

Vertrag

nach § 140a SGB V

**zur Verbesserung der patientenorientierten
medizinischen Versorgung in Nordrhein**

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

vertreten durch den Vorstand

(nachfolgend **KV Nordrhein** genannt)

und

der Techniker Krankenkasse

Bramfelder Str. 140, 22305 Hamburg

(nachfolgend **TK** genannt)

(beide nachfolgend **Vertragspartner** genannt)

Präambel

Um die Qualität und Wirtschaftlichkeit der ambulanten medizinischen Versorgung zu verbessern, vereinbaren die Vertragspartner die Umsetzung verschiedener Elemente zur Optimierung der Versorgungsstrukturen und -prozesse.

Mit dieser Vereinbarung streben die Vertragspartner an, durch eine stärkere ärztliche Koordination von Behandlungsmaßnahmen die Betreuungsintensität zu erhöhen. Hierbei soll durch besondere Betreuungsangebote, zum Beispiel Wartezeitenmanagement, eine schnellere Genesung der Patienten erreicht werden.

Die Vertragspartner gehen davon aus, dass mit dieser Vereinbarung Wirtschaftlichkeitsreserven, z. B. durch die Vermeidung vorstationärer Behandlungen und stationärer Einweisungen sowie durch eine wirtschaftlichere Verordnungsweise von Arzneimitteln, erschlossen werden.

Einzelheiten zu den vereinbarten Versorgungsmodulen ergeben sich aus den Anlagen zu diesem Vertrag.

§ 1 Ziele des Vertrages

- (1) Die im Vertrag vereinbarten Elemente sollen der Aufrechterhaltung und Verbesserung der ärztlichen Versorgung, insbesondere von Patienten mit besonderen, schwierigen und/oder langwierigen Erkrankungen, dienen.
- (2) Zur Optimierung der Versorgung soll das Versorgungsmanagement des Arztes¹, insbesondere für beratungs- und betreuungsintensive Patienten, gestärkt werden.
- (3) Zur verbesserten und zeitnahen Versorgung soll die gezielte Vorstellung von Patienten zwischen den Versorgungsebenen beschleunigt werden.
- (4) Mit dem TK-Arzneimittelreport und der TK-Versicherteninformation Arzneimittel (TK-ViA) möchte die TK bei einer wirtschaftlichen Verordnungsweise von Arzneimitteln, insbesondere hinsichtlich der Unterstützung bei der Verordnung rabattierter Arzneimittel, sowie bei der Übersicht über alle dem Patienten verordneten Arznei-, Verband- und Hilfsmittel unterstützen.

Die Inanspruchnahme des TK-Arzneimittelreports durch die Ärzte ist freiwillig und eine entsprechende Information durch die TK erfolgt nur auf Wunsch des Arztes. Der Arzneimittelreport enthält arztindividuelle Verordnungsreporte auf Basis der Arzneimittelverordnungen des einzelnen Arztes und unabhängige Informationen zur Pharmakotherapie.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen.

- (5) Darüber hinaus beabsichtigen die Vertragspartner, den Dialog über die Vereinbarung einer qualitätsgesicherten medizinischen und pflegerischen Versorgung aufzunehmen. Hierzu zählen insbesondere 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.
- (6) Die Vertragspartner werden die aus diesem Vertrag gewonnenen Erkenntnisse für die Weiterentwicklung des Vertrages bzw. weiterer Leistungs- und Versorgungsmodule nutzen, die den besonderen medizinischen Bedürfnissen der Patienten entsprechen. Mit diesem Vertrag und dieser kontinuierlichen Weiterentwicklung kommen die Vertragspartner ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung nach.

§ 2

Geltungsbereich und Leistungen

- (1) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag die Grundlage zur Verbesserung der ambulanten Versorgung ist. Die konkrete inhaltliche Ausgestaltung der Maßnahmen zur Verbesserung der medizinischen Versorgung wird in den Anlagen zu diesem Vertrag geregelt.
- (2) Die Versorgung nach diesem Vertrag kann darüber hinaus durch die Vertragspartner durch weitere Versorgungselemente ergänzt werden.
- (3) Der Vertrag gilt für alle teilnehmenden Versicherten der TK.

§ 3

Teilnahme der Ärzte

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle zugelassenen bzw. in einem MVZ oder bei einem Vertragsarzt/Psychotherapeuten angestellten Haus-/Fachärzte/Psychotherapeuten, 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. Im Folgenden wird für alle Teilnehmer einheitlich der Begriff "Arzt" bzw. "Ärzte" verwendet.

- (2) Mit der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 6 beantragen die Ärzte gem. Abs. 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.
- (3) Bei Vorliegen der Teilnahmeerklärung nach Anlage 6 sowie Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KV Nordrhein dem Arzt eine Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung.
- (4) 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.
- (5) Die Teilnahme des Arztes am Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - dem Zeitraum des Ruhens oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen 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,
 - dem Ende dieses Vertrages.

§ 4

Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der TK, bei denen zum Zeitpunkt der Einschreibung mindestens eine besondere, schwierige und/oder langwierige Erkrankung gem. Anlage 7 vorliegt.
- (2) Die Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit dem Datum der Unterschrift und Übergabe der Teilnahmeerklärung des Versicherten an den teilnehmenden Arzt. Die Versicherten erklären ihre Teilnahme sowie ihr Einverständnis zur Datenverarbeitung schriftlich auf dem Formular gemäß Anlage 5 in der jeweils aktuell gültigen Fassung. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung sowie ein zugehöriges Informationsblatt und bestätigt mit der Unterschrift, dass er vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt worden ist.

- (3) Die Teilnahme ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der TK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung reicht die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die TK. Danach ist eine Kündigung, unbeschadet der Möglichkeit zur fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund, mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals möglich.
- (4) Die Teilnahme der Versicherten endet auch
 - a. bei einem Widerruf der Teilnahme eines Versicherten gem. Abs. 3,
 - b. mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der TK,
 - c. mit dem Ende der Behandlung nach diesem Vertrag,
 - d. mit Ende dieses Vertrages,
 - e. mit dem Wirksamwerden einer Kündigungs- oder Beendigungserklärung des Versicherten,
 - f. wenn Leistungen aus diesem Vertrag bei nicht teilnehmenden Leistungserbringern in Anspruch genommen werden.
- (5) Die TK 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 TK den Arzt über die KV Nordrhein ohne schuldhafte Verzögerung nicht rechtzeitig informiert hat, hat der Arzt einen Vergütungsanspruch für Leistungen nach diesem Vertrag.
- (6) Das Original der Teilnahmeerklärung sowie Einverständnis zur Datenverarbeitung wird durch den behandelnden Arzt mit der Quartalsabrechnung an die jeweils zuständige Bezirksstelle, Abteilung Qualitätssicherung der KV Nordrhein versandt.
- (7) Die Praxis sowie der Versicherte erhalten jeweils eine Kopie der Erklärung. Die Kopie der Teilnahmeerklärung des Versicherten soll in der Patientenmappe aufbewahrt werden.
- (8) Der behandelnde Arzt kennzeichnet die Teilnahme des Patienten in der Patientenakte mit den SNR 97000 (Patienten, die im häuslichen Umfeld leben) bzw. 97001 (Patienten, die im Pflegeheim leben). Die Kennzeichnung erfolgt quartalsweise bei Erbringung von Leistungen aus diesem Vertrag und entsprechendem Arzt-Patienten-Kontakt.
- (9) Darüber hinaus beabsichtigen die Vertragspartner, die Übermittlung der Teilnahmeerklärung sowie des Einverständnisses zur Datenverarbeitung in elektronischer Form umzusetzen. In diesem Rahmen erstellt die KV Nordrhein ein Verzeichnis über die eingeschriebenen Versicherten. Dieses Verzeichnis stellt die KV Nordrhein der TK quartalsweise über einen sFTP-Server oder einem anderen, mit der TK abgestimmten und dem Datenschutz genügendem Verfahren, zur Verfügung. Über die Details der Übermittlung verständigen sich die Vertragspartner einvernehmlich.

- (10) Gleichzeitig wird die KV Nordrhein der TK das Original der Teilnahmeerklärung sowie Einverständnis zur Datenverarbeitung postalisch und in elektronischer Form wöchentlich zur Verfügung stellen.

§ 5

Rechnungslegung zwischen der KV Nordrhein und der TK

- (1) Die KV Nordrhein stellt der TK die Vergütungen für Leistungen nach diesem Vertrag im Rahmen der quartalsweisen Rechnungslegung für vertragsärztliche Leistungen in Rechnung.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in den Anlagen aufgeführten Leistungen mit den hierin festgelegten Abrechnungsnummern und Vergütungshöhen. Darüber hinaus sind ausschließlich Leistungen gegenüber der TK abrechenbar und vergütungsfähig, die Gegenstand einer Abrechnung der teilnehmenden Ärzte gegenüber der Nordrhein waren und deren Abrechnung durch die KV Nordrhein einer Prüfung auf sachlich-rechnerische Richtigkeit unterzogen wurden.
- (3) Die ärztlichen Leistungen nach diesem Vertrag werden im Formblatt 3 (Konto 400 bis in Ebene 6) unter Kapitel 90.6 ausgewiesen. Im Übrigen gelten, insbesondere für den Zahlungsverkehr und die Rechnungslegung, die zwischen der KV Nordrhein und der TK vereinbarten Bestimmungen des Gesamtvertrages analog.
- (4) Die Vergütung der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung ohne Mengenbegrenzung.
- (5) Mit der Vergütung sind alle vertraglichen Leistungen sowie alle sonstigen Kosten, Steuern, Auslagen und Aufwendungen, gleich aus welchem Rechtsgrund, abgegolten. Dies gilt für alle Kosten, die aufgrund von Leistungen entstehen, die für eine vollständige und ordnungsgemäße Leistungserbringung erforderlich sind, auch wenn sie im Vertrag, seinen Anlagen oder der Leistungsbeschreibung nicht im Einzelnen aufgeführt sind.
- (6) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten einen Verwaltungs-kostenbeitrag entsprechend ihrer Satzung in der jeweils geltenden Fassung.

§ 6

Datenschutz

Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den Vertragspartnern und den teilnehmenden Ärzten zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht durch die teilnehmenden Ärzte nach der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte.

§ 7

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.

§ 8

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform; dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 9

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- (1) Die vorliegende Fassung des Vertrags tritt mit Wirkung zum 1. Januar 2018 in Kraft und endet ohne Kündigung zum 31.12.2018. Sie ersetzt den Strukturvertrag gem. § 73a SGB V a. F. zwischen der KV Nordrhein und der TK vom 01. Juli 2015 in der Fassung der zugehörigen Qualitäts- und Anpassungsvereinbarung ab 1. Juli 2016. Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden.

- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden, wenn Tatsachen vorliegen, aufgrund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages nicht zugemutet werden kann. Dies gilt insbesondere, wenn eine Beanstandung des Vertrages durch eine zuständige Aufsichtsbehörde erfolgt, der nicht oder nicht fristgerecht durch eine Vertragsanpassung begegnet werden kann. Die Vertragspartner werden sich bei Auftreten von Meinungsverschiedenheiten nach Kräften um eine einvernehmliche Lösung bemühen.

Anlagen:

- | | |
|-----------------|---|
| Anlage 1 | Betreuungsstruktur |
| Anlage 2 | Überweisungssteuerung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung |
| Anlage 3 | Besuchsförderung |
| Anlage 4 | Dokumentation bei Haus- und Pflegeheimbesuchen |
| Anlage 5 | Teilnahmeerklärung Versicherte |
| Anlage 6 | Teilnahmeerklärung Arzt |
| Anlage 7 | Indikationen für die kontaktabhängigen Vergütungspauschalen |

Die Vertragspartner behalten sich den Abschluss weiterer Anlagen vor.

Düsseldorf, Hamburg, 18.12.2017

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

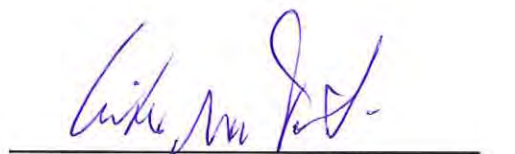


Dr. med. Frank Bergmann
Vorstandsvorsitzender




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

Techniker Krankenkasse



Günter van Aalst
Leiter
Landesvertretung Nordrhein-Westfalen



Daniel Cardinal
Geschäftsbereichsleiter
Unternehmenszentrale, Versorgungsinnovation

Anlage 1

**zum Vertrag ab 01.01.2018 zwischen der KV Nordrhein und der TK
zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung
in Nordrhein**

Betreuungsstruktur

§ 1 Leistungen

- (1) Zur verbesserten Versorgung von Patienten mit Krankheitsbildern gem. Anlage 7 zu diesem Vertrag erfolgt eine umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung dieser Patienten durch die am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Zur Erhöhung der Beratungsintensität sollen die Ärzte über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen hinaus separate Angebote für Patienten mit ausgewählten Krankheitsbildern gem. Anlage 7, z. B. zusätzliches Sprechstunden-, Wartezeitenmanagement- und/oder Koordinierungsangebote, zur Verfügung stellen. Insbesondere sollten folgende Aspekte einbezogen werden:
 - a. Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen
 - b. Optimierung von Behandlungsabläufen sowie Vermeidung von Doppeluntersuchungen und medizinisch unnötige Leistungen
 - c. Sicherstellung einer umfassenden Beratung und Einbeziehung des Patienten in den Behandlungsprozess
 - d. Aufklärung und Motivation des Patienten zur Inanspruchnahme präventiver Maßnahmen
 - e. Erhöhung der Compliance, Kooperationsbereitschaft und Therapietreue des Patienten und damit einhergehende Erhöhung der Patientenzufriedenheit
 - f. Beobachtung des individuellen Rehabilitationsbedarfes und Einleitung eventuell erforderlicher Schritte
 - g. Ein besonderer Fokus fällt auf die Intensivierung der persönlichen ärztlichen Beratung („sprechende Medizin“).

§ 2 Vergütung

- (1) Die Vergütung erfolgt quartalsweise ausschließlich kontaktabhängig bei medizinisch notwendiger Behandlung von Krankheitsbildern gem. Anlage 7.
- (2) Für Leistungen gem. § 1 erhält der teilnehmende Arzt eine Vergütung gemäß nachfolgender Tabelle:

SNR	Leistungsinhalt	Vergütung
Einschreibepauschale		
97002	<p>Pauschale für die Prüfung der Teilnahmevoraussetzungen und Einschreibung eines Versicherten, der im Rahmen des Vertrages zur Verbesserung der patienten-orientierten medizinischen Versorgung in Nordrhein betreut wird.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identifizierung eines Versicherten mit besonderer Betreuungsintensität aufgrund chronischer/schwerwiegender/lebensverändernder Erkrankung(en) nach Anlage 7 des Vertrages ▪ Information und Beratung des Versicherten über die Ziele und Leistungen dieses Vertrages ▪ Information des Versicherten über den Datenschutz, Aushändigung der Teilnahmeerklärung zusammen mit den Hinweisen zum Datenschutz sowie der Patienteninformation, wirksame Einschreibung und Weiterleitung der Teilnahmeerklärung an die TK ▪ Kennzeichnung in der Patientenakte 	8,00 Euro
Pauschale für besonderen Aufwand bei Erstfeststellung einer Krankheit		
97100	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktabhängige Aufwandspauschale für den besonderen Koordinations- und Behandlungsaufwand bei der erstmaligen und frühzeitigen Feststellung einer Krankheit, die durch eine entsprechende gesicherte Diagnose gem. Anlage 7 erstmalig dokumentiert wurde ▪ Pauschale ist je Krankheitsgruppe einmalig vergütungsfähig, sofern in den letzten vier Quartalen vor dem Behandlungsfall durch den behandelnden Arzt keine Diagnose der jeweiligen Krankheitsgruppe festgestellt sowie gesichert und vollständig dokumentiert und abgerechnet wurde. 	5,00 Euro
Pauschalen für besonderen Betreuungsaufwand		
97101	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktabhängige, quartalsweise Vergütungspauschale für den nach § 1 geleisteten zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von eingeschriebenen Patienten mit einer bestehenden Krankheit, die durch eine entsprechende gesicherte Diagnose gem. Anlage 7 dokumentiert wurde 	4,00 Euro

SNR	Leistungsinhalt	Vergütung
97102	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktabhängige, quartalsweise Vergütungspauschale für den nach § 1 geleisteten zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von eingeschriebenen Patienten mit zwei bestehenden Krankheiten, die durch eine entsprechende gesicherte Diagnose aus jeweils zwei unterschiedlichen Krankheitsgruppen gem. Anlage 7 dokumentiert wurden 	6,00 Euro
97103	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Kontaktabhängige, quartalsweise Vergütungspauschale für den nach § 1 geleisteten zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von eingeschriebenen Patienten mit drei und mehr bestehenden Krankheiten, die durch eine entsprechende gesicherte Diagnose aus jeweils drei oder mehr unterschiedlichen Krankheitsgruppen gem. Anlage 7 dokumentiert wurden 	9,00 Euro

- (3) Die Leistung mit der Abrechnungsnummer 97002 (Einschreibepauschale) ist je Praxis und Patient nur einmal während der Laufzeit des Vertrages berechnungsfähig. Die Leistungen mit den Abrechnungsnummern 97100 bis 97103 sind im Behandlungsfall jeweils höchstens einmal und im Behandlungsfall nicht nebeneinander berechnungsfähig.

§ 3

Unterstützungsangebote zur Arzneimitteltherapie

- (1) Die von § 2 Absatz 3 des Vertrages umfassten Ärzte können TK-Versicherte bei Bedarf auf die TK-Arzneimittelinformation (TK-ViA) hinweisen.
- (2) Die Ärzte erhalten, sofern sie es wünschen, von der TK ergänzende Informationen zur Optimierung der Pharmakotherapie mittels des TK-Arzneimittelreportes (TK-AMR). Der TK-Arzneimittelreport umfasst arztindividuelle Verordnungsstatistiken und pharmakounabhängige Informationen zur Arzneimitteltherapie. Voraussetzung ist die schriftliche Einwilligung durch den Vertragsarzt. Die Inanspruchnahme des TK-Arzneimittelreports und der TK-ViA durch die Ärzte ist freiwillig. Eine entsprechende Information erfolgt nur auf Wunsch des teilnehmenden Arztes.

§ 4

Grundsätze der Abrechnung

- (1) Vergütungsfähig sind Leistungen gem. § 2 Abs. 2 mit den dort festgelegten Vergütungshöhen, die auf Grundlage nach § 295 Abs. 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des GKV-Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden. Die Dokumentation und Übermittlung der entsprechenden Diagnosen ist maßgeblich/ Voraussetzung für die Abrechnung der Vergütungen nach § 2 Abs. 2.
- (2) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.
- (3) Es sind alle Diagnosen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht beziehungsweise Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.
- (4) Gesicherte Diagnosen sind gem. Anlage 7 endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und – soweit sachgerecht – mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben.
- (5) Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10 angegeben.

§ 5

Evaluation

- (1) Die KV Nordrhein und die TK unterrichten sich gegenseitig einmal im Quartal über die Umsetzung des Vertrages und die Auswirkungen im Hinblick auf die angestrebte Verbesserung der Versorgung. Zu dieser Unterrichtung gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die nach § 2 Absatz 3 des Grundvertrages erfassten Versicherten. Darüber hinaus werden die Häufigkeiten der Krankheitsbilder nach Anlage 7 jeweils mit denen des Vorjahresquartals verglichen.
- (2) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die keinen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten zulassen.

- (3) Zur Aufklärung von Unklarheiten sowie Verifizierung und Validierung der abrechnungsrelevanten Daten, kann die TK in direkten Kontakt mit dem Arzt treten. Die Versicherten erteilen ihre widerrufliche Einwilligung hierzu bei Beginn der Vertragsteilnahme.
- (4) Die Vertragspartner prüfen fortlaufend die Ausgestaltung des Versorgungsangebotes nach diesem Vertrag anhand der festgestellten Inanspruchnahme, der Versichertenstruktur der TK und der medizinischen Entwicklung. Die Vertragspartner werden einmal jährlich die Anlage 7 überprüfen und gegebenenfalls anpassen.
- (5) Die Vertragspartner streben eine Weiterentwicklung dieser Anlage an. Soweit aufgrund der Maßnahmen im Rahmen dieser Anlage Einsparungen realisiert werden können, verständigen sich die Vertragspartner in einer gesonderten Vereinbarung über die Verwendung, insbesondere für Maßnahmen zur Unterstützung der ärztlichen Versorgungsangebote in ländlichen Regionen.

Anlage 2

**zum Vertrag ab 01.01.2018 zwischen der KV Nordrhein und der TK
zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung
in Nordrhein**

Überweisungssteuerung zur Verbesserung der medizinischen Versorgung

§ 1 Überweisungsverfahren

- (1) Zur verbesserten medizinischen Versorgung soll die gezielte Vorstellung von teilnehmenden Patienten primär durch die Hausärzte bei den Fachärzten beschleunigt werden. Zu diesem Zweck vereinbaren die Vertragspartner die Überweisung von Patienten insbesondere durch Hausärzte an Fachärzte und umgekehrt, innerhalb der Fachärzteschaft sowie in Ausnahmefällen durch Hausärzte an besonders qualifizierte Hausärzte (§ 24 BMV-Ä). Satz 2 gilt insoweit auch für das gegebenenfalls notwendige Einholen einer weiteren Meinung zur Behandlungsoptimierung vor einer vorgesehenen prästationären Behandlung beziehungsweise stationären Einweisung.
- (2) Der überweisende Arzt prüft die Dringlichkeit der Konsultation. Versorgungsanlässe für eine Überweisungssteuerung im Sinne dieses Vertrages (dringliche Überweisung) sind insbesondere:
 - Vermeidung prästationärer Zeiten
 - Vermeidung einer Krankenhauseinweisung
 - Abklärung der Notwendigkeit einer stationären Behandlung
 - drohender Dauerschaden des Patienten
 - hoch akutes Krankheitsbild
 - Versagen einer begonnenen Therapie
 - zunehmende/anhaltende Verschlechterung der Symptomatik
 - anhaltende Arbeitsunfähigkeit zur Abklärung des Behandlungsprozederes oder andere sozialrechtliche Konsequenzen

Die Voraussetzungen zur Behandlung eines Patienten mit einer dringlichen Überweisung sind eine ausführliche Patientenanamnese, die klinische Untersuchung und der Ausschluss wichtiger Differentialdiagnosen. Die Ergebnisse der erhobenen Befunde sowie gegebenenfalls Informationen zur begonnenen Therapie oder den üblichen Therapieversuchen sind zusammenzufassen und unter Kennzeichnung des Überweisungsscheines nach Absatz 3 zu übermitteln. Der überweisende Arzt teilt die Diagnose/Verdachtsdiagnose nach ICD-10 mit.

- (3) Der überweisende Arzt ist verpflichtet, auf dem Überweisungsschein (Muster 6) für eine Überweisung nach diesem Vertrag die Kennzeichnung "dringliche Überweisung" im Feld „Auftrag“ einzutragen.
- (4) Der Facharzt/spezialisierte Arzt hat bei einem vom überweisenden Arzt ausgestellten Überweisungsschein diesen Patienten innerhalb von 5 Arbeitstagen zu übernehmen. Das Ergebnis der Behandlung wird dem überweisenden Arzt entsprechend kurzfristig mitgeteilt.
- (5) In den Fällen der dringlichen Überweisung werden die notwendigen Termine bei dem Facharzt / spezialisierten Arzt durch die Praxis des überweisenden Arztes vereinbart.
- (6) Die Vergütung für die mit der dringlichen Überweisung verbundenen Leistungen erfolgt gemäß § 2 dieser Anlage.
- (7) Das koordinierte Überweisungsverfahren einschließlich der gegebenenfalls notwendigen Einholung einer weiteren Meinung zur Behandlungsoptimierung bei einem dafür geeigneten Facharzt/spezialisierten Arzt gilt unter anderem auch für die Beurteilung der Notwendigkeit von Krankenhauseinweisungen. Das weitere Meinungsverfahren zur Behandlungsoptimierung soll dazu beitragen, dass die Versorgung der Versicherten soweit wie möglich ambulant erfolgen kann.

§ 2 Vergütung

SNR	Leistungsinhalt/Vergütungsvoraussetzungen	Vergütung
97027	<p>Überweisender Arzt</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Diagnostik und/oder Behandlung <p>und/oder</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Abklärung der Notwendigkeit stationärer Einweisungen <p>gem. § 1 Absatz 2 mit der Zielstellung, dass innerhalb von 5 Arbeitstagen die Überweisungsleistung (§ 24 Absatz 7 BMV-Ä) erbracht wird (inklusive Anamnese, Diagnose, Befundbericht und Fragestellung)</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Terminvereinbarung beim Facharzt/spezialisierten Arzt 	9,00 Euro
97028	<p>Übernehmender Arzt</p> <p>Terminvergabe, Diagnostik und/oder Behandlung und Befunddokumentation durch den auf Überweisung tätig werdenden Arzt innerhalb von 5 Arbeitstagen</p>	9,00 Euro

Die Abrechnung der oben genannten Vergütungspauschalen zur Überweisungssteuerung gelten nicht, wenn Patienten innerhalb einer Berufsausübungsgemeinschaft oder innerhalb eines Medizinischen Versorgungszentrums von den dort tätigen Ärzten weiterbehandelt werden.

§ 3 Evaluation

- (1) Die Vertragspartner vereinbaren eine Lieferung von anonymisierten Daten zur Inanspruchnahme des Überweisungsverfahrens. Diese Datenlieferung erfolgt gem. Absatz 2 erstmalig nach 2 Quartalen ab Inkrafttreten der Vereinbarung sowie in der Folge quartalsweise. Eine Bewertung der Daten gem. Absatz 2 erfolgt nach Abstimmung der Vertragspartner. Die Bewertung umfasst dabei neben der Inanspruchnahme durch die Ärzte, die Wirksamkeit der im Anhang aufgeführten Indikationen sowie die Weiterentwicklung dieser Anlage.
- (2) Die KV Nordrhein übermittelt eine Anzahlstatistik spätestens 14 Wochen nach Abschluss des Quartals an die TK. Die dazu notwendige Datenaufbereitung erfolgt auf Basis der Abrechnungsdaten der bereichseigenen Ärzte (ohne Fremdkassenzahlungsausgleich) in gemeinsam abgestimmter Form.
- (3) Die Vertragspartner streben eine Weiterentwicklung der Vereinbarung, insbesondere zu Qualitätssicherungsmaßnahmen, an. Dabei fällt der Fokus auf ausgewählte Diagnosen zur Nachweisbarkeit der Vermeidung von Krankenhauseinweisungen.

Anlage 3

**zum Vertrag ab 01.01.2018 zwischen der KV Nordrhein und der TK
zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung
in Nordrhein**

Besuchsförderung

§ 1

Förderung der Haus- und Pflegeheimbesuche

1. In den erforderlichen Fällen werden Haus- und Pflegeheimbesuche während und außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten durch den teilnehmenden Arzt durchgeführt. Soweit die Indikation dies aus medizinischer Sicht erfordert, werden auch dringende Besuche 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 4 und wird bei der weiteren Behandlung, auch der übrigen Anlagen, berücksichtigt.
3. Die Abrechnung und Vergütung der Haus- und Pflegeheimbesuche sowie dringende Besuche nach den SNR 97009 bis 97020 setzen voraus, dass die Versicherten ihre Teilnahme gem. Anlage 5 erklärt haben. Die Vergütung der in dieser Anlage genannten Leistungen erfolgt gem. § 2 dieser Anlage.
4. Leistungen nach dieser Anlage können nicht neben folgenden Leistungen aus folgenden Verträgen abgerechnet werden:
 - Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld nach den SNR 91101, 91112 sowie den (Gebührenordnungsposition (GOP) 01410B, 01411B, 01412B, 01413B 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

Leistung	Vergütung	SNR
Hausbesuch nach GOP 01410 EBM bis 10 km	15,00 €	97009
Hausbesuch nach GOP 01410 EBM mehr als 10 km	17,50 €	97010
Pflegeheimbesuch nach GOP 01410 EBM bis 10 km	15,00 €	97019
Pflegeheimbesuch nach GOP 01410 EBM mehr als 10 km	17,50 €	97020
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01411 EBM	40,00 €	97011
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01412 EBM	40,00 €	97012
Dringlichkeitsbesuch nach GOP 01415 EBM	40,00 €	97015
Besuch eines weitere Patienten nach GOP 01413 EBM	12,50 €	97013

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

Anlage 4: Dokumentation zur Beurteilung des Gesundheitszustandes bei Haus- und Pflegeheimbesuchen

zum Vertrag ab 01.01.2018 zwischen der KV Nordrhein und der TK zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Nordrhein

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 5 Teilnahmeerklärung des Versicherten und Einverständnis zur Datenverarbeitung

Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Nordrhein

Arztstempel

- Ersteinschreibung
 Arztwechsel

Unterschrift des Arztes

Ich erkläre hiermit meine Teilnahme.

Ich möchte gemäß dem mir vorgestellten Versorgungsangebot behandelt werden. Ich wurde über die Inhalte des Versorgungsangebotes und über die daran beteiligten Leistungserbringer informiert. Mit der Behandlung durch die beteiligten Leistungserbringer bin ich einverstanden.

Ich wurde über den Zweck und die Freiwilligkeit der Teilnahme aufgeklärt.

Bis zur Beendigung meiner Teilnahme bin ich zur Inanspruchnahme der vertraglich vereinbarten Leistungen an die beteiligten Leistungserbringer gebunden. Im Informationsblatt zu diesem Versorgungsangebot wird das Ende der Teilnahme näher erläutert. Unabhängig davon kann ich meine Teilnahme jederzeit in Textform beenden, sofern ein wichtiger Grund vorliegt.

Mit den in der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung erläuterten Inhalten bin ich einverstanden.

Ich kann meine Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach ihrer Abgabe ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der TK widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn ich ihn innerhalb der zwei Wochen an die TK absende.

Ich habe schriftliche Informationen darüber erhalten, wie und wo meine Daten dokumentiert werden. Ich habe jederzeit das Recht, die Daten über mich bei allen Beteiligten einzusehen.

Einwilligung in die Beauftragung Dritter zur Verarbeitung meiner Informationen zur Einschreibung

Ich willige ein, dass mein Leistungserbringer meine Informationen zur Einschreibung (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende) über folgende Einrichtung an die Techniker Krankenkasse übermittelt: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf

Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Mit der nachfolgend beschriebenen Datenübermittlung bin ich einverstanden. Mein Einverständnis kann ich jederzeit widerrufen. Eine Teilnahme an diesem Versorgungsangebot ist dann aber nicht mehr möglich.

Zum Zwecke der Abrechnung übermitteln die Leistungserbringer die Daten Name, Vorname, Kontaktdaten, Geschlecht, Geburtsdatum, Versichertennummer, Kassenkennzeichen, Versichertenstatus, Teilnahmedaten, Art der Inanspruchnahme, Behandlungstag, Vergütungsbezeichnungen und ihren Wert, dokumentierte Leistungen, Ordnungsdaten und Diagnosen nach ICD 10 an folgende mit der Abrechnung beauftragte Einrichtung: Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein, Tersteegenstraße 9, 40474 Düsseldorf.

Die Techniker Krankenkasse informiert die mit der Abrechnung beauftragte Stelle über den aktuellen Stand meiner Teilnahme (Einschreibung bei Leistungserbringer, Teilnahmebeginn, Teilnahmeende).

Bitte das heutige Datum eintragen

T	T	M	M	J	J	J	J

Stempel des Arztes/Psychotherapeuten

Unterschrift

Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung

Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Nordrhein

Liebe Patientin, lieber Patient,

wir freuen uns, dass Sie sich für unser Angebot der Besonderen Versorgung interessieren.

Mehr als der Standard

Wir bieten Ihnen für Ihre Behandlung eine intensivierete ärztliche Betreuung durch den Sie einschreibenden Leistungserbringer an. Damit profitieren Sie von einem optimierten Versorgungsmanagement, das Ihren spezifischen Bedürfnissen entspricht.

Sie erhalten eine Behandlung, die den Anforderungen Ihrer Erkrankung an Betreuungsintensität und Betreuungsgeschwindigkeit besser gerecht wird. Das Angebot ermöglicht eine arztübergreifende Behandlungscoordination, die über den üblichen Standard hinausgeht. Darüber hinaus werden Ihnen in dringenden Fällen gezielte und schnellere Überweisungen ermöglicht.

Neben den gesetzlich vorgeschriebenen Zuzahlungen entstehen Ihnen weder zusätzliche Kosten noch Verpflichtungen.

Datenübermittlung für Abrechnungszwecke

Die Leistungserbringer beauftragen die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein mit der Abrechnung der erbrachten Leistungen Ihrer Behandlung. Die Teilnahmeerklärung informiert Sie darüber, welche Daten von den Leistungserbringern dazu an die Abrechnungsstelle übermittelt werden. Soweit Sie mit der Übermittlung Ihrer Daten an die Abrechnungsstelle einverstanden sind, erklären Sie mit Ihrer Unterschrift Ihre Einwilligung.

Qualitätssicherung

Wir wollen, dass Sie bestmöglich behandelt werden. Deshalb überprüfen wir laufend die Qualität des Angebotes. Falls Ihre Behandlung zur Qualitätssicherung ausgewertet wird, erfolgt dies mit anonymisierten Daten. Personenbezogene Angaben über Sie sind darin nicht enthalten. Natürlich werden dabei die Datenschutzgesetze vollständig berücksichtigt. Deshalb können Sie sicher sein: Aus den Daten können keine Rückschlüsse auf Sie gezogen werden.

So können Sie teilnehmen

Sie erklären Ihre freiwillige Teilnahme einfach durch Ihre Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung.

Ihre Erklärung können Sie innerhalb von zwei Wochen nach Abgabe der Teilnahmeerklärung ohne Angabe von Gründen in Textform (Brief, Fax, E-Mail) oder zur Niederschrift bei der Techniker Krankenkasse widerrufen. Der Widerruf gilt als fristgerecht, wenn Sie ihn innerhalb der zwei Wochen an die Techniker Krankenkasse absenden.

Bindungsfrist

Die Teilnahme an dem Vertrag beginnt mit Ihrer Einschreibung. Sofern ein wichtiger Grund vorliegt, können Sie Ihre Teilnahme jederzeit beenden. Ein wichtiger Grund für eine Beendigung Ihrer Teilnahme kann vorliegen, wenn z. B. Ihr Zutrauen in die Behandlungsmethode nicht mehr vorhanden, Ihr Vertrauensverhältnis zur behandelnden Ärztin bzw. zum behandelnden Arzt gestört ist oder Sie Ihren Leistungserbringer aufgrund eines Wohnortwechsels nicht mehr in zumutbarer Entfernung erreichen können. Unabhängig davon können Sie Ihre Teilnahme jederzeit mit einer Frist von sechs Wochen zum Ende des Quartals kündigen.

Sofern Sie Ihre Teilnahme beenden möchten, empfehlen wir Ihnen, uns Ihre Erklärung in Textform (Brief, Fax, E-Mail) zuzusenden.

Ihre Inanspruchnahme der Leistungen aus diesem Vertrag darf nur durch die an diesem Vertrag teilnehmenden Leistungserbringer erfolgen. Bitte beachten Sie, dass Sie mit sofortiger Wirkung nicht mehr an dem besonderen Versorgungsangebot teilnehmen können, falls Sie sich für die Behandlung Ihrer Erkrankung nicht an diese Vorgabe halten.

Anlage 6 - Teilnahmeerklärung

zum Vertrag ab 01.01.2018 zwischen der KV Nordrhein und der TK zur Verbesserung der patientenorientierten medizinischen Versorgung in Nordrhein

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 am Standort – Bezeichnung/Name:		
Straße/Nr.		PLZ/Ort

Hiermit beantrage ich die Teilnahme am o. g. Vertrag.

1. Mir sind die Ziele und Pflichten aus dem Vertrag einschließlich der Anlagen bekannt und ich verpflichte mich zur Einhaltung dieser sowie aller Regelungen des Vertrages 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.
3. Ich bin mit der Weitergabe meines Namens, meiner Praxisanschrift, Fax-/Telefonnummer und E-Mail an die TK, mit der Weitergabe des Arzt-/Psychotherapeutenverzeichnisses an interessierte Versicherte der TK einverstanden. Gleiches gilt für die Veröffentlichung der Teilnehmerliste der Ärzte des Vertrages auf der Homepage der KV Nordrhein und der TK.

Ort, Datum

Arztstempel und Unterschrift

Indikationsgruppe/ ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Affektive Störungen - Indikationsgruppe 1	
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
F31.0	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig hypomanische Episode
F31.1	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode ohne psychotische Symptome
F31.2	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen
F31.3	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode
F31.4	Bipolare affektive Störung, gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F31.5	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F31.6	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig gemischte Episode
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
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
F34.0	Zyklothymia
Atherosklerose - Indikationsgruppe 2	
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, ohne Beschwerden
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke 200 m und mehr
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz, Gehstrecke weniger als 200 m
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerz
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.26	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.29	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
Chronisch respiratorische Insuffizienz - Indikationsgruppe 3	
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
Chronische Nierenkrankheit - Indikationsgruppe 4	
N18.1	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 1
N18.2	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 2
N18.3	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 3
N18.4	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 4
N18.5	Chronische Nierenkrankheit, Stadium 5
Chronischer Schmerz- Indikationsgruppe 5	
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
Diabetes mellitus mit multiplen Komplikationen - Indikationsgruppe 6	
E10.72	Diabetes mellitus, Typ 1: 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
E10.74	Diabetes mellitus, Typ 1: 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

E11.72	Diabetes mellitus, Typ 2: 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
E11.74	Diabetes mellitus, Typ 2: 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
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
E13.72	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
E14.72	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
Essstörungen - Indikationsgruppe 7	
F50.0	Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa
F50.4	Essattacken bei anderen psychischen Störungen
F50.5	Erbrechen bei anderen psychischen Störungen
F50.8	Sonstige Essstörungen
F50.9	Essstörung, nicht näher bezeichnet
Krankheiten mehrerer Herzklappen - Indikationsgruppe 8	
I08.0	Krankheiten der Mitral- und Aortenklappe, kombiniert
I08.1	Krankheiten der Mitral- und Trikuspidalklappe, kombiniert
I08.2	Krankheiten der Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert
I08.3	Krankheiten der Mitral-, Aorten- und Trikuspidalklappe, kombiniert
I08.8	Sonstige Krankheiten mehrerer Herzklappen
I08.9	Krankheit mehrerer Herzklappen, nicht näher bezeichnet
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen - Indikationsgruppe 9	
F60.0	Paranoide Persönlichkeitsstörung
F60.1	Schizoide Persönlichkeitsstörung
F60.2	Dissoziale Persönlichkeitsstörung
F60.30	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Impulsiver Typ
F60.31	Emotional instabile Persönlichkeitsstörung: Borderline-Typ
F60.4	Histrionische Persönlichkeitsstörung
F60.5	Anankastische [zwanghafte] Persönlichkeitsstörung
F60.6	Ängstliche (vermeidende) Persönlichkeitsstörung
F60.7	Abhängige (asthenische) Persönlichkeitsstörung
F60.8	Sonstige spezifische Persönlichkeitsstörungen
F60.9	Persönlichkeitsstörung, nicht näher bezeichnet
F61	Kombinierte und andere Persönlichkeitsstörungen
F62.0	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach Extrembelastung
F62.1	Andauernde Persönlichkeitsänderung nach psychischer Krankheit
F62.80	Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom
F62.88	Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen
F62.9	Andauernde Persönlichkeitsänderung, nicht näher bezeichnet
F63.0	Pathologisches Spielen
F63.1	Pathologische Brandstiftung [Pyromanie]

F63.2	Pathologisches Stehlen [Kleptomanie]
F63.3	Trichotillomanie
F63.8	Sonstige abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle
F63.9	Abnorme Gewohnheit und Störung der Impulskontrolle, nicht näher bezeichnet
F68.1	Artifizielle Störung [absichtliches Erzeugen oder Vortäuschen von körperlichen oder psychischen Symptomen oder Behinderungen]
F68.8	Sonstige näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen - Indikationsgruppe 10	
F20.0	Paranoide Schizophrenie
F20.1	Hebephrene Schizophrenie
F20.2	Katatone Schizophrenie
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie
F20.4	Postschizophrene Depression
F20.5	Schizophrenes Residuum
F20.6	Schizophrenia simplex
F20.8	Sonstige Schizophrenie
F20.9	Schizophrenie, nicht näher bezeichnet
F21	Schizotype Störung
F22.0	Wahnhafte Störung
F22.8	Sonstige anhaltende wahnhafte Störungen
F22.9	Anhaltende wahnhafte Störung, nicht näher bezeichnet
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie
F23.1	Akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie
F23.2	Akute schizophreniforme psychotische Störung
F23.3	Sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störungen
F23.8	Sonstige akute vorübergehende psychotische Störungen
F23.9	Akute vorübergehende psychotische Störung, nicht näher bezeichnet
F24	Induzierte wahnhafte Störung
F25.0	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch
F25.1	Schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung
F25.8	Sonstige schizoaffektive Störungen
F25.9	Schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet
F28	Sonstige nichtorganische psychotische Störungen
F29	Nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychose
Sonstige Spondylopathien - Indikationsgruppe 11	
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