

Vertrag gemäß § 140a SGB V

**zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen
und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
vertreten durch den Vorstand
– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

einerseits

und

der DAK-Gesundheit
(Vertrags-Nr.: A038IV060 – 400382DA004)
– nachfolgend DAK-G genannt –

andererseits

– gemeinsam **Vertragspartner** genannt –

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziele und Gegenstand des Vertrages
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Teilnahme der Versicherten
- § 4 Teilnahme der Ärzte
- § 5 Beitritt weiterer Krankenkassen
- § 6 Pflichten der Ärzte
- § 7 Pflichten der teilnehmenden Versicherten
- § 8 Pflichten der KV Nordrhein
- § 9 Pflichten der DAK-Gesundheit
- § 10 Vergütung, Rechnungslegung
- § 11 Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
- § 13 Begleitung und Weiterentwicklung des Vertrages
- § 14 Datenschutz/Datenübermittlung/Datentransparenz
- § 15 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung
- § 16 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung
- Anlage 2 Teilnahmeerklärung des Arztes
- Anlage 3 Beitrittserklärung Krankenkasse
- Anlage 4 Modul 1: Eingangsuntersuchung
- Anlage 5 Modul 2: Betreuung von (multimorbiden) Patienten mit einer erhöhten Behandlungintensität
Anhang 1: Übersicht der besonders betreuungsintensiven Krankheiten
- Anlage 6 Modul 3: Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans
- Anlage 7 Modul 4: Förderung von Haus- und Pflegeheimbesuchen
- Anlage 8 Modul 5: Besondere Versorgung in Pflegeheimen (unbesetzt)
- Anlage 9 Modul 6: Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
- Anlage 10 Modul 7: (unbesetzt)
- Anlage 11 Modul 8: (unbesetzt)
- Anlage 12 Modul 9: (unbesetzt)
- Anlage 13 Dokumentation zur Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Haus- und Pflegeheimbesuchen
- Anlage 14 Dokumentation Medikationsplan
- Anlage 15 Anforderung Medikations-Übersicht (unbesetzt)
- Anlage 16 Technische Anlage (unbesetzt)

Anmerkung:

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird die Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf beide Geschlechter.

Präambel

Die Vertragspartner streben mit diesem Vertrag über die besondere Versorgung der Versicherten der DAK-G gemäß § 140a SGB V die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KV Nordrhein sowohl im Bereich der hausärztlichen als auch der fachärztlichen und psychotherapeutischen Versorgung an. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Herausforderungen in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein wird der nachfolgende Vertrag zwischen DAK-G und der KV Nordrhein geschlossen. Ziel ist es hierbei, insbesondere dem besonderen Betreuungsaufwand für Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen Rechnung zu tragen. Mit diesem Vertrag kommen die Vertragspartner ihrer gesetzlichen Verpflichtung und Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung und nicht zuletzt auch ihrer sozialen Verantwortung nach und unterstützen nachhaltig die Stabilisierung der vertragsärztlichen Versorgung in der Region Nordrhein.

Durch den demografischen Wandel, den medizinisch-technischen Fortschritt sowie weitere Einflussfaktoren nimmt die Zahl der Patienten, die kontinuierlich und umfassend medizinisch betreut werden müssen, zu. Insbesondere multimorbide Patienten nehmen einen immer größeren Raum und mehr Zeit in der Arztpraxis für die komplexe Behandlung ihres Erkrankungszustandes ein. In diesen Fällen manifestiert sich der besondere Betreuungsaufwand, z. B. durch die unabdingbare und genaue Kenntnis des Krankheitsbildes und -geschehens, der verordneten medizinischen Therapien, der verordneten Arzneimittel etc. für die Behandlung des jeweiligen Patienten im Sinne einer fachgruppenübergreifenden, ganzheitlichen Betreuung.

Ziel soll es daher sein, eine entsprechende Kombination aus medikamentöser, persönlicher, psychosozialer Betreuung sowie weiterer Maßnahmen, wie z. B. präventiver Leistungen, zu erreichen, die aufeinander abgestimmt sind und sich gegenseitig ergänzen. Hierfür bedarf es einer entsprechenden Ausweitung der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie psychotherapeutischen Behandlung im Bezirk der KV Nordrhein, um den stetig steigenden Herausforderungen in der medizinischen Versorgung gerecht zu werden.

Gleichzeitig sollen hierdurch Wirtschaftlichkeitsreserven erschlossen werden, indem unnötige stationäre Einweisungen, Arznei- und Heilmittelverordnungen sowie Arbeitsunfähigkeitszeiten verringert und die dadurch entstehenden Kosten reduziert werden.

§ 1

Ziele und Gegenstand des Vertrages

- 1) Personen mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Erkrankungen sowie multimorbiden Krankheitsbildern benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität, insbesondere im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung. Als besonders betreuungsintensive Patienten werden diejenigen Personen verstanden, die einer umfassenden, kontinuierlichen und engmaschigen Betreuung und hierbei insbesondere auch der Versorgung mit Arzneimitteln bedürfen. Zur Optimierung der Versorgung dieser Versicherten soll daher zunächst die Rolle der haus- und fachärztlichen Versorgung im Versorgungsmanagement gestärkt und dadurch den besonderen Belangen chronisch kranker Menschen in verstärktem Maße Rechnung getragen werden (§ 2a SGB V). Zur Erhöhung der Beratungs- und Behandlungsintensität stellen die teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten über den Umfang der vertragsärztlichen Regelversorgung hinaus ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation, konsequente Patientenbegleitung und ein umfassendes Qualitätsmanagement für ihre Patienten zur Verfügung. Ein besonderer Fokus fällt dabei auf die Intensivierung der persönlichen ärztlichen Beratung („sprechende Medizin“), die vor allem bei multimorbiden Patienten einen erhöhten Zeitaufwand mit sich bringt, jedoch entscheidend dafür ist, dass die betreffenden Patienten jeweils notwendige Verhaltensänderungen umsetzen und aktiv mitwirken, um den Behandlungserfolg zu sichern (§ 1 SGB V). Dieser erhöhte Zeitaufwand ist individuell dem Bedarf des multimorbiden Patienten anzupassen. Das Zusatzangebot umfasst außerdem ein Praxismanagement, das den besonderen Anforderungen von chronisch kranken Patienten durch einen besonderen Fokus auf die Organisation von Sprechstunden und das Angebot von Haus- und Pflegeheimbesuchen legt. Die Vertragspartner haben eine Übersicht mit besonders betreuungsintensiven Krankheiten (Anhang 1 zu Modul 3) vereinbart, in welchem insbesondere Erkrankungen aufgeführt sind, die in der haus- und fachärztlichen Versorgung sowie in der psychotherapeutischen Behandlung von einer erhöhten Betreuungsintensität geprägt sind und eine umfassende und kontinuierliche Versorgung durch den behandelnden Hausarzt bzw. Facharzt sowie Psychotherapeuten erfordern. Hierzu soll die Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen verbessert werden, indem Doppeluntersuchungen oder stationäre Aufenthalte vermieden werden.

- 2) Auch die Ausstellung und Überprüfung von Medikationsplänen wird mit diesem Vertrag verfolgt, in dem alle von den Ärzten verordneten Arzneimittel sowie die Selbstmedikation erfasst werden. Durch die regelmäßige Überprüfung des Medikationsplans werden die Versicherten bei der richtigen Einnahme ihrer Medikamente unterstützt und das weitere behandelnde Fachpersonal über die medikamentöse Einstellung der Versicherten informiert. Durch diese transparente Darstellung der Arzneimittelversorgung wird die mehrfache Verordnung wirkungsgleicher Medikamente sowie mögliche Neben- bzw. Wechselwirkungen von Medikamenten reduziert bzw. vermieden (Anlage 6 Modul 3).
- 3) Ergänzend zu den besonders betreuungsintensiven Erkrankungen sind für die Erbringung der Leistungen nach den Modulen dieses Vertrages der individuelle Gesundheitszustand sowie der medizinische Bedarf des Versicherten ausschlaggebend. Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in der Anlage 5 (Anhang 1) aufgeführten Krankheiten geeignet sind, die besondere Behandlungsintensität und kontinuierliche Betreuung in der Versorgung abzubilden. Soweit ein Anpassungsbedarf, insbesondere aufgrund von Änderungen der amtlichen Klassifikation zur Verschlüsselung von Diagnosen in der ambulanten und stationären Versorgung (ICD-10-GM) durch das DIMDI besteht, werden sich die Vertragspartner einvernehmlich auf eine Änderung der Anlage 5 (Anhang 1) im Schriftverkehr verständigen und diese Änderungen umsetzen.
- 4) Zur Erreichung der Ziele dieses Vertrages haben die Vertragspartner, entsprechende Module als Anlagen zu diesem Vertrag vereinbart. Die Vertragspartner sind sich einig, darüber hinaus weitere Module zur Verbesserung der haus- und fachärztlichen Versorgung als Anlage zu diesem Vertrag zu vereinbaren.
- 5) Weiterhin streben die Vertragspartner die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen an. Dies soll durch eine gezielte Förderung von Besuchsleistungen durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Vertragsärzte/Psychotherapeuten erfolgen, und dadurch eine qualifizierte ambulante Versorgung vor Ort während und außerhalb der Sprechstunden ermöglicht werden. Insbesondere durch die Vermeidung von Krankentransporten und Krankenhauseinweisungen sollen zudem Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen und Doppeluntersuchungen vermieden werden.

- 6) Darüber hinaus beabsichtigen die Vertragspartner, den Dialog über die Vereinbarung einer qualitätsgesicherten medizinischen und pflegerischen Versorgung aufzunehmen. Hierzu zählen insbesondere auch der Ausbau der interdisziplinären Zusammenarbeit sowie ein regelmäßiger Informationsaustausch zwischen allen an der Versorgung Beteiligten zu etablieren und die erforderlichen Strukturen für eine kooperative und koordinierte Zusammenarbeit gemeinsam mit dem Pflegeheim zu fördern.
- 7) Die Anlagen sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2

Geltungsbereich

- 1) Dieser Vertrag gilt für Versicherte der DAK-G, die ihre Teilnahme an dem Vertrag gemäß Anlage 1 erklärt haben. Diese weisen ihren Anspruch durch Vorlage ihrer elektronischen Gesundheitskarte oder durch Übergabe eines Überweisungsscheins (Muster 6 der Vordruckvereinbarung) nach. § 19 BMV-Ä gilt entsprechend.
- 2) Dieser Vertrag gilt für alle Hausärzte/Fachärzte/Psychotherapeuten gemäß § 4, die die dort genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen und ihre Teilnahme gemäß Anlage 2 erklärt haben. Diese werden im Folgenden „Arzt“ bzw. „Ärzte“ genannt.

§ 3

Teilnahme der Versicherten

- 1) Teilnahmeberechtigt sind alle bei der DAK-G versicherten Personen mit besonderer oder schwieriger und langwieriger Erkrankungen sowie multimorbider Krankheitsbilder, die eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität erfordern und/oder die die Teilnahmevoraussetzungen aus den Modulen erfüllen. Grundlage für die Einschätzung, ob eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, ist die zwischen den Vertragspartnern gemeinsam erstellte Übersicht der besonders betreuungsintensiven Krankheiten (Anhang 1 zu Anlage 5), die eine umfassende und kontinuierliche Versorgung durch den Arzt erfordern. Zur Feststellung, inwiefern eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, die die Teilnahme an diesem Vertrag ermöglicht, führt der Arzt zunächst eine Eingangsuntersuchung (Anlage 4) im Hinblick auf die medizinischen Voraussetzungen und die Compliance des Versicherten mit dem Versorgungsangebot dieses Vertrages durch.

- 2) Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der DAK-G (**Anlage 1**). Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TEWE). Das Original der TEWE wird durch den behandelnden Arzt wöchentlich an die jeweils zuständige Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein übersandt und von dort aus wöchentlich an die DAK-G weitergeleitet. Der behandelnde Arzt dokumentiert die Teilnahme in der Patientenakte durch Kennzeichnung des Patienten mit der SNR95000 (Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 95001 (Patienten, die im Pflegeheim leben). Die Praxis sowie der Versicherte erhalten jeweils eine Kopie der TEWE. Die Kopie der TEWE des Versicherten soll in der Patientenmappe aufbewahrt werden. Darüber hinaus werden die Vertragspartner die Übermittlung der TEWE in elektronischer Form im Jahr 2018 umsetzen. Auf dieser Basis wird die KV Nordrhein ein Verzeichnis über die eingeschriebenen Versicherten erstellen und führen. Dieses Verzeichnis stellt die KV Nordrhein der DAK-G monatlich über einen sFTP-Server oder einem anderen, mit der DAK-G abgestimmten und dem Datenschutz genügendem Verfahren, zur Verfügung. Über die Details der Übermittlung verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich. Gleichzeitig wird die KV Nordrhein der DAK-G das Original der TEWE in elektronischer Form wöchentlich zur Verfügung stellen.
- 3) Die Versicherten bestätigen mit ihrer Teilnahmeerklärung, dass sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt worden sind.
- 4) Die Versicherten können die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-G ohne Angabe von Gründen widerrufen. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die DAK-G den Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.
- 5) Die Versicherten können ihre Teilnahme jederzeit in Textform oder zur Niederschrift gegenüber der DAK-G ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von vier Wochen zum Ende des Quartals kündigen.
- 6) Die DAK-G wird die KV Nordrhein unverzüglich über den Widerruf oder die Kündigung und den Zeitpunkt ihres Wirksamwerdens informieren. Bis zur Wirksamkeit des Widerrufs oder der Kündigung, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die DAK-G den Arzt über die KV Nordrhein ohne schuldhaftes Verzögerung nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Leistungen nach diesem Vertrag.

- 7) Eine gleichzeitige Teilnahme an diesem und weiteren Verträgen der DAK-G zur besonderen Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen ist zur Vermeidung einer Doppelversorgung ausgeschlossen. Sollte ein Versicherter einmalig zwischen zwei Verträgen wechseln wollen, kann die DAK-G ihm nach ihrem Ermessen aus diesem Grund bezüglich des alten Vertrags ein außerordentliches Kündigungsrecht einräumen.
- 8) Die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag endet auch
- mit dem Wegfall einer besonderen Behandlungsintensität gemäß Anlage 5 bzw. der Teilnahmevoraussetzungen aus den Modulen,
 - mit dem Ende der Versicherung bei der DAK-G,
 - mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - bei Beendigung des Vertrages.

§ 4

Teilnahme der Ärzte

- 1) Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen oder in einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) oder bei einem Vertragsarzt/Psychotherapeuten angestellten Ärzte, die ihren Praxissitz im Bezirk der KV Nordrhein haben sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bezirk der KV Nordrhein Leistungen zu erbringen und abzurechnen. Ausgenommen sind hiervon Ärzte der Fachgruppen, die keine direkten Arzt-Patientenkontakte haben. Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.
- 2) Um an diesem Vertrag teilzunehmen, müssen die Ärzte viermal jährlich an einem Qualitätszirkel oder einer vergleichbaren Fortbildung mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Therapie in der Versorgungsgemeinschaft teilnehmen und gegenüber der KV Nordrhein nachweisen. Hierzu zählen auch Qualitätszirkel und Fortbildungen, die aufgrund anderer vertraglicher Verpflichtungen oder freiwillig besucht werden und u. a. die Versorgung behandlungsintensiver Patienten zum Gegenstand haben. Für die Teilnahme an den Qualitätszirkeln und Fortbildungen gelten die Regelungen der KV Nordrhein.

- 3) Mit der Teilnahmeerklärung (Anlage 2) beantragen die Ärzte gemäß Absatz 1 ihre Teilnahme an diesem Vertrag und erkennen die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an. Die Teilnahmeerklärung reicht der Arzt bei der jeweils für den Praxissitz zuständigen Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein ein.
- 4) Nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der KV Nordrhein sowie Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Arzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung. Die Teilnahme beginnt mit der Erteilung der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- 5) Darüber hinaus müssen die Ärzte
 - Besuche im häuslichen Umfeld sowie im Pflegeheim anbieten und durchführen sowie
 - den Medikationsplan unter Einbindung der Selbstmedikation ausstellen und überprüfen und bei Bedarf die von anderen Ärzten verordneten Arzneimittel im Rahmen der Multimedikation und die Priscus-Liste berücksichtigenum Leistungen nach den Modulen 1 bis 4 durchzuführen und abzurechnen.
- 6) Um Leistungen nach den Modulen erbringen und abrechnen zu können sind die gegebenenfalls in den Anlagen genannten Voraussetzungen zu erfüllen und gegenüber der KV Nordrhein nachzuweisen.
- 7) Die teilnehmenden Ärzte können ihre Teilnahme an dem Vertrag schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Die Kündigung ist zu richten an die für den Arzt jeweils zuständige Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein. Die Kündigungsfrist beträgt vier Wochen zum Ende eines Quartals.
- 8) Die Teilnahme des Arztes am Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Tätigkeit,
 - der Feststellung der KV Nordrhein, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gemäß § 12,
 - dem Ende dieses Vertrages.

§ 5

Beitritt weiterer Krankenkassen

- 1) Der Beitritt von weiteren Krankenkassen ist mit einer Frist von zwei Monaten vor Beginn eines Quartals möglich. Die Krankenkasse zeigt ihren Beitrittswunsch schriftlich (Anlage 3) gegenüber den im Rubrum genannten Vertragspartnern an. Der Beitritt erfolgt im Einvernehmen der Vertragspartner. Die Vertragspartner erklären innerhalb von vier Wochen nach Eingang der Anlage 3 bei der KV Nordrhein bzw. DAK-G schriftlich, ob sie mit dem Beitritt einverstanden sind. Mit dem Beitritt erklärt die beitretende Krankenkasse ihr Einverständnis mit sämtlichen Regelungen dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung.
- 2) Beigetretene Krankenkassen haben kein Recht zur Änderung dieses Vertrages. Absatz 1 Satz 5 gilt, bei Änderungen dieses Vertrages, entsprechend.
- 3) Die beigetretene Krankenkasse kann ihre Teilnahme an dem Vertrag unter Einhaltung einer Frist von zwei Monaten zum Ende eines Quartals schriftlich gegenüber der KV Nordrhein kündigen. Bis zur Wirksamkeit der Kündigung, längstens bis zu ihrer Bekanntgabe für den Fall, dass die Krankenkasse den Arzt über die KV Nordrhein nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch gegen die kündigende Krankenkasse für Leistungen nach diesem Vertrag. (bis zur Bekanntmachung)

§ 6

Pflichten der Ärzte

- 1) Der Arzt hat gegenüber den teilnehmenden Versicherten folgende Pflichten:
 - Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
 - Optimierung von Behandlungsabläufen,
 - Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der damit einhergehenden Versichertenzufriedenheit,
 - Umfassende Beratung, Information und Aufklärung des Versicherten über die Versorgungsinhalte dieses Vertrages sowie die Pflichten des Versicherten gemäß § 7,
 - Persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin,
 - Einholung der Erklärung des Versicherten gemäß Anlage 1 und Weiterleitung an die KV Nordrhein,

- Durchführung einer Eingangsuntersuchung gemäß Anlage 4 inklusive Anamnese im Hinblick auf die medizinischen Voraussetzungen und die Compliance des Versicherten mit dem Versorgungsangebot dieses Vertrages,
 - Beratung und Aufklärung des Versicherten über die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie die Erstellung eines individuellen Risikoprofils,
 - Sektor- und/oder arztgruppenübergreifende Therapieplanung und Festlegung des Behandlungsprozesses in Abstimmung mit dem Versicherten,
 - Aufklärung und Motivation des Versicherten zur Inanspruchnahme präventiver und rehabilitativer Maßnahmen,
 - Durchführung von Beratungsgesprächen bei Patienten mit besonders schwerwiegenden und langwierigen Krankheiten bzw. multimorbiden Krankheitsbildern,
 - Zusammenstellung und Aushändigung einer individuellen Patientenmappe mit allen Informationen und Angaben des Versicherten (z. B. Kopie der TEWE des Versicherten, Medikationsplan, Befunde),
 - Durchführung von Haus- und Pflegeheimbesuchen,
 - Ausstellung und Überprüfung von Medikationsplänen,
 - Behandlung multimorbider Patienten nach dem anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (z. B. Leitlinie Multimorbidität).
- 2) Bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß § 3 erfolgt die patientenindividuelle Versorgung der Versicherten im Rahmen der nach diesem Vertrag vereinbarten Anlagen.

§ 7

Pflichten der teilnehmenden Versicherten

Die Versicherten verpflichten sich grundsätzlich mit der Teilnahme

- die vereinbarten Termine beim Arzt einzuhalten,
- die ärztlichen Anweisungen im Rahmen des Therapieplans einzuhalten und diesen nicht ohne Absprache mit dem Arzt abzuändern,
- durch andere Ärzte verordnete oder privat beschaffte Arznei-, Heil- und Hilfsmittel sowie Krankenhauseinweisungen dem Arzt mitzuteilen,
- die vom Arzt verordneten Arzneimittel entsprechend des Behandlungsplans einzunehmen und bei Unverträglichkeiten/Komplikationen den Arzt zeitnah zu kontaktieren,
- die Patientenmappe zu allen Terminen und Untersuchungen der behandelnden Ärzte mitzuführen und alle hierin enthaltenen Unterlagen und Informationen vorzuhalten.

§ 8

Pflichten der KV Nordrhein

- 1) Die KV Nordrhein veröffentlicht den Vertrag in ihren satzungsmäßigen Veröffentlichungsorganen unter Benennung der Vertragsziele, der persönlichen Teilnahmevoraussetzungen und der weiteren Pflichten der an der Vertragsumsetzung interessierten Ärzte.
- 2) Die KV Nordrhein informiert die Ärzte umfassend und unverzüglich über Änderungen im Rahmen dieses Vertrages. Sie wirkt darauf hin, dass Ärzte, die an dem Vertrag teilnehmen wollen, die erforderlichen Qualifikationen erwerben und aufrechterhalten können. Sie unterstützt die teilnehmenden Ärzte insbesondere bei der Organisation und Durchführung der Qualitätszirkel.
- 3) Die KV Nordrhein erstellt und führt ein Verzeichnis über die teilnehmenden Ärzte. Dieses Verzeichnis stellt die KV Nordrhein der DAK-G monatlich über einen sFTP-Server oder einem anderen, mit der DAK-G abgestimmten, dem Datenschutz genügendem Verfahren, zur Verfügung. Über die Details der Übermittlung verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich. Eine Übersicht der teilnehmenden Ärzte kann auf der Homepage der KV Nordrhein und der DAK-G veröffentlicht werden. Die teilnehmenden Ärzte sind mit der Veröffentlichung ihres Namens, der Praxisadresse, der Fax-/Telefonnummer und ggf. der Internetadresse einverstanden.
- 4) Die KV Nordrhein übernimmt die Durchführung des Teilnahme- und Genehmigungsverfahrens gemäß § 4 sowie die Abrechnung der in diesem Vertrag geregelten vertragsärztlichen/psychotherapeutischen Leistungen, die diesbezügliche Vergütung der Ärzte sowie die Rechnungsstellung gegenüber der DAK-G.

§ 9

Pflichten der DAK-G

Die DAK-G prüft die versicherungsrechtlichen Voraussetzungen für die Teilnahme des jeweiligen Versicherten an dem Versorgungsangebot nach diesem Vertrag und bestätigt der KV Nordrhein durch Übersendung des (ggf. korrigierten) Teilnahmeverzeichnisses das Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen bei ihren Versicherten. Die DAK-G informiert ihre Versicherten über die Inhalte des Vertrages sowie mögliche Änderungen.

§ 10

Vergütung, Rechnungslegung

- 1) Die teilnehmenden Ärzte rechnen die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen im Rahmen der Quartalsabrechnung gegenüber der KV Nordrhein versichertenbezogen entsprechend der in den Anlagen enthaltenen Regelungen ab.
- 2) Die Vergütungen für Leistungen nach diesem Vertrag werden durch die DAK-G außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung finanziert und den Ärzten durch die KV Nordrhein als Einzelleistung vergütet.
- 3) Die gleichzeitige Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen aus diesem Vertrag und dem EBM oder weiterer Versorgungsverträge ist ausgeschlossen. Im Übrigen verbleibt es bei den für die vertragsärztliche Vergütung geltenden Grundsätzen.
- 4) Die KV Nordrhein weist die Leistungen dieses Vertrages gegenüber der DAK-G im Rahmen der Rechnungslegung im Formblatt 3 unter dem Konto 400; Kapitel 90.5 bis zur 6. Ebene aus. Für den Zahlungsverkehr gelten die zwischen der KV Nordrhein und der DAK-G vereinbarten Regelungen der jeweiligen Vereinbarung zur Gesamtvergütung.
- 5) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten einen Verwaltungskostenbeitrag entsprechend ihrer Satzung in der jeweils geltenden Fassung.
- 6) Für die Abrechnungsunterlagen gelten insbesondere die Regelungen des Vertrages zwischen der Kassenärztlichen Bundesvereinigung und dem GKV-Spitzenverband über den Datenaustausch auf Datenträgern einschließlich der technischen Anlagen in der jeweils gültigen Fassung.
- 7) Ergänzend zu den Abrechnungsunterlagen (Rechnung und Formblatt 3) erhält die DAK-G quartalsweise einen gesonderten Nachweis über die insgesamt an die teilnehmenden Ärzte gezahlten Vergütungen gemäß den Anlagen des Vertrages.
- 8) Soweit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Abrechnungsprüfung Vergütungen nicht vertragskonform abgerechnet wurden, ist die DAK-G berechtigt, die zu Unrecht gezahlten Beträge mit der jeweils nächsten Abrechnung aufzurechnen. Soweit die Aufrechnung nicht möglich ist, erfolgt eine Rückzahlung der zu Unrecht gezahlten Beträge innerhalb eines Monats nach Aufforderung durch die DAK-G.

§ 11

Wirtschaftlichkeit verordneter Leistungen

- 1) Sollten durch die Umsetzung dieses Vertrages zusätzliche ärztliche Leistungen und zusätzliche Verordnungen von Arznei- und Heilmitteln durch die Ärzte erforderlich werden und dies zu einem Wirtschaftlichkeitsprüfverfahren nach § 106 SGB V führen, gelten die gesetzlichen Regelungen entsprechend. In diesen Fällen werden sich die Vertragspartner bilateral verständigen. Die Ärzte haben den erhöhten Verordnungsaufwand im Einzelfall zu dokumentieren.
- 2) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich gemäß §§ 12, 70 SGB V, eine bedarfsgerechte, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung vorzunehmen, die das Maß des Notwendigen nicht überschreitet und sich an den medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Gemeinsamen Bundesausschusses orientiert.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

- 1) Die KV Nordrhein kann im Einvernehmen mit der DAK-G bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann sowie bei Verstößen gegen gesetzliche, vertragsärztliche oder berufsrechtliche Verpflichtungen neben gesetzlichen, disziplinarischen oder berufsrechtlichen Maßnahmen folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits gezahlter Vergütung für abgerechnete Leistungen, wenn diese in direktem Zusammenhang mit dem Pflichtverstoß stehen und/oder
 - Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- 2) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher vorheriger Zustimmung der DAK-G möglich.

§ 13

Begleitung und Weiterentwicklung des Vertrages

- 1) Die Vertragspartner tauschen sich quartalsweise über die Umsetzung sowie die Auswirkungen dieses Vertrages im Hinblick auf die Verbesserung der Strukturen und der Versorgung von Patienten mit besonderen bzw. langwierigen Erkrankungen sowie multimorbiden Erkrankungsbildern sowie in Bezug auf die Stärkung der haus- und fachärztlichen Versorgung aus. Zu diesem Austausch gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme, insbesondere der in den Anlagen aufgeführten Leistungen durch die teilnehmenden Versicherten. Weitere, zum Zeitpunkt des Vertragsbeginns noch in der Entwicklung befindliche Versorgungsinhalte werden in den quartalsweisen Austausch einbezogen.
- 2) Die Vertragspartner behalten sich eine Evaluation, hinsichtlich der angestrebten Zielsetzung des Vertrages vor. Über die näheren Einzelheiten der Evaluation werden die Vertragspartner eine einvernehmliche Regelung treffen. Um zusätzlichen Dokumentationsaufwand für eine mögliche Evaluation zu vermeiden, soll weitestgehend auf verfügbare Daten der Vertragspartner zurückgegriffen werden.
- 3) Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in § 1 beschriebenen Zielsetzungen erreicht und insbesondere die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Entwicklung der Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen konkret erzielt werden konnten. Die Wirtschaftlichkeit der besonderen Versorgung muss spätestens vier Jahre nach dem Wirksamwerden dieses Vertrages nachweisbar sein.
- 4) Unter Berücksichtigung der Akzeptanz und des Entwicklungsstandes dieses Vertrages sowie unter Beachtung der Ergebnisse aus den quartalsweisen Gesprächen zur Umsetzung dieses Vertrages streben die Vertragspartner die qualitative und quantitative Weiterentwicklung des Vertrages an.

§ 14

Datenschutz/Datenübermittlung/Datentransparenz

- 1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die jeweils geltenden Bestimmungen zum Datenschutz einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Ver-

tragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten, insbesondere zu deren Krankheiten, der Geheimhaltungspflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

- 2) Die Erhebung, Verarbeitung und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung unter Hinweis auf die Verwendung seiner Daten aufgeklärt. Ab dem 25. Mai 2018 sind die Vorgaben nach der EU-DSGVO zu erfüllen.
- 3) Eine statistische und ggf. wissenschaftliche Auswertung dieses Vertrages erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten.

§ 15

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- 1) Dieser Vertrag tritt zum 01.01.2018 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Abrechnungsquartals, erstmals zum 31.12.2018, gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden. Abweichend davon können die Anlagen 5 bis 16 einzeln von jedem Vertragspartner mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende eines Abrechnungsquartals gekündigt werden.
- 2) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt davon unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann.
- 3) Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche – insbesondere aufsichtsrechtliche – Maßnahmen (§ 89 SGB IV), einem Vertragspartner die Durchführung des Vertrages oder einzelner Vertragsbestandteile ganz oder teilweise untersagt oder eine Untersagung droht. Die durch eine gerichtliche Entscheidung oder behördliche Maßnahme betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der ge-

richtlichen Entscheidung bzw. die Bestandskraft der behördlichen Maßnahme abzuwarten oder dagegen Rechtsmittel oder Rechtsbehelfe einzulegen.

- 4) Die Kündigung bedarf der Schriftform.
- 5) Im Falle einer Kündigung werden die an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten sowie die teilnehmenden Ärzte in geeigneter Weise über die Folgen der Kündigung informiert. Die Art und Weise der Information nach Satz 1 werden die Vertragspartner einvernehmlich festlegen.

§ 16

Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages ganz oder teilweise unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Regelungslücke herausstellen, so wird infolge dessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Regelungslücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die, soweit rechtlich möglich, dem am nächsten kommen soll, was die Vertragsschließenden gewollt haben oder nach Sinn und Zweck des Vertrages gewollt haben würden, soweit sie den Punkt beachtet hätten.

Düsseldorf, den 22.12.2017

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein



Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender



Dr. med. Carsten König, M. San.
Stellvertretender Vorstandsvorsitzender

DAK-Gesundheit Landesvertretung NRW



Klaus Overdiek
Leiter der Landesvertretung

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



Anlage 1 Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung

zum Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein

Ich bestätige, dass für den vorgenannten Versicherten die Teilnahmevoraussetzungen überprüft wurden und erfüllt sind. Insbesondere habe ich geprüft, dass mein Patient zusätzlich zur aktiven Mitwirkung und Teilnahme an der besonderen Versorgung bereit ist und im Hinblick auf die vereinbarten Vertragsziele von der Einschreibung profitieren kann.

Arztstempel

Unterschrift des Arztes

1. Teilnahmeerklärung

Hiermit erkläre ich, dass

- mich mein behandelnder Arzt ausführlich über die Inhalte, Versorgungsziele, Beendigungsgründe und -fristen der besonderen Versorgung informiert hat.
- ich weiß, welche Mitwirkung meinerseits erforderlich ist und bin bereit, mich aktiv an der Behandlung zu beteiligen.
- ich freiwillig und kostenfrei an der besonderen Versorgung teilnehme und dass ich jederzeit ohne Angabe von Gründen die Teilnahme an der besonderen Versorgung bei meiner Krankenkasse schriftlich kündigen kann.
- ich nur dann einen Anspruch auf Leistungen aus dieser Versorgung habe, wenn ich bei meiner Krankenkasse versichert bin. Mein behandelnder Arzt wird von mir über einen Kassenwechsel informiert.

zu 1.: Ja, ich möchte gemäß den vorstehenden Ausführungen an der besonderen Versorgung nach dem Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein teilnehmen und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

2. Einwilligungserklärung zur Datenerhebung und -verarbeitung, Widerrufsbelehrung

Hiermit erkläre ich, dass

- ich in die Verarbeitung und Nutzung meiner in der besonderen Versorgung erhobenen medizinischen und persönlichen Daten einwillige und ich die „Information zum Datenschutz“ (diesem Formular beigelegt) erhalten und zur Kenntnis genommen habe. Daher entbinde ich die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB.
- ich der Weitergabe aller Daten der verordneten Arzneimittel an den behandelnden Arzt im Zusammenhang mit der Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans und der Dokumentation der Ergebnisse zustimme, sofern ich mindestens fünf zu Lasten der GKV verordnungsfähige Fertigarzneimittel dauerhaft und zeitgleich einnehme.
- **ich weiß, dass ich die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift gegenüber meiner Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an meine Krankenkasse.**
- **ich weiß, dass die Widerrufsfrist beginnt, wenn meine Krankenkasse mir eine Belehrung über mein Widerrufsrecht in Textform mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung.**
- ich weiß, dass ich meine Teilnahme jederzeit ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals kündigen kann und dass die erhobenen und gespeicherten Daten bei meinem Ausscheiden aus der besonderen Versorgung gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben meiner Krankenkasse nicht mehr benötigt werden.
- ich weiß, dass die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung die Voraussetzung für die Teilnahme an der besonderen Versorgung ist. Mir ist weiterhin bekannt, dass ich die datenschutzrechtliche Einwilligung jederzeit widerrufen kann, der Widerruf aber zu einer Beendigung der Teilnahme an der besonderen Versorgung nach dem Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein führt.

Zu 2.: Ja, ich habe die „Information zum Datenschutz“ erhalten und zur Kenntnis genommen. Ich bin mit der darin beschriebenen Erhebung, Verarbeitung und Nutzung meiner Behandlungsdaten im Rahmen meiner Teilnahme an der besonderen Versorgung einverstanden, entbinde die an der besonderen Versorgung teilnehmenden Ärzte/Ärztinnen und deren Mitarbeiter/-innen zur Durchführung dieser besonderen Versorgung von der ärztlichen Schweigepflicht nach § 203 StGB und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Zu 2.: Ja, ich erkläre mich einverstanden, dass zum Zwecke der Abrechnung und Geltendmachung der Forderung die erforderlichen Informationen, insbesondere von Daten aus der Patientendatei (Name, Vorname, Geburtsdatum, Geschlecht, Anschrift, Kontaktdaten, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vertragsdaten, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10, Leistungsziffern und ihren Wert, dokumentierte Behandlungsdaten und -verläufe) an die Kassenärztliche Vereinigung übermittelt werden und bestätige dies mit meiner Unterschrift.

Original für die Krankenkasse, 1. Kopie für den Versicherten, 2. Kopie für die Praxis

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Ort, Datum / Unterschrift Versicherter – BetreuerIn – Bevollmächtigte/r

Anlage 2: Teilnahmeerklärung des Arztes

zum Vertrag gem. § 140a SGB V zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

Für Ärzte/Psychotherapeuten der Bezirksstelle Düsseldorf:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Düsseldorf
–Abteilung Qualitätssicherung-
40182 Düsseldorf
Fax: 0211 5970 8574

Für Ärzte/ Psychotherapeuten der Bezirksstelle Köln:

KV Nordrhein
Bezirksstelle Köln
–Abteilung Qualitätssicherung-
50668 Köln
Fax: 0221 7763 6550

Titel	Vorname	Name
Straße/Nr.		PLZ/Ort
Telefon-Nr.		Fax-Nr.
lebenslange Arzt-/Psychotherapeuten-Nr. (LANR)		Betriebsstätten-Nr. (BSNR)
E-Mail:		
angestellter Arzt/Psychotherapeut:		
Durchführung der besonderen Versorgung am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o. g. Versorgungsstärkungsvertrag der

- AOK Rheinland/Hamburg
 Kaufmännischen Krankenkasse – KKH
 DAK-Gesundheit

(nachfolgend Krankenkassen genannt)

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Regelungen des Vertrages (insbesondere die Nutzung des Portals der KV Nordrhein) in der jeweils gültigen Fassung.
2. Mir ist bekannt, dass die Abrechnung von Leistungen, die im Rahmen des Vertrages erbracht werden, nicht dem Patienten selbst, sondern ausschließlich gegenüber der KV Nordrhein in Rechnung gestellt werden dürfen. Mir sind die Abrechnungsbedingungen und Voraussetzungen aus dem Vertrag und seinen Anlagen bekannt.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die Krankenkassen, mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der Krankenkassen einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein und der Krankenkassen.
4. Die ggf. erforderlichen Voraussetzungen zur Abrechnung der in den Anlagen genannten Leistungen

- füge ich diesem Antrag bei oder
 wurden bereits nachgewiesen und liegen der KV Nordrhein vor.

Ort, Datum

Stempel und Unterschrift des Arztes

Anlage 3: Beitrittserklärung Krankenkasse

**zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

zurücksenden an:

.....
.....
.....
.....

Fax-Nr.:

Beitrittserklärung

Krankenkasse: _____

Anschrift: _____

Ansprechpartner: _____

Tel.: _____ **Fax:** _____

VKNR: _____

Beitritt zum: _____ (Bitte Datum einfügen!)

Hiermit erklärt die o. g. Krankenkasse den Beitritt zum o. g. Vertrag zwischen der DAK-G und der KV Nordrhein. Die beitretende Krankenkasse lässt alle Regelungen des Vertrages uneingeschränkt gegen sich gelten.

Datum

Stempel Krankenkasse / Unterschrift Vorstand

Anlage 4: Modul 1 Eingangsuntersuchung

**zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

§ 1

Eingangsuntersuchung/ Feststellung der medizinischen Voraussetzungen/Compliance

Zur Feststellung, inwiefern eine besondere Betreuungsintensität vorliegt, führt der Arzt zunächst eine Eingangsuntersuchung im Hinblick auf die medizinischen Voraussetzungen und die Compliance des Versicherten mit dem Versorgungsangebot des Versorgungsstärkungsvertrages (§ 6 Abs. 1 des Vertrages) durch, sofern der Versicherte dem Arzt nicht aus der laufenden Behandlung bekannt ist und die für die Teilnahme an diesem Vertrag relevante Erkrankung festgestellt werden soll. Die Eingangsuntersuchung enthält die folgenden Leistungen:

Obligatorische Leistungen:

- Anamnese (Erhebung der Eigen-, Familien- und Sozialanamnese, insbesondere Erfassung des Risikoprofils, Vorerkrankungen etc.),
- Einschreibung des Versicherten in das Versorgungsangebot des Versorgungsstärkungsvertrages,
- Versand der TEWE des jeweiligen Versicherten zur Teilnahme an der Versorgung nach dem Versorgungsstärkungsvertrag in Nordrhein an die KV Nordrhein,
- Dem Prinzip der „sprechenden Medizin“ folgend, Erstellung eines Therapieplans gemeinsam mit dem Versicherten, in dem verschiedene an die individuelle Betreuungsintensität angepasste Maßnahmen, z. B. in Bezug auf die Lebensführung, präventive Maßnahmen besprochen werden. Hierzu zählt auch die Verständigung auf Kontrolltermine, damit der Behandlungsprozess beobachtet werden kann und ggf. Anpassungen an dem Therapieplan vorgenommen werden können.
- Beratung und Aufklärung über die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie die Erstellung eines individuellen Risikoprofils für den Versicherten.

Fakultative Leistungen:

- Überprüfung des Impfstatus sowie die Beratung über die eventuell bestehende Notwendigkeit präventive Maßnahmen, z. B. Vorsorgeuntersuchungen oder weitere Impfungen, durchzuführen.
- Fachbezogene klinische Untersuchung.
- Indikationsspezifische Labordiagnostik.
- Puls, Blutdruck-Messung

§ 2

Vergütung und Abrechnung

- 1) Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.

Leistung	Vergütung	SNR
Eingangsuntersuchung gemäß § 1 und/oder Einschreibung des Versicherten	5,00 €	95002

- 2) Die Eingangsuntersuchung kann während der Teilnahme des Versicherten an dem Vertrag nur einmal von dem einschreibenden Arzt abgerechnet werden.

Anlage 5: Modul 2
Betreuung von (multimorbiden) Personen mit einer
erhöhten Behandlungsintensität

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1

Grundsätze

Personen mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Erkrankungen sowie multimorbiden Krankheitsbildern benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität, insbesondere im Bereich der haus- und fachärztlichen Versorgung. Als besonders betreuungsintensive Patienten werden diejenigen Personen verstanden, die einer umfassenden, kontinuierlichen und engmaschigen Betreuung bedürfen. Um diesem erhöhten Aufwand bei der Beratung, Behandlung und Versorgung gemäß § 1 Abs. 1 und § 6 des Vertrages gerecht zu werden sowie die Behandlung insgesamt zu verbessern, führt der Arzt regelmäßig Betreuungsgespräche mit dem Versicherten sowie ggf. seiner Angehörigen durch, in dessen Rahmen folgende Inhalte enthalten und besprochen werden:

- Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
- Optimierung von Behandlungsabläufen,
- Stärkung der Eigenverantwortung des Versicherten und Erhöhung der damit einhergehenden Versichertenzufriedenheit,
- Umfassende Beratung, Information und Aufklärung des Versicherten über die Versorgungsinhalte dieses Vertrages sowie die Pflichten des Versicherten gemäß § 7,
- Persönliche, ärztliche/psychotherapeutische Beratung in Form der „sprechenden“ Medizin,
- Einholung der Erklärung des Versicherten gemäß **Anlage 1** und Weiterleitung an die KV Nordrhein,
- Beratung und Aufklärung des Versicherten über die Ergebnisse der Eingangsuntersuchung sowie die Erstellung eines individuellen Risikoprofils,
- Therapieplanung und Festlegung des Behandlungsprozesses in Abstimmung mit dem Versicherten,

- Aufklärung und Motivation des Versicherten zur Inanspruchnahme präventiver und rehabilitativer Maßnahmen,
- Durchführung von Beratungsgesprächen bei Patienten mit besonders schwerwiegenden und langwierigen Krankheiten bzw. multimorbiden Krankheitsbildern,
- Zusammenstellung und Aushändigung einer individuellen Patientenmappe mit allen Informationen und Angaben des Versicherten (z. B. Kopie der TEWE des Versicherten, Befunde).

§ 2

Vergütung und Abrechnung

- 1) Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.
- 2) Die Höhe der jeweiligen Vergütungspauschale ergibt sich in Abhängigkeit vom Umfang des erhöhten ärztlichen Aufwandes im jeweiligen Behandlungsfall je Quartal.

Leistung	Vergütung	SNR
Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 1 für betreuungsintensive Patienten (mindestens eine gesicherte Diagnose je Indikationsgruppe gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)	3,00 €	95101
Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 2 für betreuungsintensive Patienten (je Indikationsgruppe mindestens jeweils eine gesicherte Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)	6,00 €	95102
Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 3 für betreuungsintensive Patienten (je Indikationsgruppe mindestens jeweils eine gesicherte Diagnose aus drei unterschiedlichen Indikationsgruppen gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)	9,00 €	95103

<p>Kontaktabhängige quartalsweise Vergütungspauschale 4 für betreuungsintensive Patienten</p> <p>(je Indikationsgruppe mindestens jeweils eine gesicherte Diagnose aus vier oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gem. Anhang 1 zu dieser Anlage)</p>	<p>12,00 €</p>	<p>95104</p>
--	----------------	--------------

- 3) Die Abrechnung und Vergütung der besonderen Betreuung nach den SNR 95101 bis 95104 setzt voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gemäß Anlage 1 erklärt haben.
- 4) Weitere Voraussetzung hierfür ist, dass bei den teilnehmenden Versicherten in dem jeweiligen Quartal von dem Arzt mindestens eine Erkrankung gemäß des Anhang 1 zu dieser Anlage (Übersicht der betreuungsintensiven Krankheiten) gesichert, endstellig nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung durch den behandelnden Arzt festgestellt und behandelt worden ist. Eine Abrechnung der SNR 95101 bis 95104 kann nicht erfolgen, wenn die besondere Versorgung im Rahmen dieses Moduls im jeweiligen Behandlungsquartal nicht erfolgte.
- 5) Die KV Nordrhein und die DAK-G überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung entsprechend der Abrechnungsprüfung nach § 106d SGB V.
- 6) Die Indikationsgruppen, die zugehörigen ICD-10-GM-Schlüssel sowie die Zuordnung der Indikationsgruppen zu den jeweiligen Vergütungspauschalen ergeben sich aus dem Anhang zu dieser Anlage.
- 7) Die Abrechnung derselben Vergütungspauschale für einen Patienten durch mehrere Ärzte derselben Arztgruppe im jeweiligen Quartal ist ausgeschlossen, es sei denn, eine Mit-/Weiterbehandlung, Konsiliaruntersuchung oder Auftragsleistung eines Arztes derselben Arztgruppe ist aus medizinischen Gründen erforderlich (§ 24 Abs. 4 BMV-Ä). Hiervon sind die Fälle ausgenommen, in denen kein schuldhaftes Verhalten des Arztes vorliegt.
- 8) Sofern sich einzelne Indikationsgruppen aus medizinischer Sicht ausschließen, ist eine Abrechnung dieser Indikationsgruppen nebeneinander nicht möglich.
- 9) Die gleichzeitige Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen aus dieser Anlage und dem EBM oder weiterer Versorgungsverträge, z. B. DMP Verträge, Verträge zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V, ist ausgeschlossen.

Anhang 1 zu Anlage 5: Übersicht der besonders betreuungsintensiven Krankheiten

zum Vertrag gem § 140a SGB V zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

Indikation / ICD-10-Code	Bezeichnung
Chronischer Schmerz: Indikationsgruppe 1	
F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
Depression/affektive Störung: Indikationsgruppe 2	
F30.8	Sonstige manische Episoden
F30.9	Manische Episode, nicht näher bezeichnet
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen
F31.9	Bipolare affektive Störung, nicht näher bezeichnet
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen: Indikationsgruppe 3	
E10.7-	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen; [vor 2014]: Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E10.73	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E10.75	Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-1-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E11.7-	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen; [vor 2014]: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen
E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E11.73	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E11.75	Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet; [vor 2014]: Nicht primär insulinabhängiger Diabetes mellitus [Typ-2-Diabetes]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E12.7-	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen
E12.72	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E12.73	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E12.74	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E12.75	Diabetes mellitus in Verbindung mit Fehl- oder Mangelernährung [Malnutrition]: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E13.7-	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen

E13.72	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E13.73	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E13.74	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E13.75	Sonstiger näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
E14.7-	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen
E14.72	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet
E14.73	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet
E14.74	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet
E14.75	Nicht näher bezeichneter Diabetes mellitus: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet
Erkrankungen der Leber: Indikationsgruppe 4	
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen
K71.7	Toxische Leberkrankheit mit Fibrose und Zirrhose der Leber
K72.1	Chronisches Leberversagen
K72.7-	Hepatische Enzephalopathie und Coma hepaticum
K72.71	Hepatische Enzephalopathie Grad 1
K72.72	Hepatische Enzephalopathie Grad 2
K72.73	Hepatische Enzephalopathie Grad 3
K72.74	Hepatische Enzephalopathie Grad 4
K72.79	Hepatische Enzephalopathie, Grad nicht näher bezeichnet
K74.0	Leberfibrose
K74.1	Lebersklerose
K74.2	Leberfibrose mit Lebersklerose
K74.3	Primäre biliäre Zirrhose
K74.4	Sekundäre biliäre Zirrhose
K74.5	Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet
K74.6	Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber
K76.7	Hepatorenales Syndrom
Erkrankungen der Lunge: Indikationsgruppe 5	
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation
J96.1-	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
Erkrankungen des Rückenmarks: Indikationsgruppe 6	
G11.0	Angeborene nichtprogressive Ataxie
G11.1	Früh beginnende zerebellare Ataxie
G11.2	Spät beginnende zerebellare Ataxie
G11.3	Zerebellare Ataxie mit defektem DNA-Reparatursystem
G11.8	Sonstige hereditäre Ataxien
G11.9	Hereditäre Ataxie, nicht näher bezeichnet
G12.0	Infantile spinale Muskelatrophie, Typ I [Typ Werdnig-Hoffmann]
G12.1	Sonstige vererbte spinale Muskelatrophie
G12.2	Motoneuron-Krankheit
G12.8	Sonstige spinale Muskelatrophien und verwandte Syndrome
G12.9	Spinale Muskelatrophie, nicht näher bezeichnet
G13.0	Paraneoplastische Neuromyopathie und Neuropathie
G13.1	Sonstige Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Neubildungen
G13.2	Systematrophie, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei Myxödem
G13.8	Systematrophien, vorwiegend das Zentralnervensystem betreffend, bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese
G82.0-	Schlaffe Paraparese und Paraplegie
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.1-	Spastische Paraparese und Paraplegie
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.2-	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung

G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.3-	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie
G82.32	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.4-	Spastische Tetraparese und Tetraplegie
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.5-	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnet
G82.6-	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes
G82.60	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3
G82.61	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5
G82.62	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8
G82.63	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T1-T6; [vor 2016]: Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th1-Th6
G82.64	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T7-T10; [vor 2016]: Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th7-Th10
G82.65	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: T11-L1; [vor 2016]: Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th11-L1
G82.66	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: L2-S1
G82.67	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: S2-S5
G82.69	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Nicht näher bezeichnet
G83.5	Locked-in-Syndrom
M48.0-	Spinal(kanal)stenose
M48.00	Spinal(kanal)stenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.01	Spinal(kanal)stenose: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M48.02	Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich
M48.03	Spinal(kanal)stenose: Zervikothorakalbereich
M48.04	Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich
M48.05	Spinal(kanal)stenose: Thorakolumbalbereich
M48.06	Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich
M48.07	Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich
M48.08	Spinal(kanal)stenose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M48.09	Spinal(kanal)stenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M99.2-	Subluxationsstenose des Spinalkanals
M99.20	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal]
M99.21	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.22	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal]
M99.23	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.24	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]
M99.29	Subluxationsstenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen
M99.3-	Knöcherner Stenose des Spinalkanals
M99.30	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal]
M99.31	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.32	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal]
M99.33	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.34	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]
M99.39	Knöcherner Stenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen
M99.4-	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals
M99.40	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal]
M99.41	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.42	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal]
M99.43	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.44	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]
M99.49	Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen
M99.5-	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben
M99.50	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Kopfbereich [okzipitozervikal]
M99.51	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.52	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Thorakalbereich [thorakolumbal]
M99.53	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.59	Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Abdomen und sonstige Lokalisationen
M99.6-	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation
M99.60	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Kopfbereich [okzipitozervikal]
M99.61	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.62	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Thorakalbereich [thorakolumbal]

M99.63	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.64	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]
M99.69	Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Abdomen und sonstige Lokalisationen
M99.7-	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben
M99.70	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Kopfbereich [okzipitozervikal]
M99.71	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Zervikalbereich [zervikothorakal]
M99.72	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Thorakalbereich [thorakolumbal]
M99.73	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Lumbalbereich [lumbosakral]
M99.74	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal]
M99.79	Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Abdomen und sonstige Lokalisationen
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes
Erkrankungen des Urogenitalsystems: Indikationsgruppe 7	
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse
Z49.1	Extrakorporale Dialyse
Z49.2	Sonstige Dialyse
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz
Gastrointestinale Erkrankungen: Indikationsgruppe 8	
K50.0	Crohn-Krankheit des Dünndarmes
K50.1	Crohn-Krankheit des Dickdarmes
K50.8-	Sonstige Crohn-Krankheit
K50.80	Crohn-Krankheit des Magens
K50.81	Crohn-Krankheit der Speiseröhre
K50.82	Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend
K50.88	Sonstige Crohn-Krankheit
K50.9	Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet
K51.0	Ulzeröse (chronische) Pankolitis
K51.2	Ulzeröse (chronische) Proktitis
K51.3	Ulzeröse (chronische) Rektosigmoiditis
K51.4	Inflammatorische Polypen des Kolons
K51.5	Linksseitige Colitis
K51.8	Sonstige Colitis ulcerosa
K51.9	Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet
Gefäß- und Kreislauferkrankungen: Indikationsgruppe 9	
I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden; [vor 2015]: Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
Hautulcus: Indikationsgruppe 10	
L97	Ulcus cruris, anderenorts nicht klassifiziert
L98.4	Chronisches Ulkus der Haut, anderenorts nicht klassifiziert
Herzkrankheiten: Indikationsgruppe 11	
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.9	Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I39.1	Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I35.0	Aortenklappenstenose
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.4	Endokardfibroelastose
I39.8	Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie

I25.5	Ischämische Kardiomyopathie
I43.2	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten
I43.0	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I43.8	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I43.1	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert
I08.0	Krankheiten der Mitralklappe und Aortenklappe, kombiniert
I08.1	Krankheiten der Mitralklappe und Trikuspidalklappe, kombiniert
I08.3	Krankheiten der Mitralklappe, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert
I39.4	Krankheiten mehrerer Herzklappen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichterer Belastung
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.19	Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I05.9	Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I39.0	Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I34.1	Mitralklappenprolaps
I05.0	Mitralklappenstenose
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I51.5	Myokarddegeneration
I34.9	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.9	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I36.0	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.2	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I39.3	Pulmonalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I37.0	Pulmonalklappenstenose
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz
I50.0	Rechtsherzinsuffizienz
I50.04	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.03	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.05	Rechtsherzinsuffizienz mit Beschwerden in Ruhe
I50.02	Rechtsherzinsuffizienz ohne Beschwerden
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
I06.9	Rheumatische Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I09.1	Rheumatische Krankheiten des Endokards, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
I42.8-	Sonstige Kardiomyopathien
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten
I34.88	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I34.8	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I36.8	Sonstige nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
I07.9	Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I39.2	Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I07.0	Trikuspidalklappenstenose
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz

I47.0	Ventrikuläre Arrhythmie durch Re-entry
I47.2	Ventrikuläre Tachykardie
I48.4	Vorhofflattern, atypisch
I48.3	Vorhofflattern, typisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
Kognitive Erkrankungen: Indikationsgruppe 12	
F00.0	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.0	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
G30.0	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G30.1	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
G30.8	Sonstige Alzheimer-Krankheit
G30.9	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
G31.82	Lewy-Körper-Krankheit; [vor 2015]: Lewy-Körper-Demenz
Maligne Erkrankungen: Indikationsgruppe 13	
C00.0	Bösartige Neubildung: Äußere Oberlippe
C00.1	Bösartige Neubildung: Äußere Unterlippe
C00.2	Bösartige Neubildung: Äußere Lippe, nicht näher bezeichnet
C00.3	Bösartige Neubildung: Oberlippe, Innenseite
C00.4	Bösartige Neubildung: Unterlippe, Innenseite
C00.5	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet, Innenseite
C00.6	Bösartige Neubildung: Lippenkommissur
C00.8	Bösartige Neubildung: Lippe, mehrere Teilbereiche überlappend
C00.9	Bösartige Neubildung: Lippe, nicht näher bezeichnet
C01	Bösartige Neubildung des Zungengrundes
C02.0	Bösartige Neubildung: Zungenrücken
C02.1	Bösartige Neubildung: Zungenrand
C02.2	Bösartige Neubildung: Zungenunterfläche
C02.3	Bösartige Neubildung: Vordere zwei Drittel der Zunge, Bereich nicht näher bezeichnet
C02.4	Bösartige Neubildung: Zungentonsille
C02.8	Bösartige Neubildung: Zunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C02.9	Bösartige Neubildung: Zunge, nicht näher bezeichnet
C03.0	Bösartige Neubildung: Oberkieferzahnfleisch
C03.1	Bösartige Neubildung: Unterkieferzahnfleisch
C03.9	Bösartige Neubildung: Zahnfleisch, nicht näher bezeichnet
C04.0	Bösartige Neubildung: Vorderer Teil des Mundbodens
C04.1	Bösartige Neubildung: Seitlicher Teil des Mundbodens
C04.8	Bösartige Neubildung: Mundboden, mehrere Teilbereiche überlappend
C04.9	Bösartige Neubildung: Mundboden, nicht näher bezeichnet
C05.0	Bösartige Neubildung: Harter Gaumen
C05.1	Bösartige Neubildung: Weicher Gaumen
C05.2	Bösartige Neubildung: Uvula
C05.8	Bösartige Neubildung: Gaumen, mehrere Teilbereiche überlappend
C05.9	Bösartige Neubildung: Gaumen, nicht näher bezeichnet
C06.0	Bösartige Neubildung: Wangenschleimhaut
C06.1	Bösartige Neubildung: Vestibulum oris
C06.2	Bösartige Neubildung: Retromolarregion
C06.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Teile des Mundes, mehrere Teilbereiche überlappend
C06.9	Bösartige Neubildung: Mund, nicht näher bezeichnet
C07	Bösartige Neubildung der Parotis
C08.0	Bösartige Neubildung: Glandula submandibularis
C08.1	Bösartige Neubildung: Glandula sublingualis
C08.8	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüsen, mehrere Teilbereiche überlappend

C08.9	Bösartige Neubildung: Große Speicheldrüse, nicht näher bezeichnet
C09.0	Bösartige Neubildung: Fossa tonsillaris
C09.1	Bösartige Neubildung: Gaumenbogen (vorderer) (hinterer)
C09.8	Bösartige Neubildung: Tonsille, mehrere Teilbereiche überlappend
C09.9	Bösartige Neubildung: Tonsille, nicht näher bezeichnet
C10.0	Bösartige Neubildung: Vallecula epiglottica
C10.1	Bösartige Neubildung: Vorderfläche der Epiglottis
C10.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Oropharynx
C10.3	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Oropharynx
C10.4	Bösartige Neubildung: Kiemengang
C10.8	Bösartige Neubildung: Oropharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C10.9	Bösartige Neubildung: Oropharynx, nicht näher bezeichnet
C11.0	Bösartige Neubildung: Obere Wand des Nasopharynx
C11.1	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Nasopharynx
C11.2	Bösartige Neubildung: Seitenwand des Nasopharynx
C11.3	Bösartige Neubildung: Vorderwand des Nasopharynx
C11.8	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C11.9	Bösartige Neubildung: Nasopharynx, nicht näher bezeichnet
C12	Bösartige Neubildung des Recessus piriformis
C13.0	Bösartige Neubildung: Regio postcricioidea
C13.1	Bösartige Neubildung: Aryepiglottische Falte, hypopharyngeale Seite
C13.2	Bösartige Neubildung: Hinterwand des Hypopharynx
C13.8	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C13.9	Bösartige Neubildung: Hypopharynx, nicht näher bezeichnet
C14.0	Bösartige Neubildung: Pharynx, nicht näher bezeichnet
C14.2	Bösartige Neubildung: Lymphatischer Rachenring [Waldeyer]
C14.8	Bösartige Neubildung: Lippe, Mundhöhle und Pharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.0	Bösartige Neubildung: Zervikaler Ösophagus
C15.1	Bösartige Neubildung: Thorakaler Ösophagus
C15.2	Bösartige Neubildung: Abdominaler Ösophagus
C15.3	Bösartige Neubildung: Ösophagus, oberes Drittel
C15.4	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mittleres Drittel
C15.5	Bösartige Neubildung: Ösophagus, unteres Drittel
C15.8	Bösartige Neubildung: Ösophagus, mehrere Teilbereiche überlappend
C15.9	Bösartige Neubildung: Ösophagus, nicht näher bezeichnet
C16.0	Bösartige Neubildung: Kardia
C16.1	Bösartige Neubildung: Fundus ventriculi
C16.2	Bösartige Neubildung: Corpus ventriculi
C16.3	Bösartige Neubildung: Antrum pyloricum
C16.4	Bösartige Neubildung: Pylorus
C16.5	Bösartige Neubildung: Kleine Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.6	Bösartige Neubildung: Große Krümmung des Magens, nicht näher bezeichnet
C16.8	Bösartige Neubildung: Magen, mehrere Teilbereiche überlappend
C16.9	Bösartige Neubildung: Magen, nicht näher bezeichnet
C17.0	Bösartige Neubildung: Duodenum
C17.1	Bösartige Neubildung: Jejunum
C17.2	Bösartige Neubildung: Ileum
C17.3	Bösartige Neubildung: Meckel-Divertikel
C17.8	Bösartige Neubildung: Dünndarm, mehrere Teilbereiche überlappend
C17.9	Bösartige Neubildung: Dünndarm, nicht näher bezeichnet
C18.0	Bösartige Neubildung: Zäkum
C18.1	Bösartige Neubildung: Appendix vermiformis
C18.2	Bösartige Neubildung: Colon ascendens
C18.3	Bösartige Neubildung: Flexura coli dextra [hepatica]
C18.4	Bösartige Neubildung: Colon transversum
C18.5	Bösartige Neubildung: Flexura coli sinistra [lienalis]
C18.6	Bösartige Neubildung: Colon descendens
C18.7	Bösartige Neubildung: Colon sigmoideum
C18.8	Bösartige Neubildung: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend
C18.9	Bösartige Neubildung: Kolon, nicht näher bezeichnet
C19	Bösartige Neubildung am Rektosigmoid, Übergang
C20	Bösartige Neubildung des Rektums
C21.0	Bösartige Neubildung: Anus, nicht näher bezeichnet
C21.1	Bösartige Neubildung: Analkanal
C21.2	Bösartige Neubildung: Kloakenregion
C21.8	Bösartige Neubildung: Rektum, Anus und Analkanal, mehrere Teilbereiche überlappend
C22.0	Leberzellkarzinom
C22.1	Intrahepatisches Gallengangskarzinom
C22.2	Hepatoblastom
C22.3	Angiosarkom der Leber

C22.4	Sonstige Sarkome der Leber
C22.7	Sonstige näher bezeichnete Karzinome der Leber
C22.9	Bösartige Neubildung: Leber, nicht näher bezeichnet
C23	Bösartige Neubildung der Gallenblase
C24.0	Bösartige Neubildung: Extrahepatischer Gallengang
C24.1	Bösartige Neubildung: Ampulla hepatopancreatica [Ampulla Vateri]
C24.8	Bösartige Neubildung: Gallenwege, mehrere Teilbereiche überlappend
C24.9	Bösartige Neubildung: Gallenwege, nicht näher bezeichnet
C25.0	Bösartige Neubildung: Pankreaskopf
C25.1	Bösartige Neubildung: Pankreaskörper
C25.2	Bösartige Neubildung: Pankreasschwanz
C25.3	Bösartige Neubildung: Ductus pancreaticus
C25.4	Bösartige Neubildung: Endokriner Drüsenanteil des Pankreas
C25.7	Bösartige Neubildung: Sonstige Teile des Pankreas
C25.8	Bösartige Neubildung: Pankreas, mehrere Teilbereiche überlappend
C25.9	Bösartige Neubildung: Pankreas, nicht näher bezeichnet
C26.0	Bösartige Neubildung: Intestinaltrakt, Teil nicht näher bezeichnet
C26.1	Bösartige Neubildung: Milz
C26.8	Bösartige Neubildung: Verdauungssystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C26.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Verdauungssystems
C30.0	Bösartige Neubildung: Nasenhöhle
C30.1	Bösartige Neubildung: Mittelohr
C31.0	Bösartige Neubildung: Sinus maxillaris [Kieferhöhle]
C31.1	Bösartige Neubildung: Sinus ethmoidalis [Siebbeinzellen]
C31.2	Bösartige Neubildung: Sinus frontalis [Stirnhöhle]
C31.3	Bösartige Neubildung: Sinus sphenoidalis [Keilbeinhöhle]
C31.8	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhlen, mehrere Teilbereiche überlappend
C31.9	Bösartige Neubildung: Nasennebenhöhle, nicht näher bezeichnet
C32.0	Bösartige Neubildung: Glottis
C32.1	Bösartige Neubildung: Supraglottis
C32.2	Bösartige Neubildung: Subglottis
C32.3	Bösartige Neubildung: Larynxknorpel
C32.8	Bösartige Neubildung: Larynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C32.9	Bösartige Neubildung: Larynx, nicht näher bezeichnet
C33	Bösartige Neubildung der Trachea
C34.0	Bösartige Neubildung: Hauptbronchus
C34.1	Bösartige Neubildung: Oberlappen (-Bronchus)
C34.2	Bösartige Neubildung: Mittellappen (-Bronchus)
C34.3	Bösartige Neubildung: Unterlappen (-Bronchus)
C34.8	Bösartige Neubildung: Bronchus und Lunge, mehrere Teilbereiche überlappend
C34.9	Bösartige Neubildung: Bronchus oder Lunge, nicht näher bezeichnet
C37	Bösartige Neubildung des Thymus
C38.0	Bösartige Neubildung: Herz
C38.1	Bösartige Neubildung: Vorderes Mediastinum
C38.2	Bösartige Neubildung: Hinteres Mediastinum
C38.3	Bösartige Neubildung: Mediastinum, Teil nicht näher bezeichnet
C38.4	Bösartige Neubildung: Pleura
C38.8	Bösartige Neubildung: Herz, Mediastinum und Pleura, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.0	Bösartige Neubildung: Obere Atemwege, Teil nicht näher bezeichnet
C39.8	Bösartige Neubildung: Atmungsorgane und sonstige intrathorakale Organe, mehrere Teilbereiche überlappend
C39.9	Bösartige Neubildung: Ungenau bezeichnete Lokalisationen des Atmungssystems
C40.0	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Skapula und lange Knochen der oberen Extremität
C40.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der oberen Extremität
C40.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Lange Knochen der unteren Extremität
C40.3	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kurze Knochen der unteren Extremität
C40.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel der Extremitäten, mehrere Teilbereiche überlappend
C40.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel einer Extremität, nicht näher bezeichnet
C41.0-	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Knochen des Hirn- und Gesichtsschädels
C41.01	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Kraniofazial
C41.02	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Maxillofazial
C41.1	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Unterkieferknochen
C41.2	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Wirbelsäule
C41.3-	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen, Sternum und Klavikula
C41.30	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Rippen
C41.31	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Sternum
C41.32	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Klavikula
C41.4	Bösartige Neubildung des Knochens und des Gelenkknorpels: Beckenknochen
C41.8	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, mehrere Teilbereiche überlappend
C41.9	Bösartige Neubildung: Knochen und Gelenkknorpel, nicht näher bezeichnet
C45.0	Mesotheliom der Pleura

C45.1	Mesotheliom des Peritoneums
C45.2	Mesotheliom des Perikards
C45.7	Mesotheliom sonstiger Lokalisationen
C45.9	Mesotheliom, nicht näher bezeichnet
C46.0	Kaposi-Sarkom der Haut
C46.1	Kaposi-Sarkom des Weichteilgewebes
C46.2	Kaposi-Sarkom des Gaumens
C46.3	Kaposi-Sarkom der Lymphknoten
C46.7	Kaposi-Sarkom sonstiger Lokalisationen
C46.8	Kaposi-Sarkom mehrerer Organe
C46.9	Kaposi-Sarkom, nicht näher bezeichnet
C47.0	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C47.1	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C47.2	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C47.3	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Thorax
C47.4	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Abdomens
C47.5	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Beckens
C47.6	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C47.8	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, mehrere Teilbereiche überlappend
C47.9	Bösartige Neubildung: Periphere Nerven und autonomes Nervensystem, nicht näher bezeichnet
C48.0	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum
C48.1	Bösartige Neubildung: Näher bezeichnete Teile des Peritoneums
C48.2	Bösartige Neubildung: Peritoneum, nicht näher bezeichnet
C48.8	Bösartige Neubildung: Retroperitoneum und Peritoneum, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.0	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C49.1	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der oberen Extremität, einschließlich Schulter
C49.2	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe der unteren Extremität, einschließlich Hüfte
C49.3	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Thorax
C49.4	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Abdomens
C49.5	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Beckens
C49.6	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe des Rumpfes, nicht näher bezeichnet
C49.8	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, mehrere Teilbereiche überlappend
C49.9	Bösartige Neubildung: Bindegewebe und andere Weichteilgewebe, nicht näher bezeichnet
C50.0	Bösartige Neubildung: Brustwarze und Warzenhof
C50.1	Bösartige Neubildung: Zentraler Drüsenkörper der Brustdrüse
C50.2	Bösartige Neubildung: Oberer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.3	Bösartige Neubildung: Unterer innerer Quadrant der Brustdrüse
C50.4	Bösartige Neubildung: Oberer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.5	Bösartige Neubildung: Unterer äußerer Quadrant der Brustdrüse
C50.6	Bösartige Neubildung: Recessus axillaris der Brustdrüse
C50.8	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, mehrere Teilbereiche überlappend
C50.9	Bösartige Neubildung: Brustdrüse, nicht näher bezeichnet
C51.0	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium majus
C51.1	Bösartige Neubildung der Vulva: Labium minus
C51.2	Bösartige Neubildung der Vulva: Klitoris
C51.8	Bösartige Neubildung: Vulva, mehrere Teilbereiche überlappend
C51.9	Bösartige Neubildung: Vulva, nicht näher bezeichnet
C52	Bösartige Neubildung der Vagina
C53.0	Bösartige Neubildung: Endozervix
C53.1	Bösartige Neubildung: Ektozervix
C53.8	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C53.9	Bösartige Neubildung: Cervix uteri, nicht näher bezeichnet
C54.0	Bösartige Neubildung: Isthmus uteri
C54.1	Bösartige Neubildung: Endometrium
C54.2	Bösartige Neubildung: Myometrium
C54.3	Bösartige Neubildung: Fundus uteri
C54.8	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, mehrere Teilbereiche überlappend
C54.9	Bösartige Neubildung: Corpus uteri, nicht näher bezeichnet
C55	Bösartige Neubildung des Uterus, Teil nicht näher bezeichnet
C56	Bösartige Neubildung des Ovars
C57.0	Bösartige Neubildung: Tuba uterina [Fallopio]
C57.1	Bösartige Neubildung: Lig. latum uteri
C57.2	Bösartige Neubildung: Lig. teres uteri
C57.3	Bösartige Neubildung: Parametrium
C57.4	Bösartige Neubildung: Uterine Adnexe, nicht näher bezeichnet
C57.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete weibliche Genitalorgane
C57.8	Bösartige Neubildung: Weibliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C57.9	Bösartige Neubildung: Weibliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C58	Bösartige Neubildung der Plazenta
C60.0	Bösartige Neubildung: Praeputium penis

C60.1	Bösartige Neubildung: Glans penis
C60.2	Bösartige Neubildung: Penisschaft
C60.8	Bösartige Neubildung: Penis, mehrere Teilbereiche überlappend
C60.9	Bösartige Neubildung: Penis, nicht näher bezeichnet
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
C62.0	Bösartige Neubildung: Dystoper Hoden
C62.1	Bösartige Neubildung: Deszendierter Hoden
C62.9	Bösartige Neubildung: Hoden, nicht näher bezeichnet
C63.0	Bösartige Neubildung: Nebenhoden [Epididymis]
C63.1	Bösartige Neubildung: Samenstrang
C63.2	Bösartige Neubildung: Skrotum
C63.7	Bösartige Neubildung: Sonstige näher bezeichnete männliche Genitalorgane
C63.8	Bösartige Neubildung: Männliche Genitalorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C63.9	Bösartige Neubildung: Männliches Genitalorgan, nicht näher bezeichnet
C64	Bösartige Neubildung der Niere, ausgenommen Nierenbecken
C65	Bösartige Neubildung des Nierenbeckens
C66	Bösartige Neubildung des Ureters
C67.0	Bösartige Neubildung: Trigonum vesicae
C67.1	Bösartige Neubildung: Apex vesicae
C67.2	Bösartige Neubildung: Laterale Harnblasenwand
C67.3	Bösartige Neubildung: Vordere Harnblasenwand
C67.4	Bösartige Neubildung: Hintere Harnblasenwand
C67.5	Bösartige Neubildung: Harnblasenhals
C67.6	Bösartige Neubildung: Ostium ureteris
C67.7	Bösartige Neubildung: Urachus
C67.8	Bösartige Neubildung: Harnblase, mehrere Teilbereiche überlappend
C67.9	Bösartige Neubildung: Harnblase, nicht näher bezeichnet
C68.0	Bösartige Neubildung: Urethra
C68.1	Bösartige Neubildung: Paraurethrale Drüse
C68.8	Bösartige Neubildung: Harnorgane, mehrere Teilbereiche überlappend
C68.9	Bösartige Neubildung: Harnorgan, nicht näher bezeichnet
C69.0	Bösartige Neubildung: Konjunktiva
C69.1	Bösartige Neubildung: Kornea
C69.2	Bösartige Neubildung: Retina
C69.3	Bösartige Neubildung: Chorioidea
C69.4	Bösartige Neubildung: Ziliarkörper
C69.5	Bösartige Neubildung: Tränendrüse und Tränenwege
C69.6	Bösartige Neubildung: Orbita
C69.8	Bösartige Neubildung: Auge und Augenanhangsgebilde, mehrere Teilbereiche überlappend
C69.9	Bösartige Neubildung: Auge, nicht näher bezeichnet
C70.0	Bösartige Neubildung: Hirnhäute
C70.1	Bösartige Neubildung: Rückenmarkhäute
C70.9	Bösartige Neubildung: Meningen, nicht näher bezeichnet
C71.0	Bösartige Neubildung: Zerebrum, ausgenommen Hirnlappen und Ventrikel
C71.1	Bösartige Neubildung: Frontallappen
C71.2	Bösartige Neubildung: Temporallappen
C71.3	Bösartige Neubildung: Parietallappen
C71.4	Bösartige Neubildung: Okzipitallappen
C71.5	Bösartige Neubildung: Hirnventrikel
C71.6	Bösartige Neubildung: Zerebellum
C71.7	Bösartige Neubildung: Hirnstamm
C71.8	Bösartige Neubildung: Gehirn, mehrere Teilbereiche überlappend
C71.9	Bösartige Neubildung: Gehirn, nicht näher bezeichnet
C72.0	Bösartige Neubildung: Rückenmark
C72.1	Bösartige Neubildung: Cauda equina
C72.2	Bösartige Neubildung: Nn. olfactorii [I. Hirnnerv]
C72.3	Bösartige Neubildung: N. opticus [II. Hirnnerv]
C72.4	Bösartige Neubildung: N. vestibulocochlearis [VIII. Hirnnerv]
C72.5	Bösartige Neubildung: Sonstige und nicht näher bezeichnete Hirnnerven
C72.8	Bösartige Neubildung: Gehirn und andere Teile des Zentralnervensystems, mehrere Teilbereiche überlappend
C72.9	Bösartige Neubildung: Zentralnervensystem, nicht näher bezeichnet
C74.0	Bösartige Neubildung: Nebennierenrinde
C74.1	Bösartige Neubildung: Nebennierenmark
C74.9	Bösartige Neubildung: Nebenniere, nicht näher bezeichnet
C75.1	Bösartige Neubildung: Hypophyse
C75.2	Bösartige Neubildung: Ductus craniopharyngealis
C75.3	Bösartige Neubildung: Epiphyse [Glandula pinealis] [Zirbeldrüse]
C76.0	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Kopf, Gesicht und Hals
C76.1	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Thorax
C76.2	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Abdomen

C76.3	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Becken
C76.4	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Obere Extremität
C76.5	Bösartige Neubildung ungenau bezeichneter Lokalisationen: Untere Extremität
C76.7	Bösartige Neubildung: Sonstige ungenau bezeichnete Lokalisationen
C76.8	Bösartige Neubildung: Sonstige und ungenau bezeichnete Lokalisationen, mehrere Teilbereiche überlappend
C77.0	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten des Kopfes, des Gesichtes und des Halses
C77.1	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrathorakale Lymphknoten
C77.2	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intraabdominale Lymphknoten
C77.3	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Axilläre Lymphknoten und Lymphknoten der oberen Extremität
C77.4	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Inguinale Lymphknoten und Lymphknoten der unteren Extremität
C77.5	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Intrapelvine Lymphknoten
C77.8	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten mehrerer Regionen
C77.9	Sekundäre und nicht näher bezeichnete bösartige Neubildung: Lymphknoten, nicht näher bezeichnet
C78.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Lunge
C78.1	Sekundäre bösartige Neubildung des Mediastinums
C78.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Pleura
C78.3	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Atmungsorgane
C78.4	Sekundäre bösartige Neubildung des Dünndarmes
C78.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Dickdarmes und des Rektums
C78.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Retroperitoneums und des Peritoneums
C78.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Leber und der intrahepatischen Gallengänge
C78.8	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Verdauungsorgane
C79.0	Sekundäre bösartige Neubildung der Niere und des Nierenbeckens
C79.1	Sekundäre bösartige Neubildung der Harnblase sowie sonstiger und nicht näher bezeichneter Harnorgane
C79.2	Sekundäre bösartige Neubildung der Haut
C79.3	Sekundäre bösartige Neubildung des Gehirns und der Hirnhäute
C79.4	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Nervensystems
C79.5	Sekundäre bösartige Neubildung des Knochens und des Knochenmarkes
C79.6	Sekundäre bösartige Neubildung des Ovars
C79.7	Sekundäre bösartige Neubildung der Nebenniere
C79.8-	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.81	Sekundäre bösartige Neubildung der Brustdrüse
C79.82	Sekundäre bösartige Neubildung der Genitalorgane
C79.83	Sekundäre bösartige Neubildung des Perikards
C79.84	Sonstige sekundäre bösartige Neubildung des Herzens
C79.85	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe des Halses
C79.86	Sekundäre bösartige Neubildung des Bindegewebes und anderer Weichteilgewebe der Extremitäten
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
C79.9	Sekundäre bösartige Neubildung nicht näher bezeichneter Lokalisation
C80.0	Bösartige Neubildung, primäre Lokalisation unbekannt, so bezeichnet
C80.9	Bösartige Neubildung, nicht näher bezeichnet
C81.0	Noduläres lymphozytenprädominantes Hodgkin-Lymphom
C81.1	Nodulär-sklerosierendes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.2	Gemischtzelliges (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.3	Lymphozytenarmes (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.4	Lymphozytenreiches (klassisches) Hodgkin-Lymphom
C81.7	Sonstige Typen des (klassischen) Hodgkin-Lymphoms
C81.9	Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C82.0	Follikuläres Lymphom Grad I
C82.1	Follikuläres Lymphom Grad II
C82.2	Follikuläres Lymphom Grad III, nicht näher bezeichnet
C82.3	Follikuläres Lymphom Grad IIIa
C82.4	Follikuläres Lymphom Grad IIIb
C82.5	Diffuses Follikelzentrumslymphom
C82.6	Kutanes Follikelzentrumslymphom
C82.7	Sonstige Typen des follikulären Lymphoms
C82.9	Follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C83.0	Kleinzelliges B-Zell-Lymphom
C83.1	Mantelzell-Lymphom
C83.3	Diffuses großzelliges B-Zell-Lymphom
C83.5	Lymphoblastisches Lymphom
C83.7	Burkitt-Lymphom
C83.8	Sonstige nicht follikuläre Lymphome
C83.9	Nicht follikuläres Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.0	Mycosis fungoides
C84.1	Sézary-Syndrom
C84.4	Peripheres T-Zell-Lymphom, nicht spezifiziert

C84.5	Sonstige reifzellige T/NK-Zell-Lymphome
C84.6	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-positiv
C84.7	Anaplastisches großzelliges Lymphom, ALK-negativ
C84.8	Kutanes T-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C84.9	Reifzelliges T/NK-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.1	B-Zell-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C85.2	Mediastinales (thymisches) großzelliges B-Zell-Lymphom
C85.7	Sonstige näher bezeichnete Typen des Non-Hodgkin-Lymphoms
C85.9	Non-Hodgkin-Lymphom, nicht näher bezeichnet
C86.0	Extranodales NK/T-Zell-Lymphom, nasaler Typ
C86.1	Hepatosplenisches T-Zell-Lymphom
C86.2	T-Zell-Lymphom vom Enteropathie-Typ
C86.3	Subkutanes pannikulitisches T-Zell-Lymphom
C86.4	Blastisches NK-Zell-Lymphom
C86.5	Angioimmunoblastisches T-Zell-Lymphom
C86.6	Primäre kutane CD30-positive T-Zell-Proliferationen
C88.0-	Makroglobulinämie Waldenström
C88.00	Makroglobulinämie Waldenström: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.01	Makroglobulinämie Waldenström: In kompletter Remission
C88.2-	Sonstige Schwerekettenkrankheit
C88.20	Sonstige Schwerekettenkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.21	Sonstige Schwerekettenkrankheit: In kompletter Remission
C88.3-	Immunproliferative Dünndarmkrankheit
C88.30	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.31	Immunproliferative Dünndarmkrankheit: In kompletter Remission
C88.4-	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]
C88.40	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.41	Extranodales Marginalzonen-B-Zell-Lymphom des Mukosa-assoziierten lymphatischen Gewebes [MALT-Lymphom]: In kompletter Remission
C88.7-	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten
C88.70	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.71	Sonstige bösartige immunproliferative Krankheiten: In kompletter Remission
C88.9-	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet
C88.90	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C88.91	Bösartige immunproliferative Krankheit, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C90.0-	Multipl. Myelom
C90.00	Multipl. Myelom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.01	Multipl. Myelom: In kompletter Remission
C90.1-	Plasmazellenleukämie
C90.10	Plasmazellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.11	Plasmazellenleukämie: In kompletter Remission
C90.2-	Extramedulläres Plasmozytom
C90.20	Extramedulläres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.21	Extramedulläres Plasmozytom: In kompletter Remission
C90.3-	Solitäres Plasmozytom
C90.30	Solitäres Plasmozytom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C90.31	Solitäres Plasmozytom: In kompletter Remission
C91.0-	Akute lymphatische Leukämie [ALL]
C91.00	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.01	Akute lymphatische Leukämie [ALL]: In kompletter Remission
C91.1-	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]
C91.10	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.11	Chronische lymphatische Leukämie vom B-Zell-Typ [CLL]: In kompletter Remission
C91.3-	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ
C91.30	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.31	Prolymphozytäre Leukämie vom B-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.4-	Haarzellenleukämie
C91.40	Haarzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.41	Haarzellenleukämie: In kompletter Remission
C91.5-	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert)
C91.50	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.51	Adulte(s) T-Zell-Lymphom/Leukämie (HTLV-1-assoziiert): In kompletter Remission
C91.6-	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ
C91.60	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.61	Prolymphozyten-Leukämie vom T-Zell-Typ: In kompletter Remission
C91.7-	Sonstige lymphatische Leukämie
C91.70	Sonstige lymphatische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.71	Sonstige lymphatische Leukämie: In kompletter Remission
C91.8-	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ

C91.80	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.81	Reifzellige B-ALL vom Burkitt-Typ: In kompletter Remission
C91.9-	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet
C91.90	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C91.91	Lymphatische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C92.0-	Akute myeloblastische Leukämie [AML]
C92.00	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.01	Akute myeloblastische Leukämie [AML]: In kompletter Remission
C92.1-	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv
C92.10	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.11	Chronische myeloische Leukämie [CML], BCR/ABL-positiv: In kompletter Remission
C92.2-	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ
C92.20	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.21	Atypische chronische myeloische Leukämie, BCR/ABL-negativ: In kompletter Remission
C92.3-	Myelosarkom
C92.30	Myelosarkom: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.31	Myelosarkom: In kompletter Remission
C92.4-	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]
C92.40	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.41	Akute Promyelozyten-Leukämie [PCL]: In kompletter Remission
C92.5-	Akute myelomonozytäre Leukämie
C92.50	Akute myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.51	Akute myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C92.6-	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität
C92.60	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.61	Akute myeloische Leukämie mit 11q23-Abnormität: In kompletter Remission
C92.7-	Sonstige myeloische Leukämie
C92.70	Sonstige myeloische Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.71	Sonstige myeloische Leukämie: In kompletter Remission
C92.8-	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie
C92.80	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.81	Akute myeloische Leukämie mit multilineärer Dysplasie: In kompletter Remission
C92.9-	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet
C92.90	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C92.91	Myeloische Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C93.0-	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie; [vor 2014]: Akute Monoblasten/Monozytenleukämie
C93.00	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission; [vor 2014]: Akute Monoblasten/Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.01	Akute Monoblasten-/Monozytenleukämie: In kompletter Remission; [vor 2014]: Akute Monoblasten/Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.1-	Chronische myelomonozytäre Leukämie
C93.10	Chronische myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.11	Chronische myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.3-	Juvenile myelomonozytäre Leukämie
C93.30	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.31	Juvenile myelomonozytäre Leukämie: In kompletter Remission
C93.7-	Sonstige Monozytenleukämie
C93.70	Sonstige Monozytenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.71	Sonstige Monozytenleukämie: In kompletter Remission
C93.9-	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet
C93.90	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C93.91	Monozytenleukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C94.0-	Akute Erythroleukämie
C94.00	Akute Erythroleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.01	Akute Erythroleukämie: In kompletter Remission
C94.2-	Akute Megakaryoblastenleukämie
C94.20	Akute Megakaryoblastenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.21	Akute Megakaryoblastenleukämie: In kompletter Remission
C94.3-	Mastzellenleukämie
C94.30	Mastzellenleukämie: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.31	Mastzellenleukämie: In kompletter Remission
C94.4-	Akute Panmyelose mit Myelofibrose
C94.40	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.41	Akute Panmyelose mit Myelofibrose: In kompletter Remission
C94.6-	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar
C94.60	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.61	Myelodysplastische und myeloproliferative Krankheit, nicht klassifizierbar: In kompletter Remission
C94.7-	Sonstige näher bezeichnete Leukämien
C94.70	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C94.71	Sonstige näher bezeichnete Leukämien: In kompletter Remission

C94.8	Blastenkrise bei chronischer myeloischer Leukämie [CML]
C95.0-	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.00	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.01	Akute Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.1-	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.10	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.11	Chronische Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.7-	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps
C95.70	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.71	Sonstige Leukämie nicht näher bezeichneten Zelltyps: In kompletter Remission
C95.8	Leukämie, refraktär auf Standard-Induktionstherapie
C95.9-	Leukämie, nicht näher bezeichnet
C95.90	Leukämie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer kompletten Remission
C95.91	Leukämie, nicht näher bezeichnet: In kompletter Remission
C96.0	Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit]
C96.2	Bösartiger Mastzelltumor
C96.4	Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen)
C96.5	Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.6	Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose
C96.7	Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
C96.8	Histiozytisches Sarkom
C96.9	Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
C97	Bösartige Neubildungen als Primärtumoren an mehreren Lokalisationen
D05.1	Carcinoma in situ der Milchgänge
D47.0	Histiozyten- und Mastzelltumor unsicheren oder unbekanntem Verhaltens
D47.1	Chronische myeloproliferative Krankheit
D47.2	Monoklonale Gammopathie unbestimmter Signifikanz [MGUS]
D47.3	Essentielle (hämorrhagische) Thrombozythämie
D47.4	Osteomyelofibrose
D47.5	Chronische Eosinophilen-Leukämie [Hypereosinophiles Syndrom]
D47.7	Sonstige näher bezeichnete Neubildungen unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes
D47.9	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet
Neurologische Erkrankungen: Indikationsgruppe 14	
G10	Chorea Huntington
G20.0-	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.1-	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.9-	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G23.0	Hallervorden-Spatz-Syndrom
G23.1	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]
G23.2	Multiple Systematrophie vom Parkinson-Typ [MSA-P]; [vor 2016]: Striatonigrale Degeneration
G23.3	Multiple Systematrophie vom zerebellären Typ [MSA-C]
G23.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien
G23.9	Degenerative Krankheit der Basalganglien, nicht näher bezeichnet
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.1-	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.2-	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.3-	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G37.0	Diffuse Hirnsklerose
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems

G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
G40.0-	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.00	Pseudo-Lennox-Syndrom
G40.01	CSWS [Continuous spikes and waves during slow-wave sleep]
G40.02	Benigne psychomotorische Epilepsie [terror fits]
G40.08	Sonstige lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen
G40.09	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome mit fokal beginnenden Anfällen, nicht näher bezeichnet
G40.1	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit einfachen fokalen Anfällen
G40.2	Lokalisationsbezogene (fokale) (partielle) symptomatische Epilepsie und epileptische Syndrome mit komplexen fokalen Anfällen
G40.3	Generalisierte idiopathische Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.4	Sonstige generalisierte Epilepsie und epileptische Syndrome
G40.5	Spezielle epileptische Syndrome
G40.6	Grand-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit-Mal); [vor 2016]: Grand-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet (mit oder ohne Petit mal)
G40.7	Petit-Mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-Mal-Anfälle; [vor 2016]: Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle
G40.8	Sonstige Epilepsien
G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
G60.0	Hereditäre sensomotorische Neuropathie
G60.1	Refsum-Krankheit
G60.2	Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie
G60.3	Idiopathische progressive Neuropathie
G60.8	Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien
G60.9	Hereditäre und idiopathische Neuropathie, nicht näher bezeichnet
G61.0	Guillain-Barré-Syndrom
G61.1	Serumpolyneuropathie
G61.8	Sonstige Polyneuritiden
G61.9	Polyneuritis, nicht näher bezeichnet
G62.0	Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie
G62.1	Alkohol-Polyneuropathie
G62.2	Polyneuropathie durch sonstige toxische Agenzien
G62.8-	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
G62.80	Critical-illness-Polyneuropathie
G62.88	Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien
G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
G63.0	Polyneuropathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G63.1	Polyneuropathie bei Neubildungen
G63.3	Polyneuropathie bei sonstigen endokrinen und Stoffwechselkrankheiten
G63.4	Polyneuropathie bei alimentären Mangelzuständen
G63.5	Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes
G63.6	Polyneuropathie bei sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems
G63.8	Polyneuropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
G64	Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
Zerebrovaskuläre Erkrankungen: Indikationsgruppe 15	
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese
G80.4	Ataktische Zerebralparese
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten
G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität
G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
G83.8	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome
G83.9	Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
I69.3	Folgen eines Hirninfarktes
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten
Zustand nach Transplantationen: Indikationsgruppe 16	

Z94.0	Zustand nach Nierentransplantation
Z94.1	Zustand nach Herztransplantation
Z94.2	Zustand nach Lungentransplantation
Z94.3	Zustand nach Herz-Lungen-Transplantation
Z94.4	Zustand nach Lebertransplantation
Z94.5	Zustand nach Hauttransplantation
Z94.6	Zustand nach Knochentransplantation
Z94.7	Zustand nach Keratoplastik
Z94.8-	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
Z94.88	Zustand nach sonstiger Organ- oder Gewebetransplantation
Z94.9	Zustand nach Organ- oder Gewebetransplantation, nicht näher bezeichnet

Anlage 6: Modul 3 Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans

**zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

§ 1

Grundsätze

1. Bei Versicherten, die 5 und mehr Medikamente gleichzeitig einnehmen oder anwenden, wird ein Medikationsplan erstellt. Der Medikationsplan enthält möglichst sämtliche Arzneimittel inkl. Selbstmedikation. Hierbei sollen auch die Arzneimittel-Verordnungen anderer behandelnder Ärzte des Versicherten mit einbezogen werden. Dazu werden unter anderem der Wirkstoff, die Dosierung, der Einnahmegrund und sonstige Hinweise zur Einnahme aufgeführt. Bei Versicherten mit besonderen bzw. multimorbiden Erkrankungen soll ein verstärktes Augenmerk auf die Verordnung von Arzneimitteln gelegt werden und eine intensivere Überprüfung des Medikationsplans erfolgen. Daneben soll insbesondere auch auf mögliche Neben- und Wechselwirkungen der Medikation unter Berücksichtigung des individuellen Gesundheitszustandes des Versicherten eingegangen werden und bei Bedarf eine Anpassung/Umstellung der Medikation (Arzneimitteltherapie sowie Selbstmedikation) erfolgen.

2. Der Arzt kann, sofern dies aus medizinischer Sicht erforderlich ist, einmal jährlich sämtliche von dem Versicherten tatsächlich eingenommene Arzneimittel inkl. Selbstmedikation strukturiert erfassen (Anlage 14) und deren mögliche Neben- und Wechselwirkungen berücksichtigen, um Therapieänderungen oder Dosisanpassungen frühzeitig vornehmen zu können. Im Rahmen dieser strukturierten Erfassung kann auch eine Prüfung der Indikation für die einzelnen Verordnungen in Rücksprache mit den weiteren an der ärztlichen Behandlung Beteiligten durch den Arzt erforderlich werden. Gegebenenfalls sollte ein Verzicht auf eine Arzneimittelverordnung im Rahmen einer Priorisierung gemeinsam mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der eigenen individuellen Therapieziele und der individuellen Situation erwogen werden. In der Patientenmappe soll eine Kopie des aktuellen Medikationsplans vorhanden sein, sofern dieser erstellt wurde. Dieser soll dem Versicherten oder einer Betreuungsperson in einer für diesen verständlichen Form zur Ver-

fügung gestellt und erläutert werden. Einmal jährlich sowie zusätzlich bei Bedarf, z. B. aufgrund von Änderungen der Arzneimittelverordnungen, kann eine Überprüfung und ggf. Aktualisierung des Medikationsplans vorgenommen werden.

3. Daneben kann bei Bedarf die Priscus-Liste bei der Überprüfung der Medikation älterer Personen herangezogen werden.
 4. Des Weiteren beabsichtigen die Vertragspartner im Rahmen des Moduls zur Ausstellung und Überprüfung eines Medikationsplans eine Medikamenten-Übersicht aller verordneten Arzneimittel aller behandelnden Ärzte des Versicherten zu implementieren. Künftig sollen hierdurch bereits in der Vergangenheit verordnete Arzneimittel sowie mögliche Neben- und Wechselwirkungen Berücksichtigung bei der Überprüfung/Umstellung der Medikation finden.
- 1) Die Abrechnung und Vergütung des Medikationsplans setzt voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gem. Anlage 1 erklärt haben.

§ 2

Vergütung und Abrechnung

Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe. Voraussetzung für eine Abrechnung ist, dass im Medikationsplan mindestens 5 Arzneimittel gelistet sind.

Leistung	Vergütung	SNR
<p>Überprüfung des Medikationsplans</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ausstellung bzw. Überprüfung der Arzneimittelverordnungen inkl. der Selbstmedikation des Versicherten - Überprüfung möglicher Neben-/Wechselwirkungen der auf dem Medikationsplan aufgeführten Medikamente - Berücksichtigung, sofern erforderlich und vorliegend, der von anderen Ärzten verordneten Arzneimittel - Umstellung der Arzneimittel-Verordnung, sofern dies aus medizinischen Gründen erforderlich ist - Bereitstellung eines Exemplars für die Patientenmappe <p>Die Abrechnung dieser SNR kann maximal zweimal im Jahr, in unterschiedlichen Quartalen, erfolgen.</p> <p>(Die GOP 01630 sowie die Zuschläge nach dem EBM sind nicht neben der SNR 95021 berechnungsfähig.)</p>	7,00 €	95021

<p>Gesprächspauschale zum Medikationsplan</p> <ul style="list-style-type: none"> - Austausch mit einem oder mehreren weiteren behandelnden Ärzten über die Arzneimitteltherapie - Überprüfung inwiefern unter Berücksichtigung dieser weiteren Informationen eine Anpassung der Medikation (Arzneimitteltherapie und Selbstmedikation) erforderlich ist <p>Die Abrechnung dieser SNR kann maximal zweimal im Jahr, in unterschiedlichen Quartalen, erfolgen.</p> <p>(Die GOP 03230 ist nicht neben der SNR 95022 berechnungsfähig.)</p>	<p>10,00 €</p>	<p>95022</p>
--	----------------	--------------

**Anlage 7: Modul 4
Förderung von Haus- und Pflegeheimbesuchen**

**zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)**

§ 1

Grundsätze

- 1) In den erforderlichen Fällen werden zur ergänzenden Beurteilung des Gesundheitszustandes und zur Behandlung des jeweiligen Patienten Haus- und Pflegeheimbesuche während und außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten durch den teilnehmenden Arzt durchgeführt. Soweit die Indikation dies aus medizinischer Sicht erfordert, werden Dringlichkeitsbesuche durchgeführt.
- 2) Bei der Durchführung der Haus- bzw. Pflegeheimbesuche soll der behandelnde Arzt in den medizinisch erforderlichen Fällen eine Beurteilung des Gesundheitszustandes und des Bedarfs sowie eine mögliche Anpassung der Behandlung an spezifische Bedingungen vornehmen. Die Dokumentation erfolgt hierbei entsprechend der Anlage 13 und wird bei der weiteren Behandlung, auch der übrigen Module, berücksichtigt.
- 3) Die Abrechnung und Vergütung der erbrachten Haus- und Pflegeheimbesuche sowie Dringlichkeitsbesuche nach den SNR 95009 bis 95020 setzen voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gemäß Anlage 1 erklärt haben.
- 4) Leistungen nach dieser Anlage können nicht neben folgenden Leistungen aus folgenden Verträgen abgerechnet werden:
 - Strukturvertrag nach § 73a SGB V a. F. zur qualifizierten allgemeinen ambulanten Palliativversorgung von schwerstkranken und sterbenden Menschen in Nordrhein nach den SNR 91101, 91112 sowie den Gebührenordnungspositionen (GOP) 01411B, 01412B und 01415B
 - Vertrag § 73a SGB V a. F. über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeheimen in Nordrhein nach den SNR 92410, 92411 sowie 92413

- 5) Im Übrigen verbleibt es bei den für die vertragsärztliche Vergütung geltenden Grundsätzen.

§ 2

Vergütung und Abrechnung:

Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.

Leistung	Vergütung	SNR
Hausbesuch nach GOP 01410 EBM bis 10 km	15,00 €	95009
Hausbesuch nach GOP 01410 EBM mehr als 10 km	17,50 €	95010
Pflegeheimbesuch nach GOP 01410 EBM bis 10 km	15,00 €	95019
Pflegeheimbesuch nach GOP 01410 EBM mehr als 10 km	17,50 €	95020
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01411 EBM	40,00 €	95011
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01412 EBM	40,00 €	95012
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01415 EBM	40,00 €	95015
Besuch eines weitere Patienten nach GOP 01413 EBM	12,50 €	95013

Anlage 9: Modul 6
Frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen
des Diabetes mellitus

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Grundversorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

§ 1
Grundsätze

- 1) Durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen soll das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien bei Diabetes mellitus verhindert oder zumindest deutlich verzögert werden. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

- 2) Hierzu werden innerhalb der definierten Versorgungsfelder
 - Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten
 - Neurologische Komplikation: LUTS
 - Vaskuläre Komplikationen
 - Diabetesleber
 - Nephrologische Komplikationen

in regelmäßigen Abständen Screening-Programme zur Früherkennung durchgeführt. Sofern im Rahmen eines Screenings eine bestimmte Diagnose bestätigt wird, erfolgt die weitere Betreuung entsprechend der Leitlinien und der unter §§ 3 – 7 beschriebenen Inhalte.

§ 2 Teilnahmevoraussetzungen

- 1) Um Leistungen nach diesem Modul erbringen und abrechnen zu können, müssen die Ärzte die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:
 - a) Der Arzt soll durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Diabetes mellitus pro Quartal betreuen.
 - b) Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung bzw. Genehmigung:
 - Versorgungsfeld 1: Vorhaltung des Diagnosemittels zur Schweißsekretionsbestimmung sowie Stimmgabel und Monofilament
 - Versorgungsfeld 2: Vorhaltung bzw. Ausstellung eines Miktionstagebuches für den Patienten (diverse kostenfreie Vorlagen im Internet verfügbar)
 - Versorgungsfeld 3: Vorhandensein eines Taschendopplers bzw. Genehmigung zur Durchführung der Doppler- oder semiautomatischen Blutdruckmessung (DINAMAP) bzw. anderer Pulssensoren
 - Versorgungsfeld 4: Genehmigung zur Durchführung und Abrechnung der abdominellen Sonographie und der erforderlichen Labordiagnostik (Leberwertbestimmung)
 - Versorgungsfeld 5: Vorhaltung von Urin-Teststreifen zur Darstellung des Mikroalbumin-Kreatinin-Quotienten sowie ggf. die Durchführung weiterer labordiagnostischer Leistungen.
 - c) Der Arzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken nach diesem Modul vertraut.

- 2) Um Leistungen nach diesem Modul durchführen und abrechnen zu können, müssen die Voraussetzungen entsprechend Abs. 1. erfüllt sein, die der Arzt gegenüber der KV Nordrhein nachgewiesen hat.

- 3) Die Abrechnung und Vergütung der besonderen Betreuung nach den SNR 95040 bis 95082 setzt voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gem. Anlage 1 erklärt haben.
- 4) Die Leistungen dürfen nur bei Versicherten mit bereits gesicherter Diabetesdiagnose durchgeführt werden.
- 5) Das jeweilige Modul darf nicht durchgeführt werden, wenn die entsprechenden Abrechnungsdiagnosen des Screening-Programms bei positivem Befund bereits bekannt sind. Sie gelten als bekannt, wenn der teilnehmende Arzt sie in den vorhergehenden letzten 4 Quartalen mindestens einmal gesichert kodiert hat.

§ 3

Versorgungsfeld 1: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten

Im Rahmen dieses Programms wird zunächst die Schweißsekretion mittels geeignetem Testpflaster bestimmt und eine ausführliche körperliche Untersuchung unter obligater Verwendung einer Stimmgabel sowie eines Monofilamentes durchgeführt (Screening).

Bei Feststellung einer diabetischen Polyneuropathie wird der Untersuchungsbefund ausführlich mit dem Versicherten besprochen. Hierzu gehört auch eine Aufklärung über die Risiken und wie man diese durch geeignete präventive Maßnahmen vermeiden kann. Danach erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabetes-einstellung.

Bei einer vorliegenden diabetischen Polyneuropathie wird im Rahmen der anschließenden Weiterbetreuung der Verlauf der Erkrankung kontrolliert; bspw. die gründliche Fußinspektion.

§ 4

Versorgungsfeld 2: Neurologische Komplikation: LUTS

Im Rahmen des Screenings erfolgt eine gezielte Befragung, bspw. zu Miktionsstörungen und Miktionsfrequenz unter Einbindung eines 48h-Protokolls (sog. Miktionstagebuch).

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung kontrolliert, dabei wird insbesondere der Erfolg der empfohlenen Therapie thematisiert.

§ 5

Versorgungsfeld 3: Vaskuläre Komplikationen

Zum Untersuchungsprogramm (Screening) gehören eine ausführliche Anamnese und die sorgfältige klinische Untersuchung mit geeigneten Untersuchungsmethoden (Durchführung der ABI-Methode mittels Taschendoppler, semiautomatischem System etc.) mit besonderer Berücksichtigung der vaskulären Auskultations- und Palpationspunkte.

Anschließend erfolgt eine auf den individuellen Patienten und sein Komorbiditäts- und Risikoprofil angepasste Diabeteseinstellung. Mit dem Versicherten werden Ziele bezüglich Lebensstil und Therapietreue vereinbart, z. B. Gewichtsreduktion bei Übergewicht.

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele ggf. angepasst.

§ 6

Versorgungsfeld 4: Diabetesleber

Inhalt des Screenings ist eine Untersuchung und Interpretation der Leber/Leberwerte mit geeigneten Untersuchungsmethoden (obligate sonographische Untersuchung der Leber).

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert. Das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue wird überprüft und die Ziele ggf. angepasst.

§ 7

Versorgungsfeld 5: nephrologische Komplikationen

Das Screening umfasst die Untersuchung mit einem spezifisch für die Darstellung des Mikroalbumin-Kreatinin-Quotienten geeigneten Urin-Teststreifen oder Veranlassung einer dem entsprechenden labormedizinischen Untersuchung.

Bei der anschließenden Weiterbetreuung wird der Verlauf der Erkrankung unter Einsatz geeigneter Untersuchungsmethoden kontrolliert.

In diesem Zusammenhang wird das Einhalten von mit dem Versicherten vereinbarten Zielen hinsichtlich Lebensstil und Therapietreue nachverfolgt und die Ziele ggf. angepasst.

§ 8

Vergütung und Abrechnung:

Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach dieser Anlage erhält der Arzt eine Vergütung in der in der nachfolgenden Tabelle aufgeführten Höhe.

Leistungen zum Versorgungsfeld 1: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten	Vergütung	SNR
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: G59.0, G63.2, G99.0 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95040

Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - G59.0, G63.2, G99.0 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95041
Diagnosemittel zur Schweißsekretionsbestimmung Kann nur im gleichen Quartal zusammen mit der SNR 95040 abgerechnet werden.	17,00 €	95042
Leistungen zum Versorgungsfeld 2: Neurologische Komplikation: LUTS		
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: N31.1 oder N31.2 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95050
Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - N31.1 oder N31.2 sowie zusätzlich ein Code aus E10.4-, E11.4-, E12.4-, E13.4-, E14.4- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95051
Leistungen zum Versorgungsfeld 3: vaskuläre Komplikationen		
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: I70.2- sowie zusätzlich ein Code aus E10.5-, E11.5-, E12.5-, E13.5-, E14.5- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95060
Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - I70.2- sowie zusätzlich ein Code aus E10.5-, E11.5-, E12.5-, E13.5-, E14.5- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95061
Leistungen zum Versorgungsfeld 4: Diabetesleber		
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: K77.8 sowie zusätzlich ein Code aus E10.6-, E11.6-, E12.6-, E13.6-, E14.6- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95070

Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - K77.8 sowie zusätzlich ein Code aus E10.6-, E11.6-, E12.6-, E13.6-, E14.6- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95071
Leistungen zum Versorgungsfeld 5: nephrologische Komplikationen	Vergütung	SNR
Screening-Programm ICD-10-Codes: - Bei negativem Befund: E10, E11, E12, E13 oder E14 <u>oder</u> - Bei positivem Befund: N18.1, N18.2, N18.3, N18.4 oder N18.5, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, sowie zusätzlich ein Code aus E10.2-, E11.2-, E12.2-, E13.2-, E14.2- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95080
Weiterbetreuungsprogramm (bei auffälligem Untersuchungsbefund) ICD-10-Codes: - N18.1, N18.2, N18.3, N18.4 oder N18.5, N19, I12.0-, I13.1-, I13.2-, sowie zusätzlich ein Code aus E10.2-, E11.2-, E12.2-, E13.2-, E14.2- oder ggf. aus E10.7-, E11.7-, E12.7-, E13.7-, E14.7-	20,00 €	95081
Teststreifen Mikroalbuminurie Nur neben der SNR 95080 und 95081 je Fall max. 1x je Versorgungsfeld 5 und nicht neben der GOP 32135 abrechenbar.	2,00 €	95082

Grundsätzlich gilt, dass das jeweilige Screening-Programm

- nur einmal im Krankheitsfall abgerechnet werden kann,
- nicht abgerechnet werden kann, wenn dieses in einem der letzten drei Quartale abgerechnet wurde und
- im Quartal nicht neben dem jeweiligen Weiterbetreuungsprogramm abgerechnet werden kann.

Für das jeweilige Weiterbetreuungsprogramm gilt, dass dieses

- maximal zweimal je Krankheitsfall abgerechnet werden kann (jedoch in unterschiedlichen Quartalen),
- nur abrechenbar ist, wenn in einem der drei vorhergehenden Quartale das jeweilige Screening-Programm (mit auffälligem Untersuchungsbefund) abgerechnet wurde.

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

Anlage 13: Dokumentation zur Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Haus- und Pflegeheimbesuchen

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen und der Versorgung von Patienten im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung (Versorgungsstärkungsvertrag)

1. Allgemeine Angaben zum Besuch

Datum und Uhrzeit: _____

Ort des Besuchs: zu Hause Pflegeheim

2. Allgemeine Angaben zum Gesundheitszustand

Patienteneinschätzung: gut mittel schlecht

Arzteinschätzung: gut mittel schlecht

Medikationsplan: vorhanden nicht vorhanden
 wird neu ausgestellt bzw. angepasst

Stimmungslage: zufrieden unglücklich depressiv

Ernährungszustand: adipös normal schlecht

Versorgung gewährleistet? ja nein
 folgende Maßnahmen erforderlich: _____

3. Besondere Angaben zum Gesundheitszustand

Größe: _____ Gewicht: _____

Blutdruck: _____ Puls: _____

Insuffizienzzeichen: Beinödeme Luftnot

Schmerzen: akut chronisch Lokalisation: _____

Wunden: akut chronisch rezidivierend bekannt
 folgende Maßnahmen erforderlich:

Injektionen: s.c. i.m.

Laborabnahme: insb. folgende Parameter: _____

Besonderheiten/Anmerkungen: _____

Geplante Maßnahmen: Folgebesuch Weiterleitung an Facharzt/Pflegeheim/Krankenhaus
 Gespräch mit Angehörigen Sonstiges: _____
 medizinische Maßnahmen: _____

Ort, Datum

Stempel Arzt und Unterschrift

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

Anlage 14: Dokumentation Medikationsplan

zum Vertrag gem. § 140a SGB V
zur Verbesserung des Zugangs, der Strukturen
und der Versorgung von Patienten
im Rahmen der haus- und fachärztlichen Versorgung
(Versorgungsstärkungsvertrag)

I. Erfassung der Arzneimitteltherapie (verschreibungspflichtig)

Wirkstoff	Handelsname	Stärke	Form	morgens	mittags	abends	zur Nacht	Einheit	Hinweise	Grund

Hinweis: Die Tabelle soll nicht ausgefüllt werden, da diese Angaben bereits in dem Medikationsplan in der PVS enthalten sind.

Ergebnis des Beratungsgesprächs

- Arzneimitteltherapie ist unkritisch, Anpassung nicht erforderlich
- Arzneimitteltherapie wurde nach Beratungsgespräch wie folgt angepasst

Anzahl Fertigarzneimittel vor der Analyse: ____

Anzahl Fertigarzneimittel nach der Analyse: ____

Umstellung der Arzneimitteltherapie

- Umstellung/Anpassung der Dosierungen
- Reduzierung der Anzahl Fertigarzneimittel
- Umstellung der Anzahl Fertigarzneimittel
- Interaktionsrisiken wurden reduziert
- PRISCUS-Arzneimittel konnten vermieden werden
- Sonstiges: _____

Einbindung weiterer __ (Anzahl) verordnender Ärzte bei

- Umstellung/Anpassung der Dosierungen
- Reduzierung der Anzahl Fertigarzneimittel
- Umstellung der Anzahl Fertigarzneimittel
- Interaktionsrisiken wurden reduziert
- PRISCUS-Arzneimittel konnten vermieden werden
- Sonstiges: _____

Keine Notwendigkeit für Einbindung weiterer behandelnder Ärzte.

Kommentar: _____

II. Erfassung der Selbstmedikation

Wirkstoff	Handelsname	Stärke/ Form	Grund der Einnahme	Einnahmehäufigkeit	Tagesdosis/ Einheit	Hinweise
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
			<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

Ergebnis des Beratungsgesprächs

- Selbstmedikation ist unkritisch, Anpassung nicht erforderlich
 Selbstmedikation wurde nach Beratungsgespräch angepasst

Umstellung der Arzneimitteltherapie

Umstellung/Anpassung der Dosierungen

Reduzierung der Wirkstoffe

Umstellung der Wirkstoffe

Sonstiges: _____

Einbindung weiterer behandelnder Ärzte bei

Umstellung/Anpassung der Dosierungen

Umstellung/Reduzierung der Wirkstoffe

Sonstiges: _____

Keine Notwendigkeit für Einbindung weiterer behandelnder Ärzte

Kommentar: _____

Zusammenfassung I und II

Ich wurde ausführlich über die Art, den Umfang und die Notwendigkeit der Änderungen des Medikationsplans (Arzneimitteltherapie und Selbstmedikation) informiert und beraten.

Arztstempel

Datum

Unterschrift Versicherter