Vordruck-Vereinbarung digitale Vordrucke) Anlage 2b BMV-Ä übertragen werden. Ergänzend zu dem gesetzlichen Weg wird die erweiterte Regelwerksprüfung der eAU für alle HZV-Versicherten der AOK BW bei Ausstellung einer eAU verwendet.

b) eArztbrief

Mit dem elektronischen Arztbrief (eArztbrief) werden Daten, die für einen eArztbrief relevant sind, in strukturierter Form unter Zuhilfenahme eines offenen Standards elektronisch versendet, sodass der Empfänger des eArztbriefs die Möglichkeit hat, diese Daten elektronisch (weiter-)verarbeitbar in sein eigenes Praxisverwaltungssystem zu übernehmen. Zusätzlich können auch unstrukturierte Daten Teil des eArztbriefes sein.

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

Die dann folgende Verschlüsselung ist so aufgebaut, dass nur der Empfänger in der Lage ist, die Daten zu entschlüsseln und zu lesen. Während des kompletten Transports des Briefes ist es keiner Stelle möglich, Zugriff auf das Dokument zu erhalten.

Der FACHARZT erhält in seiner Vertragssoftware die Möglichkeit, einen eArztbrief zu erstellen. Das Praxisverwaltungssystem unterstützt ihn weitest möglich durch die automatische Befüllung des eArztbriefes.

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

a. Adressierter Versand:

Dieser Versand dient dazu, einer bestimmten Einzelarztpraxis/einer BAG/einem MVZ einen eArztbrief zukommen zu lassen.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

b. Gerichteter Versand:

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

Abholung:

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Gastroenterologie-Vertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der

Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA

1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle am Facharztvertrag für Gastroenterologie der AOK teilnehmenden Ärzte, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete und bei MEDIVERBUND gemeldete Medizinische Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische/r Fachangestellte/r bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

- a) Erfolgreiche Teilnahme der/des Medizinischen Fachangestellten (MFA) am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA Gastroenterologie“ in Baden-Württemberg.

Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFAs, regelt der Beirat gemäß § 23 des Hauptvertrages.

- b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt gastroenterologischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer/s MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.
- c) Teilnahme der EFA an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

3. Abrechnung des EFA-Zuschlages

Der EFA-Zuschlag beträgt 5 Euro pro Quartal und wird auf die Pauschalen P1a sowie P1b erstmalig im Folgequartal nach Eingang des Nachweises der Qualifikation gemäß Ziffer 2. lit. a) bei der Managementgesellschaft und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unange-

tastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

Aufgabenbeschreibung EFA Gastroenterologie

Allgemeine Aufgaben der Gastro-EFA	Magen-Darm		Oberbauch	
	Obliga- torisch	Nicht obliga- torisch	Obliga- torisch	Nicht obliga- torisch
Feste erste Ansprechpartnerin für Patienten und Angehörigen; niederschwellige Ansprechpartnerin	x		x	
Strukturiertes Vorgespräch in der Sprechstunde mit Notizen, mitgebrachte Befunde und Bilder sichten und sortieren , Arztgespräch vorbereiten, Fragen notieren, Verlaufsdocumentation für das entsprechende Krankheitsbild erstellen	x		x	
Aufstellung eines Therapieplans nach Vorgaben des Arztes	x		x	
Beratung von Pat. und Angehörigen zur Compliance der medikamentösen Behandlung (Tages- und Wochendosette, Erinnerungshilfen, Einnahmezeiten, Überwachung durch Angehörige und Betreuer, Fragen zu Umstellung auf rabattierte Arzneimittel etc.)	x		x	
Hinweise auf Angebote der Krankenkasse zur Mitbetreuung und Aufzeigen spezifischer nicht- medikamentöse Therapieangebote (Curaplan)	x		x	
Ergänzende Beratung zu psychosozialen Fragen, z.B. REHA, REHA-Sport Rentenantrag, Schwerbehindertenrecht, Kfz-Eignung, Mobilität, Vollmachtenwesen, Patientenverfügung ,	x		x	
Beratung von Angehörigen und Betreuern		x		x
Bei Bedarf Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK bzw. Bosch BKK Patientenbegleitung	x		x	
Feste Telefonsprechstunde für Pat. oder Angehörige (z.B. 1 Std/ Woche); telefonische Beratung bei besonderen Problemen mit den Symptomen und der Therapie – ggf. Weitergabe an den Arzt		x		x
Terminvergabe für ihre Patienten zu festgelegten Zeiten, (z.B. 1 Std / Woche) / ggf. Verschicken eines Fragebogens bei Terminvergabe	x		x	
Unterstützung der Umsetzung von Rabattarzneimittel bei Arzneimittelverordnungen im Praxisalltag	x		x	
Strukturierte Arztbriefe vorbereiten		x		x
Unterstützung der korrekten Kodierung	x		x	
Kontakt zu Selbsthilfegruppen pflegen, Vermittlung von Patienten an Selbsthilfegruppen z.B. über Flyer		x		x
Organisation von Patientenschulungen		x		x
Patienteninformationen und Abrechnung Gastro-Vertrag	x		x	
Kontakt zu Hausarztpraxen (VERAH/MFA) pflegen	x		x	

Vereinbarung zum Modul Therapie mit Epclusa

Durch das AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie wird eine verbesserte ambulante gastroenterologische Versorgung realisiert.

Die Vertragspartner verfolgen mit dem Modul Therapie mit Epclusa das Ziel der Steigerung der Behandlungsqualität von Versicherten mit einer chronischen Hepatitis C. Für den Erfolg der medikamentösen Therapie ist eine hohe Therapietreue notwendig. Durch den Einsatz von Informationsmaterialien und sogenannten Adhärenzhilfen soll der Versicherte in die Lage versetzt werden, das Medikamentenregime einzuhalten. Ziel ist es, die Anzahl der Therapieabschlüsse zu erhöhen und damit gleichzeitig die Abbruchquote im Rahmen der Therapie zu senken.

- (1) Nimmt der FACHARZT am AOK-FacharztProgramm Gastroenterologie teil und besitzt Erfahrung in der Durchführung der Therapie mit einem DAA („direct-acting antiviral agent“, direkt wirksame antivirale Substanz) von mindestens 5 Versicherten in Summe, davon mindestens 3 in den letzten 12 Monaten in der Praxis, kann er die Therapie unter Verwendung der zur Verfügung gestellten Materialien durchführen. Die MEDIVERBUND AG behält sich vor, die Erfahrung in der Behandlung mit DAA sowie das Vorliegen der Teilnahmeerklärungen der Patienten bzw. der Dokumentationen stichprobenweise zu überprüfen. Die AOK wird über die Ergebnisse der Prüfung informiert. Die Regelungen zur Möglichkeit der Prüfung der Teilnahmeerklärungen gemäß Anlage 7 Punkt 2.1.1 des Facharztvertrags bleiben unberührt.
- (2) Ist der FACHARZT zur Abrechnung der Pauschale P1b gemäß Anlage 12 berechtigt, kann der FACHARZT pro Patient die adäquate Einzelleistung „Aufklärungsgespräch Epclusa“ abrechnen, wenn

- a) bei dem Patienten eine gesicherte (G) chronische Virushepatitis C (ICD B18.2) vom Genotyp 1 bis 6 diagnostiziert wurde und
- b) folgende Leistungen erbracht wurden:
 1. Identifikation des Versicherten als geeigneter Patient für die Therapie mit Epclusa und die Adhärenz-Unterstützung nach fachlicher Einschätzung des FACHARZTES und einer Vorselektion (der Patient nimmt bereits am AOK-HausarztProgramm teil, ist adhärent und mindestens 6 Jahre alt).
 2. Einschreibung des Versicherten in das AOK-FacharztProgramm, falls noch keine Teilnahme an diesem vorliegt.
 3. Einschreibung des Versicherten in das Modul und Aufbewahrung der Teilnahmeerklärung (mind. 10 Jahre). Dem Patienten sind eine Kopie der Teilnahmeerklärung und ein Exemplar des Merkblatts auszuhändigen. Die Unterlagen sind auf den Internetseiten der MEDIVERBUND AG abrufbar.
 4. Bestimmung des Genotyps und genotypspezifische Therapie gemäß Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E).
 5. Durchführung eines Aufklärungsgesprächs unter Patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Adhärenzhilfen zur Erhöhung der Patientenadhärenz sowie Beratung und Hilfe bei der Umsetzung der Therapie. Die Betreuung und Motivation der Versicherten erfolgt durch den FACHARZT.
 6. Dokumentation der Testergebnisse und Entscheidungen mittels Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E) für das Aufklärungsgespräch.

Für das „Aufklärungsgespräch Epclusa“ wird eine der GOP EP1 bis EP28 entsprechend der Abrechnungshilfe auf der Checkliste, Entscheidungsbaum und Abrechnungshilfe (Anlage E) abgerechnet. Die GOP EP1, EP2, EP5, EP8, EP9, EP12, EP15, EP16, EP19, EP22, EP23 und EP26 (für HCV Genotyp 1 bzw. 4) können aus Gründen der rationalen Pharmakotherapie nur abgerechnet werden, wenn medizinische Ausschlussgründe gegen eine Therapie mit Zepatier sprechen.

(3) Darüber hinaus ist der unter (1) und (2) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistungen „Adhärenzgespräch Epclusa“ berechtigt, wenn folgende Leistung zusätzlich erbracht wurde:

1. Durchführung eines Adhärenzgesprächs unter Patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Adhärenzhilfen zur Erhöhung der Patientenadhärenz sowie Beratung und Hilfe bei der Umsetzung der Therapie und ggf. auftretenden Nebenwirkungen. Die Betreuung und Motivation der Versicherten erfolgt durch den FACHARZT.
2. Dokumentation des Gesprächs und von Besonderheiten mittels Checkliste (Anlage E) für die Adhärenzgespräche.

Für die Durchführung des „Adhärenzgesprächs Epclusa“ wird die GOP EP29 abgerechnet. Bei einer zwölfwöchigen Therapie kann die GOP bis zu dreimal und bei einer vierundzwanzigwöchigen Therapie bis zu sechsmal abgerechnet werden.

(4) Darüber hinaus ist der unter (1), (2) und (3) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistung „Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung“ berechtigt, wenn beim Teilnehmer eine solche Reaktivierung auftritt und folgende Leistung erbracht wurde:

1. Durchführung eines Beratungsgesprächs zur Fortsetzung der Hepatitis-C-Therapie mit anschließender Hepatitis-B-Therapie.

Für die „Beratung bei Hepatitis-B-Reaktivierung“ wird die GOP EP30 abgerechnet.

(5) Darüber hinaus ist der unter (1), (2), (3) und (4) genannte FACHARZT zusätzlich zur Abrechnung der Einzelleistung „Abschlussgespräch Epclusa“ berechtigt, wenn der Teilnehmer die Therapie abgeschlossen hat und folgende Leistung zusätzlich erbracht wurde:

1. Prüfung der Viruslast 12 Wochen nach Therapieabschluss (SVR12).
2. Abschlussgespräch bei Vorliegen des Testergebnisses unter patienten-individueller Verwendung der bereitgestellten Materialien.

Für das „Abschlussgespräch Epclusa“ wird die GOP EP31 bei erreichter SVR oder die GOP EP32 bei nicht erreichter SVR abgerechnet.

- (6) Aus medizinischen Gründen ist nur eine einmalige Therapie pro Patient sinnvoll. Abrechnungstechnisch wird die Therapie einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung dargestellt. Die Vertragspartner behalten sich eine Überprüfung der Abrechnungen vor und werden eine Änderung in der Abrechnungslogik veranlassen, falls eine mehrmalige Therapie von Patienten über die wiederholte Abrechnung der GOPs auffällig wird.
- (7) Diese Vereinbarung zum Modul Therapie mit Epclusa gemäß diesem Anhang 7 zu Anlage 12 beginnt am 01.04.2021 und endet bei Beendigung des Vertrags gem. 130c Abs. 1 SGB V, welcher zwischen der AOK Baden-Württemberg und der Firma Gilead über das Arzneimittel Epclusa[®] geschlossen wurde. Den Zeitpunkt der Beendigung dieses Vertrags wird die AOK Baden-Württemberg den Vertragspartnern unverzüglich mitteilen. In diesem Falle bedarf es keiner separaten Kündigung dieses Anhangs 7 zu Anlage 12.

Darüber hinaus können die Vertragspartner diesen Anhang 7 zu Anlage 12 mit einer Frist von 1 Monat zum Quartalsende kündigen. Andere Teile des AOK-Facharztprogramms Gastroenterologie werden hiervon nicht berührt. Die GOP gem. Abs. 5 können nach Vertragsende nicht mehr abgerechnet werden.

Anlagen

Anlage A zu Anhang 10 zu Anlage 12: Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Epclusa für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Anlage B zu Anhang 10 zu Anlage 12: Merkblatt zum Modul Therapie mit Epclusa für Versicherte der AOK Baden-Württemberg

Anlage C zu Anhang 10 zu Anlage 12: Teilnahmeerklärung zum Modul Therapie mit Epclusa für Versicherte der Bosch BKK

Anlage D zu Anhang 10 zu Anlage 12: Merkblatt zum Modul Therapie mit Epclusa für Versicherte der Bosch BKK

Anlage E zu Anhang 10 zu Anlage 12: Checklisten für Aufklärungsgespräch und Adhärenzgespräche sowie Dokumentations- und Abrechnungshilfe

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Eplusa® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Eplusa® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung mit Eplusa® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Eplusa® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- nach der Zusammenführung mit anderen Daten der AOK Baden-Württemberg für alle weiteren Schritte zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke nur pseudonymisierte Daten verwendet werden. Diese erlauben keine Zuordnung zu meiner Person. Weitere Informationen können dem zugehörigen Merkblatt entnommen werden.

Exemplar für den Patienten

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung und wissenschaftlichen Begleitung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Hiermit erkläre ich gegenüber der AOK Baden-Württemberg, dass

- ich am AOK-FacharztProgramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das AOK-FacharztProgramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Epclusa® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Epclusa® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im AOK-HausarztProgramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber der AOK Baden-Württemberg kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) in Textform oder zur Niederschrift bei meinem Facharzt oder der AOK Baden-Württemberg ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-FacharztProgramm.
- während der Behandlung mit Epclusa® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der AOK Baden-Württemberg in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Epclusa® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die AOK Baden-Württemberg und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

Merkblatt zum Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer am AOK-FacharztProgramm

Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C – was ist das?

Mit dem AOK-FacharztProgramm wollen die AOK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel des Moduls zur Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C im AOK-FacharztProgramm (im Folgenden: Modul) ist es, die Betreuung von Patienten mit Hepatitis C in besonderer Qualität zu gewährleisten und individuelle Unterstützung bei der Therapie durch Ihren gewählten Facharzt zu ermöglichen.

Ihr Arzt wählt die für Sie passende Therapie aus. In Abhängigkeit vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus und weiteren patientenindividuellen Faktoren stehen dabei verschiedene Arzneimittel mit vergleichbar hoher Wirksamkeit zur Verfügung. In diesem Fall sind für Ihren Arzt die Kosten der Therapie ein Aspekt bei der Auswahl Ihrer Therapie. Für das Arzneimittel Epclusa® mit den Wirkstoffen Glecaprevir und Pibrentasvir entstehen geringere Kosten als für andere Arzneimittel dieser Substanzgruppe. Durch diese Einsparungen im Arzneimittelbereich können Zusatzleistungen für unsere Versicherten in den Selektivverträgen refinanziert werden. Wir danken Ihnen, dass Sie uns auf diesem Weg unterstützen.

Während der Therapie werden Sie engmaschig durch Ihren Arzt betreut. Das ist notwendig, um mögliche Nebenwirkungen überwachen und Entscheidungen zum Verlauf der Therapie treffen zu können. Ihre Teilnahme am exklusiven Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie wählen Ihren Facharzt verbindlich bis zum Ende der Therapie. Das Therapieende wird von Ihrem Facharzt festgelegt.
- Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Bei einem begründeten Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Epclusa® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am FacharztProgramm der AOK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Facharztes) suchen Sie den von Ihrem Facharzt benannten Vertretungsarzt auf.
- Teilnehmen können alle Versicherten der AOK, die am AOK-HausarztProgramm teilnehmen und mindestens 6 Jahre alt sind.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das Modul ermöglicht Ihnen und Ihrem Arzt eine besondere Unterstützung bei der Therapie der chronischen Hepatitis C und eine intensivere Betreuung sowie individuelle Begleitung während Ihrer Therapie. Ihr Arzt kann sich mehr Zeit für Ihre Behandlungsbegleitung nehmen und Sie mit verständlichen Informationen bei der Therapie unterstützen. Taggleich zur Einschreibung im Modul kann die Behandlung gemäß Modul erfolgen.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie in der Praxis eines am AOK-FacharztProgramm im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Facharztes mit Erfahrung in der Therapie der chronischen Hepatitis C ausfüllen und abgeben. Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme am Modul wählen Sie einen Ihrer Fachärzte des Vertrauens und die Teilnahme am Modul bis zum Ende der Therapie.

Der Arzt händigt Ihnen eine Kopie der von Ihnen und Ihrem Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärung aus. Ein zweites Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt bei Ihrem Facharzt. Ihre Teilnahme am Modul beginnt sofort. Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt, wann Ihre Behandlung startet. Sie erhalten kein gesondertes Begrüßungsschreiben zur Teilnahme am Modul.

Wenn Sie sich nicht für das Modul entscheiden und bereits am AOK-FacharztProgramm teilnehmen, wird Ihr Arzt Sie nach den dort festgelegten hohen Qualitätskriterien behandeln. Sie bleiben wie gewohnt Teilnehmer/in in der hausarztzentrierten Versorgung (AOK-HausarztProgramm) und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (AOK-FacharztProgramm).

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihren Arzt oder die AOK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung und Facharztwechsel

Ihre Behandlung dauert in der Regel maximal 16 Wochen. Mit dem Therapieende endet automatisch auch Ihre Teilnahme am Modul. Sie können Ihre

Teilnahme am Modul auch vor Therapieende ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrem Arzt oder der AOK kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung wirksam. Endet die Therapie nicht und erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Ein Wechsel des Facharztes müssen Sie der AOK mit Begründung in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Eplusa® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der AOK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.

Die AOK kann Ihre Teilnahme am Modul kündigen, wenn Sie wiederholt gegen Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen für das Hausarztprogramm und Facharztprogramm nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Modul.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung durch die AOK für das AOK-Facharztprogramm und das Modul geregelt.

Für die Teilnahme am Modul ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, u. a. da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, -übermittlungs-, -speicherungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden sind.

Damit Sie sofort die Vorteile des Moduls nutzen können, kann der Facharzt, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Modul im AOK-Facharztprogramm realisieren. Damit wird ein sofortiger Behandlungsbeginn ermöglicht. Sie willigen in die datenschutzkonforme Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren, sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig.

Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am

Modul sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen.

Darüber hinaus ist im Fall eines Arztwechsels während der Therapie mit Eplusa® eine Weiterleitung Ihrer Behandlungsdaten von Ihrem aktuellen Facharzt zum neuen Facharzt notwendig. Hierfür entbinden Sie Ihren Facharzt von seiner Schweigepflicht.

Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die AOK und andere Stellen erfolgt nicht.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Ihr gewählter Facharzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten datenschutzkonform als verschlüsselten elektronischen Datensatz an die AOK und MEDIVERBUND AG zu Abrechnungszwecken. Zusätzlich helfen diese Daten der AOK, Versicherte bei Bedarf zu beraten. Für Ihre Teilnahme am Modul wird **kein** weiteres Merkmal im Datensatz aufgenommen und übermittelt. Ihre Teilnahme ist nur aus den im nächsten Absatz beschriebenen Gebührenordnungspositionen abzulesen, die der Managementgesellschaft und der AOK übermittelt werden.

Zusätzliche Datenerhebung bei der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt im AOK-Facharztprogramm über sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP).

Die GOP für die Abrechnung des Moduls wurden anhand unterschiedlicher Parameter der Erkrankung Hepatitis C aufgeschlüsselt. Das heißt abhängig von Ihren medizinischen Merkmalen werden unterschiedliche GOP abgerechnet.

Hierbei werden sowohl genaue Merkmale übermittelt als auch gruppierte Informationen. Dies betrifft als genaue Übermittlung den Genotyp Ihres Hepatitis-C-Virus und die mögliche Reaktivierung einer bestehenden Hepatitis B-Infektion. Kategorisierte Informationen umfasst der Abschluss Ihrer Therapie (kein Virus mehr nachweisbar oder Virus noch nachweisbar), Vorliegen einer Leberzirrhose (keine Zirrhose oder eine sog. kompensierte Zirrhose) sowie etwaige Hepatitis C-Vortherapien (keine Vortherapie oder Vortherapie mit bestimmten Medikamenten).

Diese zusätzlichen Daten werden gemäß § 295a SGB V über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG an die AOK übermittelt. Dieser Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung stimmen Sie mit Ihrer Teilnahmeerklärung zu.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der AOK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der AOK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also insbesondere nicht mehr Ihren Namen oder sonstige persönliche Angaben.

Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge-

und RehaMaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen etc.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt.

Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der AOK der Personenbezug zu Ihren Daten wiederhergestellt.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Modul ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Medikament Eplclusa[®], mit dem Sie im Rahmen des Moduls behandelt werden, ist ein neues, innovatives Arzneimittel, das seine Wirksamkeit und Sicherheit bei der Zulassung bewiesen hat. In Zulassungsstudien wird jedoch oft durch sogenannte Ausschlusskriterien eine eher untypische Patientenauswahl getroffen. Ein weiteres Ziel des Moduls ist es daher, die übermittelten Daten mit denen der Zulassungsstudie zu vergleichen.

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität des HausarztProgramms und

FacharztProgramms, dem das Modul angefügt ist, werden diese durch unabhängige Forschungsinstitute (z. B. Universitäten) wissenschaftlich begleitet und regelmäßig bewertet. Zu diesem Zweck benötigen diese Institute Ihre Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verwaltungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z. B. Alter oder Geschlecht). Die AOK übermittelt diese Daten ausschließlich in pseudonymisierter, fallbezogener Form, d. h. für die Institute ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Modul erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme am Modul.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Modul sowie im AOK-HausarztProgramm und AOK-FacharztProgramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-FacharztProgramm.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung

Verantwortlicher für die Durchführung des AOK-FacharztProgramms:

AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
Telefon: 0711 2593-0
E-Mail: info@bw.aok.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) der AOK Baden-Württemberg
Presselstr. 19
70191 Stuttgart
E-Mail: datenschutz@bw.aok.de

3. Welche Daten werden innerhalb des AOK FacharztProgrammes verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am AOK-FacharztProgramm werden folgende Daten von Ihrem/r Haus- und/oder Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am AOK-Hausarzt/-FacharztProgramm

Diese Daten werden elektronisch zunächst an die Managementgesellschaft und von dort elektronisch an die AOK Baden-Württemberg weitergeleitet. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5, § 73c a.F. i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG
Näheres zur Managementgesellschaft finden Sie unter www.medi-verbund.de.

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des AOK-FacharztProgramms werden folgende Daten von Ihrem/r behandelnden Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in für die AOK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,
- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,

- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern (Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 2 dieses Merkblatts.)
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der/die Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend an die AOK Baden-Württemberg. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist eine entsprechende Voraussetzung für die Teilnahme am AOK-Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/in ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der AOK. Die Verarbeitung bei der AOK erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des AOK-Facharztprogrammes (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Soweit gesetzlich zulässig, verarbeitet die AOK die genannten Daten zusätzlich für eine wissenschaftliche Begleitung. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 3 dieses Merkblattes.

Die jeweils aktuell beauftragten Forschungsinstitute sind auf der Internetseite <https://www.aok.de/pk/bw/inhalt/aok-facharztprogramm/> abrufbar.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem AOK-Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am AOK-Facharztprogramm.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit

Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32
70025 Stuttgart

Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15
E-Mail: poststelle@lfdi.bwl.de

Stand: Juli 2020

Nur für Bosch BKK-Facharztprogramm!

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich am Facharztprogramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Eplclusa® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Eplclusa® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im Hausarztprogramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) zur Niederschrift oder schriftlich bei meinem Facharzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- während der Behandlung mit Eplclusa® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der Bosch BKK schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Eplclusa® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- die Bosch BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut weiterleiten kann, damit dieses mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV und FAV befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Eine Befragung zum Modul findet nicht statt.

Exemplar für den Patienten

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Nur für Bosch BKK-Facharztprogramm!

Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass

- ich am Facharztprogramm teilnehme oder nach ausführlicher und umfassender Information die Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm unterzeichnet habe.
- ich durch meinen behandelnden Arzt ausführlich und umfassend über die Inhalte und den Ablauf der Therapie zur Behandlung der chronischen Hepatitis C mit Eplusa® informiert wurde. Ich hatte ausreichend Gelegenheit, etwaige offene Fragen zu stellen, die mir alle verständlich und zufriedenstellend beantwortet wurden.
- mir ein Merkblatt ausgehändigt wurde, in dem die speziellen Teilnahmevoraussetzungen, die Erhebung, Speicherung, Verarbeitung und Nutzung sowie die Übermittlung meiner personenbezogenen Daten im Zusammenhang mit dem Modul Therapie mit Eplusa® (im Folgenden: Modul) beschrieben ist.
- ich bereit bin, mich im erforderlichen Umfang aktiv im Sinne des Moduls an der Behandlung zu beteiligen.
- ich darüber informiert wurde, frühestens mit einer Frist von 1 Monat auf das Ende meines Teilnahmejahres im Hausarztprogramm (12 Monate) ohne Angabe von Gründen meine Teilnahme an der HZV schriftlich oder zur Niederschrift gegenüber der Bosch BKK kündigen zu können. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Bindung um weitere 12 Monate. Meine Teilnahme am Modul endet ggf. automatisch mit dem vom Facharzt festgelegten Therapieende.

Mir ist bekannt, dass

- die Teilnahme am Modul freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Modul-Teilnahmebedingungen aus dem Modul ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem Modul erfolgt.
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm und damit meine Teilnahme am Modul endet.
- mir bei einer Nichtteilnahme keine Nachteile entstehen.

- meine Teilnahme am Modul automatisch endet, wenn die Therapie beendet wird.
- ich die hier abgegebene Einwilligung nach Ablauf der zweiwöchigen Widerspruchsfrist grundsätzlich frühestens auf das Ende meines Modul-Teilnahmejahres (12 Monate) zur Niederschrift oder schriftlich bei meinem Facharzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen kündigen kann. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.
- meine im Rahmen des Moduls erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Bosch BKK.
- während der Behandlung mit Eplusa® innerhalb des Moduls ein Facharztwechsel nur in begründeten Ausnahmefällen möglich ist. Den Facharztwechsel mit Begründung muss ich der Bosch BKK schriftlich mitteilen. Bei einem Arztwechsel bin ich verpflichtet, meinen neu gewählten Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Eplusa® zu informieren. Wenn ich die Teilnahme am Modul weiterführen möchte, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- ich im Vertretungsfall meines Facharztes (Urlaub oder Krankheit) den von meinem Facharzt benannten Vertretungsarzt aufsuche.

Ich stimme zu, dass

- mein gewählter Facharzt sowie meine in Anspruch genommenen Ärzte, die am Facharztprogramm teilnehmen, und andere an meiner Behandlung beteiligte Leistungserbringer, die ich zu Rate ziehe, Auskünfte über meine Teilnahme am Modul, Behandlungsdaten und Therapieempfehlungen austauschen. Hierfür entbinde ich die von mir konsultierten Ärzte von ihrer Schweigepflicht.
- Die Bosch BKK und die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum die für die Abrechnungs- und Prüfbelange sowie die Qualitätssicherung notwendigen personenbezogenen Daten erhalten, speichern, verarbeiten und nutzen. Die einzelnen Schritte der Datenerhebung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen des Moduls sowie der Umfang der damit verbundenen Daten sind im zugehörigen Merkblatt beschrieben.

- Die Bosch BKK meine Adresse und Telefonnummer ohne weitere persönliche Daten an ein unabhängiges Marktforschungsinstitut weiterleiten kann, damit dieses mich zur persönlichen Lebensqualität und Zufriedenheit in Zusammenhang mit der HZV und FAV befragen kann. Die Teilnahme an solchen Befragungen ist freiwillig. Eine Befragung zum Modul findet nicht statt.

Exemplar für den Arzt

Ja, ich möchte am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ teilnehmen.

Ja, ich bin mit den im Merkblatt beschriebenen Inhalten und der Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahme am „Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ **einschließlich der Qualitätssicherung, wissenschaftlichen Begleitung und Versichertenbefragung** einverstanden. Ich bin darüber informiert, dass ich damit auch die Einwilligung in die beschriebene Übermittlung meiner Kontaktdaten bzw. meiner pseudonymisierten, fallbezogenen Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten erteile.

Hinweis: Sollten Sie nicht einverstanden sein, ist Ihre Teilnahme am Modul „Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C“ nicht möglich. Sie können die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Bitte das heutige Datum eintragen.

T	T	M	M	J	J	J	J

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

Merkblatt zum Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C für Teilnehmer am Bosch BKK-Facharztprogramm

Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C – was ist das?

Mit dem Bosch BKK-Facharztprogramm wollen die Bosch BKK und ihre Partner in Baden-Württemberg gemeinsam die Qualität und Wirtschaftlichkeit der gesundheitlichen Versorgung verbessern. Damit entsprechen sie einer Empfehlung des Gesetzgebers. Ziel des Moduls zur Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C im Bosch BKK-Facharztprogramm (im Folgenden: Modul) ist es, die Betreuung von Patienten mit Hepatitis C in besonderer Qualität zu gewährleisten und individuelle Unterstützung bei der Therapie durch Ihren gewählten Facharzt zu ermöglichen.

Ihr Arzt wählt die für Sie passende Therapie aus. In Abhängigkeit vom Genotyp des Hepatitis-C-Virus und weiteren patientenindividuellen Faktoren stehen dabei verschiedene Arzneimittel mit vergleichbar hoher Wirksamkeit zur Verfügung. In diesem Fall sind für Ihren Arzt die Kosten der Therapie ein Aspekt bei der Auswahl Ihrer Therapie. Für das Arzneimittel Epclusa® mit den Wirkstoffen Glecaprevir und Pibrentasvir entstehen geringere Kosten als für andere Arzneimittel dieser Substanzgruppe. Durch diese Einsparungen im Arzneimittelbereich können Zusatzleistungen für unsere Versicherten in den Selektivverträgen refinanziert werden. Wir danken Ihnen, dass Sie uns auf diesem Weg unterstützen.

Während der Therapie werden Sie engmaschig durch Ihren Arzt betreut. Das ist notwendig, um mögliche Nebenwirkungen überwachen und Entscheidungen zum Verlauf der Therapie treffen zu können. Ihre Teilnahme am exklusiven Modul Therapie mit Epclusa® bei chronischer Hepatitis C ist **freiwillig**.

Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Sie wählen Ihren Facharzt verbindlich bis zum Ende der Therapie. Das Therapieende wird von Ihrem Facharzt festgelegt.
- Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Bei einem begründeten Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Epclusa® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der Bosch BKK teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.
- Im Vertretungsfall (Urlaub oder Krankheit Ihres Facharztes) suchen Sie den von Ihrem Facharzt benannten Vertretungsarzt auf.
- Teilnehmen können alle Versicherten der Bosch BKK, die am Bosch BKK-Hausarztprogramm teilnehmen und mindestens 6 Jahre alt sind.

Ihre Vorteile auf einen Blick

Das Modul ermöglicht Ihnen und Ihrem Arzt eine besondere Unterstützung bei der Therapie der chronischen Hepatitis C und eine intensivere Betreuung sowie individuelle Begleitung während Ihrer Therapie. Ihr Arzt kann sich mehr Zeit für Ihre Behandlungsbegleitung nehmen und Sie mit verständlichen Informationen bei der Therapie unterstützen. Taggleich zur Einschreibung im Modul kann die Behandlung gemäß Modul erfolgen.

Einschreibung

Ihre Teilnahmeerklärung können Sie in der Praxis eines am Bosch BKK-Facharztprogramm im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Facharztes mit Erfahrung in der Therapie der chronischen Hepatitis C ausfüllen und abgeben. Mit Ihrer Unterschrift zur Teilnahme am Modul wählen Sie einen Ihrer Fachärzte des Vertrauens und die Teilnahme am Modul bis zum Ende der Therapie.

Der Arzt händigt Ihnen eine Kopie der von Ihnen und Ihrem Arzt unterschriebenen Teilnahmeerklärung aus. Ein zweites Exemplar der Teilnahmeerklärung verbleibt bei Ihrem Facharzt. Ihre Teilnahme am Modul beginnt sofort. Sie entscheiden gemeinsam mit Ihrem Arzt, wann Ihre Behandlung startet. Sie erhalten kein gesondertes Begrüßungsschreiben zur Teilnahme am Modul.

Wenn Sie sich nicht für das Modul entscheiden und bereits am Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmen, wird Ihr Arzt Sie nach den dort festgelegten hohen Qualitätskriterien behandeln. Sie bleiben wie gewohnt Teilnehmer/in in der hausarztzentrierten Versorgung (Bosch BKK-Hausarztprogramm) und besonderen ambulanten ärztlichen Versorgung (Bosch BKK-Facharztprogramm).

Widerruf der Teilnahme

Sie können die Abgabe Ihrer Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei Ihrem Arzt oder bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen.

Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an Ihren Arzt oder die Bosch BKK. Blinde und Sehbehinderte werden im Bedarfsfall im Rahmen der Einschreibung mündlich über die Möglichkeit des Widerrufs der Teilnahme belehrt.

Kündigung und Facharztwechsel

Ihre Behandlung dauert in der Regel maximal 16 Wochen. Mit dem Therapieende endet automatisch auch

Ihre Teilnahme am Modul. Sie können Ihre Teilnahme am Modul auch vor Therapieende ohne Angabe von Gründen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift gegenüber Ihrem Arzt oder der Bosch BKK kündigen. Die Kündigung wird frühestens zum Ablauf von 12 Monaten nach Einschreibung wirksam. Endet die Therapie nicht und erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate.

Sie sollten während der Behandlung nur in begründeten Ausnahmefällen Ihren Arzt wechseln. Ein Wechsel des Facharztes müssen Sie der Bosch BKK mit Begründung in Textform mitteilen. Bei einem Arztwechsel sind Sie verpflichtet, Ihren Arzt über die bereits begonnene Behandlung mit Epclusa® zu informieren. Falls Ihr neu gewählter Arzt am Facharztprogramm der Bosch BKK Baden-Württemberg teilnimmt und Sie die Therapie bei ihm fortführen möchten, ist es erneut erforderlich, eine Teilnahmeerklärung zum Modul auszufüllen.

Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Modul kündigen, wenn Sie wiederholt gegen Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen. Liegen die Teilnahmevoraussetzungen für das Hausarztprogramm und Facharztprogramm nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Modul.

Einwilligung zum Datenschutz

Im Sozialgesetzbuch wird die Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung durch die Bosch BKK für das Bosch BKK-Facharztprogramm und das Modul geregelt.

Für die Teilnahme am Modul ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz abgibt, u. a. da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG bzw. ein von ihr bestimmtes Abrechnungszentrum auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

Ihre Einwilligungserklärung ist Bestandteil der Teilnahmeerklärung. Mit Ihrer Teilnahmeerklärung bestätigen Sie, dass Sie mit den im Folgenden näher beschriebenen Einschreibe-, Datenerhebungs-, -übermittlungs-, -speicherungs-, -verarbeitungs- und -nutzungsvorgängen einverstanden sind.

Damit Sie sofort die Vorteile des Moduls nutzen können, kann der Facharzt, der Sie einschreibt, bereits am Tag der Einschreibung mit Ihrer Einwilligung das Modul im Bosch BKK-Facharztprogramm realisieren. Damit wird ein sofortiger Behandlungsbeginn ermöglicht. Sie willigen in die datenschutzkonforme Übertragung von Abrechnungsdaten, die aus solchen Behandlungen resultieren, sowie dem Befundaustausch zwischen den beteiligten Leistungserbringern ein.

Befundaustausch

Um für Sie eine optimale Versorgung sicherstellen zu können, ist der Austausch von Befunden zwischen den „Leistungserbringern“ (Therapeuten, behandelnde Ärzte) notwendig.

Mit der Unterzeichnung der Datenschutz-Einwilligungserklärung erklären Sie ausdrücklich Ihr Einverständnis, dass Auskünfte über Ihre Teilnahme am Modul sowie Befunde zwischen den beteiligten Leistungserbringern ausgetauscht werden. Dies wird in Form von Arztbriefen oder Berichten von Therapeuten erfolgen.

Darüber hinaus ist im Fall eines Arztwechsels während der Therapie mit Epclusa® eine Weiterleitung Ihrer Behandlungsdaten von Ihrem aktuellen Facharzt zum neuen Facharzt notwendig. Hierfür entbinden Sie Ihren Facharzt von seiner Schweigepflicht.

Eine anderweitige Verwendung der Befunde sowie die Weiterleitung an die Bosch BKK und andere Stellen erfolgt nicht.

Datenübermittlung und -zusammenführung

Ihr gewählter Facharzt übermittelt für Ihre Versorgung Diagnosen sowie Abrechnungs- und Verordnungsdaten datenschutzkonform als verschlüsselten elektronischen Datensatz an die Bosch BKK und MEDIVERBUND AG zu Abrechnungszwecken. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Versicherte bei Bedarf zu beraten. Für Ihre Teilnahme am Modul wird **kein** weiteres Merkmal im Datensatz aufgenommen und übermittelt. Ihre Teilnahme ist nur aus den im nächsten Absatz beschriebenen Gebührenordnungspositionen abzulesen, die der Managementgesellschaft und der Bosch BKK übermittelt werden.

Zusätzliche Datenerhebung bei der Abrechnung

Die Abrechnung ärztlicher Leistungen erfolgt im Bosch BKK-Facharztprogramm über sogenannte Gebührenordnungspositionen (GOP).

Die GOP für die Abrechnung des Moduls wurden anhand unterschiedlicher Parameter der Erkrankung Hepatitis C aufgeschlüsselt. Das heißt abhängig von Ihren medizinischen Merkmalen werden unterschiedliche GOP abgerechnet.

Hierbei werden sowohl genaue Merkmale übermittelt als auch gruppierte Informationen. Dies betrifft als genaue Übermittlung den Genotyp Ihres Hepatitis-C-Virus und die mögliche Reaktivierung einer bestehenden Hepatitis B-Infektion. Kategorisierte Informationen umfasst der Abschluss Ihrer Therapie (kein Virus mehr nachweisbar oder Virus noch nachweisbar), Vorliegen einer Leberzirrhose (keine Zirrhose oder eine sog. kompensierte Zirrhose) sowie etwaige Hepatitis C-Vortherapien (keine Vortherapie oder Vortherapie mit bestimmten Medikamenten).

Diese zusätzlichen Daten werden gemäß § 295a SGB V über die Managementgesellschaft MEDIVERBUND AG an die Bosch BKK übermittelt. Dieser Datenerhebung, -übermittlung, -speicherung, -verarbeitung und -nutzung stimmen Sie mit Ihrer Teilnahmeerklärung zu.

Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten

Die Leistungs- und Abrechnungsdaten der Bosch BKK (z. B. Arzneimittelverordnungen) werden bei der Bosch BKK in einer separaten Datenbank zusammengeführt. Diese Daten sind pseudonymisiert (fallbezogen), enthalten also insbesondere nicht mehr Ihre Namen oder sonstige persönliche Angaben.

Im Einzelnen handelt es sich um Daten wie Versichertenart (z. B. Rentner, Pflichtmitglied etc.), ambulante Operationen (mit Diagnosen), Arbeitsunfähigkeitszeiten und -kosten (mit Diagnosen), Vorsorge- und Rehamaßnahmen (mit Diagnosen und Kosten), häusliche Krankenpflege und Haushaltshilfe, Art und Kosten von verordneten Arznei-, Heil- und Hilfsmitteln, Fahrtkosten sowie Pflegeleistungen etc.

Diese pseudonymisierten Daten werden ausschließlich zu Steuerungszwecken, für das Kosten- und Qualitätscontrolling, für die medizinische und ökonomische Verantwortung der teilnehmenden Ärzte sowie für wissenschaftliche Zwecke ausgewertet und genutzt.

Im Einzelfall kann für einen begrenzten Zeitraum eine Repseudonymisierung von Daten durchgeführt werden. Gründe hierfür können die Überprüfung von Programmierfehlern in der Datenbank oder der Hinweis auf eine mögliche Fehlversorgung sein. Nur in diesen Fällen wird von der Bosch BKK der Personenbezug zu Ihren Daten wiederhergestellt.

Der Schutz Ihrer Daten wird dadurch gewährleistet, dass nur speziell für das Modul ausgewählte und geschulte Mitarbeiter, die auf die Einhaltung des Datenschutzes (Sozialgeheimnis) besonders verpflichtet wurden, Zugang zu den Daten haben.

Wissenschaftliche Begleitung

Das Medikament Epclosa®, mit dem Sie im Rahmen des Moduls behandelt werden, ist ein neues, innovatives Arzneimittel, das seine Wirksamkeit und Sicherheit bei der Zulassung bewiesen hat. In Zulassungsstudien wird jedoch oft durch sogenannte Ausschlusskriterien eine eher untypische Patientenauswahl getroffen. Ein weiteres Ziel des Moduls ist es daher, die übermittelten Daten mit denen der Zulassungsstudie zu vergleichen.

Zur Sicherstellung einer dauerhaft hohen Qualität des Hausarztprogramms und Facharztprogramms, dem das Modul angefügt ist, werden diese durch unabhängige Forschungsinstitute (z. B. Universitäten) wissenschaftlich begleitet und regelmäßig bewertet. Zu diesem Zweck benötigen diese Institute Ihre Behandlungs-, Diagnosen-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten sowie weitere Sozialdaten (z. B. Alter oder Geschlecht). Die Bosch BKK übermittelt diese Daten ausschließlich in pseudonymisierter, fallbezogener Form, d. h. für die Institute ist kein Rückschluss auf Ihre Person möglich.

Mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung zum Modul erklären Sie gleichzeitig Ihre Einwilligung in die Übermittlung dieser Daten. Die Einwilligung ist Voraussetzung für Ihre Teilnahme am Modul.

Schweigepflicht und Datenlöschung

Im Modul sowie im Bosch BKK-Hausarztprogramm und Bosch BKK-Facharztprogramm ist die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung der Ärzte und dem allgemeinen Strafrecht gewährleistet. Für personenbezogene Dokumentationen in der Arztpraxis finden die gesetzlichen Aufbewahrungsfristen unter Berücksichtigung der berufsrechtlichen Vorschriften Anwendung. Die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V in Verbindung mit § 84 SGB X) bei Ihrem Ausscheiden aus dem Modul gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm.

Informationspflicht bei Erhebung von personenbezogenen Daten bei der betroffenen Person gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung

1. Namen und Kontaktdaten des Verantwortlichen im Sinne der EU-Datenschutzgrundverordnung

Verantwortlicher für die Durchführung des Bosch BKK-Facharztprogramms

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

Telefon: 0711 25088-0
E-Mail: Besondere.Versorgung@Bosch-BKK.de

2. Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten

Datenschutzbeauftragte(r) der Bosch BKK

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Siemensstr. 52a
70469 Stuttgart

Fax: 0711 2529818-49
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

3. Welche Daten werden innerhalb des Bosch BKK Facharztprogrammes verarbeitet?

Für Ihre Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm werden folgende Daten von Ihrem/r Haus- und/o-der Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in verarbeitet:

- Name, Vorname
- Krankenversicherungsnummer
- Anschrift
- Geburtsdatum
- Versichertenstatus
- Individueller Teilnahme-Code
- Teilnahmestatus am Bosch BKK-Hausarzt-/Facharztprogramm

Diese Daten werden elektronisch zunächst an die Managementgesellschaft und von dort elektronisch an die Bosch BKK Baden-Württemberg weitergeleitet. Rechtsgrundlage: § 140a Abs. 4 Satz 1 und Abs. 5, § 73c a.F. i.V.m. § 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V. Gemäß diesen Vorschriften erfolgt die Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm nur, wenn der Versicherte seine Teilnahme schriftlich erklärt und mit dieser Teilnahmeerklärung schriftlich in die erforderliche Datenverarbeitung einwilligt. Die Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm ist somit an die Einwilligung in die Datenverarbeitung gekoppelt.

Wer ist die Managementgesellschaft?

MEDIVERBUND AG
Näheres zur Managementgesellschaft finden Sie unter www.medi-verbund.de.

Bei einer Leistungsanspruchnahme innerhalb des Bosch BKK-Facharztprogramms werden folgende Daten von Ihrem/r behandelnden Facharzt/ärztin bzw. Therapeuten/in für die Bosch BKK verarbeitet:

Allgemeine Daten:

- die Krankenkasse, einschließlich eines Kennzeichens für die Kassenärztliche Vereinigung, in deren Bezirk der Versicherte seinen Wohnsitz hat,
- den Familiennamen und Vornamen des Versicherten,
- das Geburtsdatum des Versicherten,
- das Geschlecht des Versicherten,

- die Anschrift des Versicherten,
- die Krankenversicherungsnummer des Versicherten,
- den Versichertenstatus,
- den Zuzahlungsstatus des Versicherten,
- den Tag des Beginns des Versicherungsschutzes,
- bei befristeter Gültigkeit der elektronischen Gesundheitskarte das Datum des Fristablaufs,
- Tag der Leistungsanspruchnahme, ggf. Uhrzeit hierzu

Gesundheitsdaten:

- Erbrachte ärztliche Leistungen bzw. Leistungsziffern (Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 2 dieses Merkblatts.)
- Diagnosen und Prozeduren gem. den Vorgaben des Deutschen Instituts für Medizinische Dokumentation und Information
- Verordnungsdaten

Zur Abrechnung der Leistung überträgt der/die Arzt/Ärztin bzw. Therapeut/in die vorgenannten Daten an die Managementgesellschaft und diese anschließend an die Bosch BKK Baden-Württemberg. Rechtsgrundlage: § 295a Abs. 1 SGB V. Gemäß dieser Vorschrift erfolgt die Datenübermittlung nur, wenn der Versicherte bei der Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm in diese Übermittlung eingewilligt hat. Eine solche Übermittlung ist eine entsprechende Voraussetzung für die Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm.

4. Für welchen Zweck werden die zuvor genannten Daten verarbeitet?

Die Verarbeitung der in Ziffer 3. genannten Daten erfolgt bei dem/der behandelnden Arzt/Ärztin bzw. Therapeuten/in ausschließlich zur Behandlung des Versicherten einschließlich der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen, bei der Managementgesellschaft ausschließlich zum Zwecke der Abrechnung der vertraglichen Leistungen mit dem behandelnden Arzt und der Bosch BKK. Die Verarbeitung bei der Bosch BKK erfolgt zum Zwecke der Durchführung und Abrechnung des Bosch BKK-Facharztprogrammes (einschließlich Wirtschaftlichkeits- und Qualitätsprüfungen).

Soweit gesetzlich zulässig, verarbeitet die Bosch BKK die genannten Daten zusätzlich für eine wissenschaftliche Begleitung. Näheres hierzu ergibt sich aus Seite 3 dieses Merkblattes.

Die jeweils aktuell beauftragten Forschungsinstitute sind auf der Internetseite <https://www.BoschBKK.de/pk/bw/inhalt/BoschBKK-facharztprogramm/> abrufbar.

5. Wie lange werden die Daten gespeichert?

Die Teilnahmeerklärung sowie die maschinell gespeicherten Daten werden auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i. V. mit § 84 SGB X) bei einer Ablehnung Ihrer Teilnahme an oder bei Ihrem Ausscheiden aus dem Bosch BKK-Facharztprogramm gelöscht, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, spätestens jedoch 10 Jahre nach Beendigung Ihrer Teilnahme am Bosch BKK-Facharztprogramm.

6. Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?

Bei den Aufsichtsbehörden

Der Bundesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
 Graurheindorfer Str. 153
 53117 Bonn
poststelle@bfdi.bund.de
 oder per [Webformular](#)

Bundesamt für Soziale Sicherung
Friedrich-Ebert-Allee 38
53113 Bonn
poststelle@bas.bund.de
oder
poststelle@bas.de-mail.de

Stand: März 2021

CHECKLISTE - AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH



BOSCH

BKK

Name Patient _____

Einschlusskriterien:

- chronische Hepatitis C, gesichert (HCV-RNA)
- Patienten ab einem Alter von 6 Jahren und einem Körpergewicht von mindestens 17 kg
- HZV-Teilnehmer
- Adhärenz erwartet

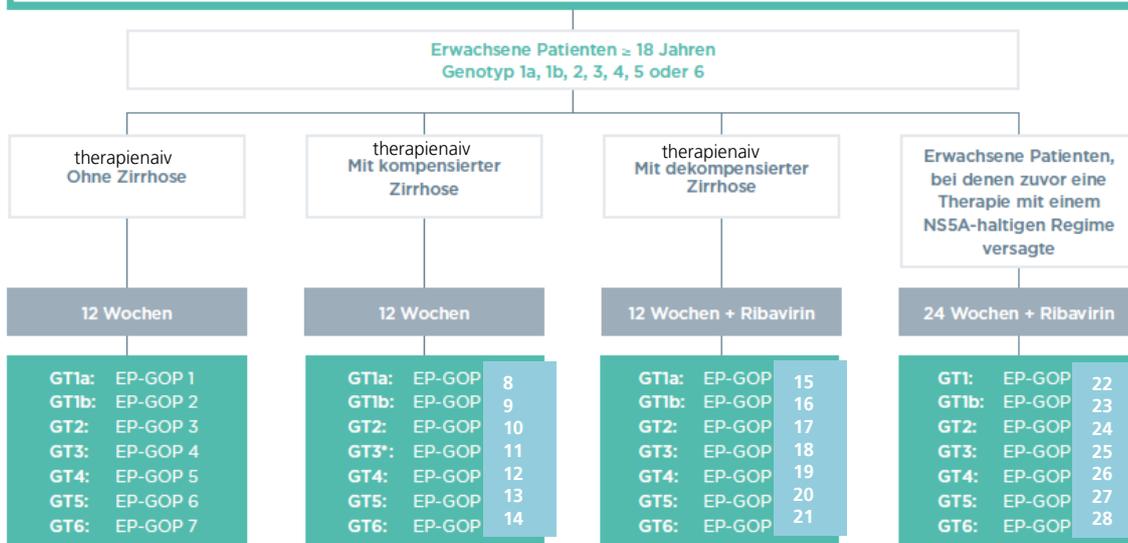
Ausschlusskriterien:

Gleichzeitige Anwendung von Arzneimitteln, die starke P-Glykoprotein (P-gp)-Induktoren und/oder starke Cytochrom P450 (CYP)-Induktoren sind (Carbamazepin, Phenobarbital, Phenytoin, Rifampicin, Rifabutin und Johanniskraut)

Aufklärung chronische Hepatitis C

- Bedeutung der Therapietreue
- Informationen zur Therapie mit EPCLUSA®
- Dauer der Therapie
- Umgang mit Erbrechen nach Tabletteneinnahme oder bei vergessener Einnahme
- Interaktionscheck mit anderen Arzneimitteln, z.B. Amiodaron, und Aufklärung (siehe aktuelle Fachinformation; Hinweis wegen OTC Johanniskraut!)
- Notwendigkeit der Hepatitis-B-Bestimmung vor CHC-Therapiebeginn
- Hinweis an Diabetiker: zu Beginn der Therapie engmaschige Überwachung notwendig
- Anwendung und Dosierung erklärt
- Abgabe Informationsmaterial**

ENTSCHEIDUNGSBAUM BEI EINER EPCLUSA®-THERAPIE: THERAPIEDAUER UND ABRECHNUNGSHILFE



Adhärenzgespräche:	EP-GOP 29
HepB-Coinfektion:	EP-GOP 30
Abschlussgespräch erfolgreich (SVR erreicht):	EP-GOP 31
Abschlussgespräch nicht erfolgreich (SVR nicht erreicht):	EP-GOP 32

* Die Zugabe von Ribavirin kann bei Patienten mit einer Infektion vom GT3 und kompensierter Zirrhose erwogen werden.

CHECKLISTE - AUFKLÄRUNGSGESPRÄCH



Name Patient _____

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz

Nebenwirkungen

keine

folgende:

Erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung z.B. Hautausschlag, Angioödem, Stevens-Johnson-Syndrom (Hautausschlag, der von Fieber, grippeähnlichen Symptomen und Blasenbildung im Mund, Augen und/oder Genitalien begleitet sein kann)*

Andere Gründe:

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz

Nebenwirkungen

keine

folgende:

Erneuter Interaktionscheck

Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung z.B. Hautausschlag, Angioödem, Stevens-Johnson-Syndrom (Hautausschlag, der von Fieber, grippeähnlichen Symptomen und Blasenbildung im Mund, Augen und/oder Genitalien begleitet sein kann)*

Andere Gründe:

Adhärenzgespräch

Bedeutung Adhärenz

Nebenwirkungen

keine

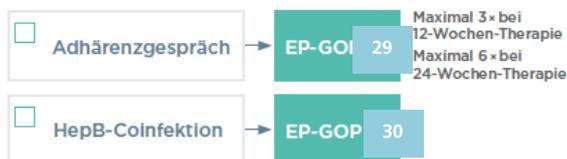
folgende:

Erneuter Interaktionscheck

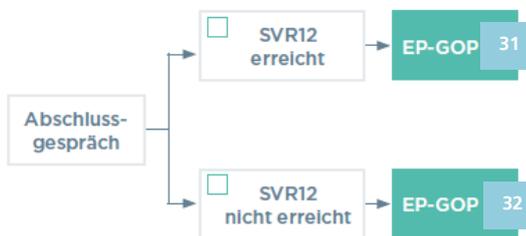
Therapieabbruch aufgrund von

Therapeutische Nebenwirkung z.B. Hautausschlag, Angioödem, Stevens-Johnson-Syndrom (Hautausschlag, der von Fieber, grippeähnlichen Symptomen und Blasenbildung im Mund, Augen und/oder Genitalien begleitet sein kann)*

Andere Gründe:



Eine Untersuchung auf eine HBV-Infektion sollte bei allen Patienten vor Beginn der Behandlung durchgeführt werden. HBV / HCV-koinfizierte Patienten haben das Risiko einer HBV-Reaktivierung und sollten nach den aktuellen klinischen Leitlinien überwacht und behandelt werden.



* Bitte beachten Sie die Pflicht zur Mitteilung von unerwünschten Arzneimittelwirkungen nach § 6 der Berufsordnung der Landesärztekammer Baden-Württemberg.

Abrechnungsprüfkriterien

- (1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führt die AOK eine solche Prüfung anhand der AOK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.
- (2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:
 - a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;
 - b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);
 - c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;
 - d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);
 - e) Vorliegen vollständiger Informationen zur Zahlung der Praxisgebühr bzw. des Befreiungsgrundes (§ 18 Abs. 1 BMV-Ä in der jeweils geltenden Fassung) gemäß den Einstellungen der Vertragssoftware.
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK - Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10**) übermittelten Dokumentation.
- (5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.

- (6) Die Managementgesellschaft und die AOK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.
- (7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.
- (8) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

Prüfwesen

Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

- (1) Die AOK bzw. die BKK prüfen die Abrechnungen der FACHÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich
 - a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;
 - b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;
 - c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzte und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT-Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;
 - d) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.
- (2) Die AOK bzw. die BKK können (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.
- (3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.
- (4) Die AOK und die BKK unterrichten die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.
- (5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT zu einer

schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein vom bng, von MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK/BKK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK oder BKK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. d) kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK/BKK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

- (6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK bzw. zwei Vertretern der BKK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).
- (7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK oder die BKK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.

- (8) Die AOK und die BKK können, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK oder die BKK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.
- (9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK oder BKK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.
- (10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.
- (11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

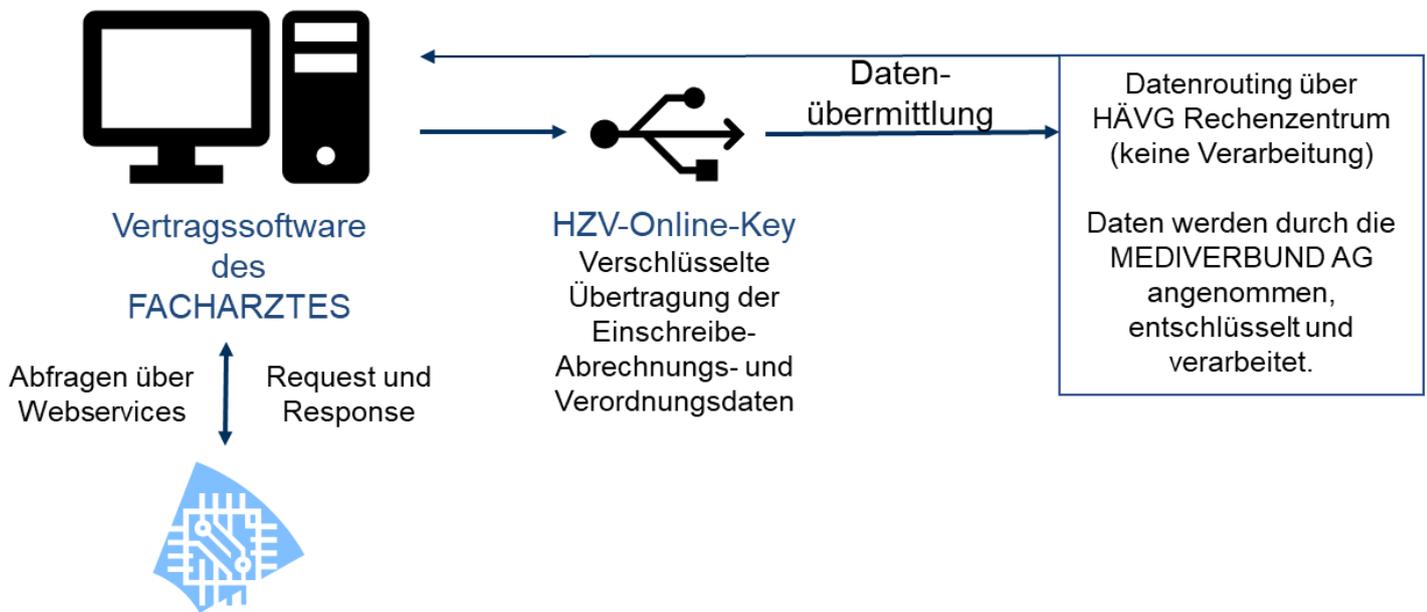
- (1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.
- (2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK/BKK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK/BKK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK/BKK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

Datenschutz

Datenübermittlung

I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:



HÄVG-Prüfmodul

Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)
- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)
- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)
- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisation, Diagnosesicherheit)
- LANR und BSNR des überweisenden Arztes
- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)
- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)
- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK/Bosch BKK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)
- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

1. Zweck der Verarbeitung:

- (1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.
- (2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.
- (3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK/Bosch BKK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

- (1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/BOSCH BKK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

6. Haftung

- (1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.
- (2) Die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.
- (3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

7. Sonstige Pflichten

- (1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichtet.
- (2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.
- (3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK

- (1) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen dieses Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden **FACHÄRZTE** gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.
- (2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK vorzulegen.
- (3) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

- (1) Die Informationspflichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden **FACHARZT** werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der **FACHARZT** wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der **FACHÄRZTE** nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen für die **FACHÄRZTE**.

3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

4. Sonstige Rechte und Pflichten

- (1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK in eigener Zuständigkeit wahr.
- (2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.
- (4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK/Bosch BKK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.
- (5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

- (1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., den BNG, BNFI und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.
- (2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und die teilnehmenden Berufsverbände BNG und BNFI.
- (3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.

- (4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Liebknechtstraße 29
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

- (5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Liebknechtstr. 29, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mühlheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de)

- (6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Facharztverbände und/oder die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managamentgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:
Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15

Vertrag über die Auftragsdatenverarbeitung zwischen FACHARZT und Managementgesellschaft

§ 1 Gegenstand und die Dauer des Auftrags

Gegenstand dieses Vertrages ist die Abrechnung von ärztlichen Leistungen durch die MEDIVERBUND Dienstleistungs GmbH gegenüber der AOK Baden-Württemberg (AOK), beauftragt durch den Facharzt, die im Rahmen von Verträgen nach § 73c SGB V erbracht worden sind.

Der Vertrag beginnt mit der Unterzeichnung durch die Vertragsparteien und endet mit der Beendigung der Teilnahme des Auftraggebers am „Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V“ vom 08.07.2010.

§ 2 Umfang, Art und Zweck der vorgesehenen Erhebung, Verarbeitung oder Nutzung von Daten, die Art der Daten und der Kreis der Betroffenen

Für die Abrechnung der Vergütung übermittelt der FACHARZT („Auftraggeber“) im Wege elektronischer Datenübertragung, entsprechend §§ 6 und 7 des „Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V“, dem MEDIVERBUND („AUFTRAGNEHMER“) für jedes Quartal und für jeden Behandlungsfall folgende Daten:

1. Angaben nach § 291 Abs. 2 Nr. 1, 6 und 7 SGB V,
2. Arztnummer, in Überweisungsfällen die Arztnummer des überweisenden Arztes,
3. Art der Inanspruchnahme,
4. Art der Behandlung,
5. Tag der Behandlung,
6. abgerechnete Gebührenpositionen mit den Schlüsseln nach § 295 Abs. 1 Satz 5 SGB V,
7. Abrechnungsunterlagen für die von ihnen erbrachten Leistungen einschließlich des Tages der Behandlung und der Diagnosen, incl. ICD-10-Code,
8. Kosten der Behandlung,
9. Zuzahlungen nach § 28 Abs. 4. SGB V

Diese Daten leitet der Auftragnehmer nach Maßgabe des Abschnittes V: Abrechnung des „Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V“ an die AOK Baden-Württemberg weiter.

Bei dem Kreis der Betroffenen handelt es sich um Versicherte der AOK Baden-Württemberg, die sich durch ihre Teilnahmeerklärung in das AOK-FacharztProgramm eingeschrieben haben.

§ 3 Technische und organisatorische Maßnahmen

Die getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen werden in der Anlage 1 zum Datenschutzvertrag konkretisiert.

§ 4 Berichtigung, Löschung und Sperrung von Daten,

Der Auftragnehmer ist berechtigt Berichtigungen gemäß des Abschnittes V: Abrechnung des Vertrages zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V selbstständig durchzuführen und den sich aus den Verträgen gem. § 73c SGB V gegenüber der AOK ergebenden Verpflichtungen (z.B. Auskunftspflichten, Prüfpflichten) nachzukommen. Über die Sperrung und die Löschung von Daten informiert der Auftraggeber den Auftragnehmer. Die Löschung von Daten erfolgt unter Maßgabe der gesetzlichen und standesrechtlichen Aufbewahrungspflichten.

§ 5. Pflichten des Auftragnehmers

Der Auftragnehmer überprüft die Abrechnung nach Maßgabe der Anlage 13 (Abrechnungskriterien). Bei Unstimmigkeiten in der Abrechnung informiert der Auftragnehmer den Auftraggeber unverzüglich. Der Auftragnehmer hat die Pflicht, den Auftraggeber hinzuweisen, wenn eine Weisung des Auftraggebers gegen Datenschutzgesetze oder andere Vorschriften über den Datenschutz verstößt.

§ 6 Berechtigung zur Begründung von Unterauftragsverhältnissen

Zur Erfüllung der Aufgaben aus diesem Datenschutzvertrag ist der Auftragnehmer zur Einschaltung Dritter berechtigt. Die Begründung eines Unterauftragsverhältnisses bedarf der schriftlichen Zustimmung des Auftraggebers. In der Anlage 2 zu diesem Vertrag werden Unterauftragsverhältnisse aufgenommen, die bereits zum Zeitpunkt der Unterzeichnung des Vertrages als genehmigt vereinbart gelten.

§ 7 Kontrollrechte des Auftraggebers und Duldungs- und Mitwirkungspflichten des Auftragnehmers

Der Auftraggeber oder durch ihn beauftragte Dritte sind berechtigt, nach vorheriger Anmeldung während der üblichen Geschäftszeiten die Grundstücke oder Geschäftsräume des Auftragnehmers zu

betreten und die ordnungsgemäße Einhaltung dieses Vertrages, insbesondere die getroffenen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu überprüfen oder Besichtigungen durchzuführen. Der Auftraggeber kann geschäftliche Unterlagen sowie die gespeicherten Daten und Datenverarbeitungsprogramme einzusehen, soweit es im Rahmen des Auftrags für die Überwachung des Datenschutzes erforderlich ist. Der Auftragnehmer hat diese Maßnahmen zu dulden.

§ 8 Mitzuteilende Verstöße des Auftragnehmers

Verstöße des Auftragnehmers, der bei ihm beschäftigten Personen oder beauftragter Dritter gegen datenschutzrechtliche Bestimmungen oder Bestimmungen, die sich aus diesem Vertrag ergeben, werden dem Auftraggeber unverzüglich angezeigt.

§ 9 Umfang der Weisungsbefugnisse, die sich der Auftraggeber gegenüber dem Auftragnehmer vorbehält

Die Daten dürfen nur entsprechend der Weisungen des Auftraggebers verarbeitet und genutzt werden. Die Art der Verarbeitung und der Nutzung wird durch den Hauptvertrag vorgegeben. Abweichende Verarbeitungen oder Nutzung von Daten sind nicht zulässig.

§ 10 Rückgabe überlassener Datenträger und die Löschung beim Auftragnehmer gespeicherter Daten nach Beendigung des Auftrags.

Überlassene Datenträger oder elektronisch übermittelte Daten verbleiben für die Dauer des Vertrages beim Auftragnehmer. Bei Beendigung des Vertrages entsprechend § 1 werden überlassene Datenträger an den Auftraggeber übergeben und übermittelte Daten nach Maßgabe der gesetzlichen und standesrechtlichen Aufbewahrungsfristen gelöscht. Ist eine Löschung aufgrund gesetzlicher, satzungsmäßiger oder sonstiger rechtlicher Bestimmungen bei Auftragnehmer nicht möglich, werden die Daten gesperrt.

Stuttgart, _____

FACHARZT

Managementgesellschaft

Grundlagen der Schnittstellenkoordination

Im Mittelpunkt der Versorgung und Schnittstellenbeschreibung stehen gemäß der demographischen Entwicklung und der Kosten Patienten mit chronisch entzündlichen Darmerkrankungen, mit chronischen Erkrankungen der Oberbauchorgane und gastroenterologischen Karzinomen..

Insbesondere bei komplizierten und kostenintensiven Behandlungsverläufen geht die Versorgung durch Experten wie Fachärzte mit besserem klinischen Outcome und niedrigeren Gesundheitsausgaben einher (Sachverständigenratsgutachten 2009 www.svr-gesundheit.de).

Diagnostik und Therapie als vorausschauend und regelmäßig koordinierte Betreuung ist der Schwerpunkt der interdisziplinären Schnittstellenbeschreibung und -koordination bei moderner apparativer Ausstattung, leitlinienorientierter Behandlung und ganzheitlicher Beratung mit rascher und verläSSLicher Befundübermittlung und Kommunikation.

Hausärztliche Kernaufgaben wie Anamnese, körperliche Untersuchung und Labordiagnostik auch zur Erhebung von Risikofaktoren insbesondere zur familiären Anamnese werden fachärztlich interdisziplinär erweitert je nach Krankheitsart und -schweregrad. Diese werden frühzeitig zu einem gemeinsam proaktiv ausgerichteten Versorgungsablauf auf der Basis der Anlagen 2 und 12 sowie der Anhänge 1 und 2 dieser Anlage zusammengeführt.

Ebenfalls frühzeitig sektorenübergreifend zu integrieren sind:

1. fachübergreifende Angebote zur Prävention und zum Lebensstil wie z.B. Nikotinfrei, Motivation zur Bewegung und Ernährungsberatung
2. Maßnahmen zur Erkennung und Behandlung von Komorbiditäten wie z.B. Depressionen, Diabetes mellitus, Hypertonus,
3. unterstützende Angebote wie z.B. durch Soziale Dienste, Case bzw. CareManagement, Selbsthilfegruppen und Patientenorganisationen.

Durch die vorausschauend gesichert interdisziplinäre Versorgungskontinuität ist zu erwarten,

1. ein besseres gesundheitliches Outcome mit geringeren Krankenhausaufnahmeraten, weniger Notfallbeanspruchung und höhere Patientenzufriedenheit mit verbesserter Prognose (Sachverständigenratsgutachten 2009 www.svr-gesundheit.de),

2. eine Unterstützung der Arzt-Patient-Beziehung durch ein verlässliches und ganzheitliches Überweisungsmanagement angepasst an den Schweregrad der Erkrankung (Sachverständigenratsgutachten 2009 www.svr-gesundheit.de).

Stationäre Versorgung ist gemäß Leitlinien insbesondere einzuleiten bei akuten, lebensbedrohlichen Situationen bzw. speziellen Maßnahmen.

Bei dem Übergang aus der stationären Behandlung in die kontinuierliche, ambulante Weiterversorgung ist in regelmäßiger gemeinsamer Absprache zwischen HAUS- und FACHARZT gemäß Anhänge 1 und 2 dieser Anlage die Therapie auf der Grundlage von Anlage 12 zu überprüfen, insbesondere auch die längerfristige rationale Medikation und die regelmäßige endoskopische Vor- und Nachsorge mit Lebensstilberatung.

Die Übermittlung der Befundberichte und Begleitschreiben erfolgt, soweit technisch möglich, per elektronischem Arztbrief unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß Anlage 3.

Anhang 1 zu Anlage 17: Überweisungsformular HAUSARZT-FACHARZT,
Strukturierter Befundbericht

Anhang 2 zu Anlage 17: Behandlungsempfehlungen chronisch entzündliche Darmerkrankungen, chronische Erkrankungen der Oberbauchorgane, gastroenterologische Karzinome.

Anhang 1 zu Anlage 17:

- 1. Begleitschreiben Gastroenterologie**
- 2. Gliederung Befundbericht an Hausarzt**

Krankenkasse bzw. Kostenträger		
Name, Vorname des Versicherten		
geb. am		
Kassen-Nr.	Versicherten-Nr.	Status
Betriebsstätten-Nr.	Arzt-Nr.	Datum

Begleitschreiben Gastroenterologie

WICHTIG:

Relevante Vorbefunde/Voruntersuchungen oder aktuelle Befunde müssen dem FACH-ARZT in Form von Briefen oder Untersuchungsprotokollen zur Verfügung gestellt werden

1. Fragestellung

2. Gastroenterologische Vorerkrankungen

- Familiäre Darmerkrankungen _____
- Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
- Oberbaucherkrankungen einschl. Hepatitis
- Onkologische Magen-Darmerkrankungen, auch Vorstufen
- Sonstige Beschwerden/ Erkrankungen _____

3. Relevante Vor- und Begleiterkrankungen

- Art. Hypertonie KHK/ Rhythmusstörungen Diabetes mellitus Epilepsie/ Psychose
- Andere Erkrankungen _____

4. Aktuelle Medikation

- | | Nein | Ja, und zwar |
|---|--------------------------|--------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Gerinnungshemmende Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Blutzuckersenkende Medikamente | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> Psychopharmaka | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> aktueller Medikamentenplan liegt bei | | _____ |

5. Bekannte Allergien/Arzneimittelunverträglichkeiten

- Nein
- Ja und zwar _____

6. Bisherige supportive Maßnahmen

- AOK Gesundheitsangeboten
- AOK Sozialer Dienst
- Selbsthilfegruppen
- Palliation
- Psychosomatik u.a.
- Sonstige: _____

7. Labor

- Laborbefunde liegen bei

Gliederung Befundbericht an HAUSARZT und optional an Patient

Diagnosen

ICD-Codierung

Anamnese

familiär

medikamentös

Laborwerte/Testverfahren

Apparative Diagnostik/Befunde

Zusammenfassende Beurteilung

Therapievorschläge

medikamentös

invasiv

kausal

symptomatisch

Allgemeinmaßnahmen

Wiedervorstellung Facharzt

Gesundheitsangebote

Anti-Nikotin/-Alkohol

Ernährung

Bewegung

Sozialer Dienst

Supportive/palliative Maßnahmen

Sonstige Themen

Überblick Gastroenterologie

Das Prinzip der vorausschauenden Versorgung auf der Basis aktueller Leitlinien in gegenseitiger Abstimmung zwischen Haus- und Facharztbene setzt die Kenntnis der Leitlinien voraus, daher Auszüge der wichtigsten Themen im Folgenden:

Überblick Vorsorge, Überwachung von Risikoerkrankungen und Nachsorge von bösartigen Erkrankungen des Verdauungssystems, Definition von Schnittstellen haus- und fachärztlicher Versorgung auch gemäß Anlage 12 Leistungsinhalte. Die Überweisungsempfehlungen insbesondere bei Vorstufen zum kolorektalen Karzinom, familiärem Risiko usw. sind den u.g. Leitlinien zu entnehmen.

Organ-System	Neoplasie	Massnahmen	Bemerkungen
ÖSOPHAGUS			
Gastroösophageale Refluxkrankheit „GERD“ ohne Alarm-Symptome	Adeno-Karzinom gastroösophagealer Übergang	Gastroskopie bei anhaltender Symptomatik und längerfristiger Therapiepflicht	Ref.: DGVS-Leitlinie 2005 („Gastroskopie frühzeitig im Krankheitsverlauf“); frühe Index-Gastroskopie sinnvoll, Verlaufskontrollen einer gesicherten Refluxkrankheit ohne Metaplasie (s.u.) nicht sinnvoll
Gastroösophageale Refluxkrankheit „GERD“ mit Alarm-Symptomen	Adeno-Karzinom gastroösophagealer Übergang	Gastroskopie	Alarmsymptome: - Schluckstörung - Anämie - GI-Blutung - Erbrechen rezidiv. - Gewichtsabnahme - Inappetenz
Barrett-Ösophagus	Adeno-Karzinom gastroösophagealer Übergang	- zwei Re-Gastroskopien binnen 1 Jahres - bei unauffälligen Befunden, „long segment“ (≥ 3 cm), Re-Gastroskopie alle 3 Jahre - bei unauffälligen Befunden, „short segment“ (< 3 cm), Re-Gastroskopie alle 4 Jahre	Biopsien nach dem Seattle-Protokoll (Stufen und Quadrantenbiopsien); Rolle einer dauerhaften säuresuppressiven PPI-Therapie in präventiver Absicht bei fehlenden Refluxsymptomen nicht gesichert; Ref.: DGVS-Leitlinie 2005
MAGEN			
H.p.-Gastritis bei Magenkarzinom in der Familie	Magen-Karzinom	Eradikationsindikation	Kontrolle des Eradikationserfolges wesentlich
H.p.-Gastritis bei Pan-Gastritis, Corpus-dominanter Gastritis, Atrophie, intestinaler Metaplasie	Magenkarzinom	Eradikationsindikation	Kontrolle des Eradikationserfolges wesentlich

Autoimmune Gastritis	Magen-Karzinom		H.p.-Nachweis in Biopsie falsch negativ? Zweites Testverfahren ergänzen, ggf. Eradikation.
PANKREAS			
Zysten Parenchym	Pankreas-Karzinom	definitive Abklärung erforderlich	... falls nicht eindeutig Pseudozysten, blande kongenitale Zysten vorliegen
Zysten Gangsystem / IPMN	Pankreas-Karzinom	definitive Abklärung erforderlich, ggf. engmaschige Beobachtung wenn Seitenäste betroffen	Häufung von Karzinomen ausserhalb des Pankreas!
Chronische Pankreatitis	Pankreas-Karzinom		
DÜNNDARM			
Zöliakie	Dünndarm-Karzinom; T-Zell-Lymphom		
LEBER			
Chronische Virus-Hepatitis B, erhöhtes HCC-Risiko	Hepatozelluläres Karzinom HCC	Oberbauchsonografie und Tumormarker AFP alle 12 Monate	erhöhtes Risiko trotz fehlender Zirrhose: - Männer > 45 J. - HCC in der Familie - Migrationshintergr.
Chronische Virus-Hepatitis C	Hepatozelluläres Karzinom HCC		
Leberzirrhose ungeachtet ihrer Ätiologie	Hepatozelluläres Karzinom HCC	Oberbauchsonografie und Tumormarker AFP alle 6 Monate	
GALLENWEGE			
primär sklerosierende Cholangitis	Cholangiokarzinom	- UDCA-Einnahme, 15 mg/kg	
KOLON			
Normales Risiko	Kolorektales Karzinom	Koloskopie 55. Lj., erneut nach 10 Jahren	
Angehöriger 1. Grades erkrankt oder Adenomträger	Kolorektales Karzinom	Koloskopie 10 J. vor Erkrankungsalter des Angehörigen, spätestens 50. Lj., erneut nach 5 Jahren	Untersuchungsintervall in dieser Situation schlecht belegt, ggf. auch 10 J. genügend
Häufung von Karzinomen des Kolons und/oder anderer Organe in der Familie, junge Erkrankte, rechtsseitig lokalisierte Kolonkarzinome	Kolorektales Karzinom	HNPCC Koloskopie 5 J. vor dem niedrigsten Erkrankungsalter in der Familie, spätestens 25.Lj., Re-Koloskopie jährlich	Anamnese: Amsterdam-Kriterien erfüllt oder Bethesda+MSI: Risiko-Person; Gen-Tests: nur aus Tumor-Gewebe von Patienten; falls in Familie Gen-Defekt identifiziert,

			Risikoperson über einfachen Bluttest zu identifizieren
Adenom-Träger, <= 2, < 1 cm, keine HGIEN	Kolorektales Karzinom	Re-Koloskopie nach 5 Jahren	
Adenom-Träger, > 2 und/oder > 1 cm, und/oder HGIEN	Kolorektales Karzinom	Re-Koloskopie nach 3 Jahren	bei HGIEN und nicht eindeutig gesicherter kompletter Abtragung frühere Kontrolle: 2-6 Monate
Adenom-Träger, serratiertes Adenom (sessil oder traditionell, auch im gemischten Polypen)	Kolorektales Karzinom	Re-Koloskopie nach 3 Jahren	... bei gesicherter kompletter Abtragung
Colitis ulcerosa	Kolorektales Karzinom	- Koloskopie 8 J. nach Erstmanifestation der Erkrankung (Index-Untersuchung); Pancolitis: ab sofort jährlich Linksseitencolitis: ab dem 15. Erkrankungsjahr jährlich - Mesalazin-Einnahme 2g/Tag	Stufen-Biopsien aus allen Abschnitten, 30-40 pro Untersuchung, zusätzliche Biopsien aus auffälligen Abschnitten
Colitis ulcerosa und PSC	Kolorektales Karzinom	- jährliche Koloskopie - Mesalazin-Einnahme 2g/Tag - UDCA-Einnahme 15 mg/kg	

Auswahl von Leitlinien und Empfehlungen für Diagnostik, Therapie und Überweisung (auch im Internet einsehbar)

AWMF

- Gastroösophageale Refluxkrankheit
- Helicobacter pylori und gastroduodenale Ulkuskrankheit
- Diagnostik und Therapie des Morbus Crohn
- Diagnostik und Therapie der Colitis ulcerosa (Konsensuskonferenz)
- Sozialmedizinische Beurteilung der Leistungsfähigkeit bei chronischen nicht-malignen Leber- und Gallenwegserkrankungen
- Prophylaxe, Diagnostik und Verlauf der Hepatitis-B-Virus-(HBV)-Infektion
- Exokrines Pankreaskarzinom

Hepatitis_ Leitlinien Genfer Stiftung für Medizinische Ausbildung und Forschung
www.gfmer.ch/Guidelines/Hepatitis

S3-Leitlinie „Kolorektales Karzinom“ Ergebnisse evidenzbasierter Konsensuskonferenzen
Gastro 0808 Artikel ZfG-695-Sonder, 30.9.08, Reemers Publishingservices GmbH

S3-Leitlinie „Sedierung in der gastrointestinalen Endoskopie“ 2008 (AWMF-Register-Nr. 021/014)

www.krebsinformationsdienst.de/wegweiser/broschueren/darmkrebs

www.g-ba.de

Merkblatt Darmkrebs-Früherkennung
(u.a. in Prüfung Einsatz eines Fragebogens zur Verbesserung der Früherkennung von Darmkrebs bei familiärer und hereditärer Belastung im Rahmen der Früherkennungsuntersuchungen)

Literatur-. Internetlinkauswahl

Gemeinsamer Bundesausschuss 2008, Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von krebskranken „Krebserkennungsrichtlinien“ in Kraft getreten am 15. November 2008.

Gesundheitsberichtserstattung des Bundes 2006. Gesundheit in Deutschland. Robert-Koch-Institut Berlin.

www.rki.de/cln_100/nn_204544/DE/Content/GBE

SVR Sachverständigenrat zur Begutachtung der Entwicklung im Gesundheitswesen 2009 Koordination und Integration – Gesundheitsversorgung in einer Gesellschaft des längeren Lebens, Sondergutachten

www.svr-gesundheit.de

Projekt wissenschaftliche Begleitung von Früherkennungs-Koloskopien in Deutschland

Berichtszeitraum 2008 – 6. Jahresbericht, Version 1.1, Stand 19. Februar 2010.

Im Auftrag des GKV-Spitzenverbands und der KBV

Zentralinstitut für die kassenärztliche Versorgung in der Bundesrepublik Deutschland

Agency for healthcare Research and Quality (AHRQ) 2007 Cost-effectiveness of DNA stool testing to screen for colorectal cancer (Brief record) 84, Rockville.[http://](http://www.ahrq.gov/clinic/technix.htm)

www.ahrq.gov/clinic/technix.htm

Deutsche Krebsgesellschaft (2009a) Erhebungsbogen gastroenterologische Praxen

www.krebsgesellschaft.de/download/eb-gastropraxenda1_090715.doc.

Deutsche Morbus Crohn/Colitis ulcerosa Vereinigung

www.dccv.de

Deutsche Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselerkrankungen

www.dgvs.de
www.gastroatlas.com

Nahrungsmittelallergie
www.dgaki.de

Glutensensitive Enteropathie
www.dzg-online.de

Morbus Whipple
www.whippledisease.info; www.whippledisease.net

Gastrointestinale Stromatumore
www.lh-gist.de; www.liferaftgroup.com

CED Chronisch entzündliche Darmerkrankungen
www.kompetenznetz-ced.de; www.dccv.de; www.letlinien.de

Pankreas
www.pancreas.de

Neuroendokrine Tumoren NET/GEP
www.gep-net.com

Virushepatitiden
www.kompetenznetz-hepatitis.de; www.hepatitis-c.de; www.hep-net.de;

Morbus Wilson
www.morbus-wilson.de

Alkoholkrankheit
www.dhs.de; www.prevnet.de