

stundenzeiten und am Wochenende bei bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf bzw. im Pflegeheim erhält der Arzt je angefallenen Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern O1411, O1412 bzw. O1415 EBM in Höhe von 40,00 €. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern 91327 (bei der O1411 EBM), 91328 (bei der O1412 EBM) oder 91329 (bei der O1415 EBM) abgerechnet.

II. Pflegeheimbesuche

1. Für die Betreuung von an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten in Pflegeheimen nach der Gebührenordnungsposition O1410 EBM, die durch die teilnehmenden Ärzte durchgeführt werden, erhalten diese je durchgeführten Pflegeheimbesuch bei einer Entfernung bis einschließlich 10 km eine Pauschale in Höhe von 15,00 €, die mit der Symbolnummer 91330 abgerechnet werden.
2. Sofern die Entfernung für die Betreuung von diesen Patienten in Pflegeheimen nach der Gebührenordnungsposition O1410 EBM mehr als 10 km beträgt erhalten die teilnehmenden Ärzte je durchgeführten Pflegeheimbesuch 17,50 € unter Angabe der Symbolnummer 91331. Die Symbolnummern 91330 und 91331 können nicht neben den Symbolnummern 91325 und 91326 abgerechnet werden.
3. Für die Betreuung eines weiteren Patienten in einem Pflegeheim nach der Gebührenordnungsposition O1413 EBM erhält der teilnehmende Arzt je weiteren durchgeführten Besuch eine Pauschale in Höhe von 12,50 €, die mit der Symbolnummer 91337 abgerechnet werden kann.

III. Abrechnungsregelungen

1. Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91325 bis 91331 und 91337 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.
2. 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 Symbolnummern 91101, 91112 sowie den Gebührenordnungspositionen O1410B, O1411B, O1412B, O1413B und O1415B,
 - Vertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein nach den Symbolnummern 92410, 92411 sowie 92413.

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

Anlage 5 Leistungsvergütung für das Überleitungsmanagement

1. Für die besondere Betreuung der an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten im persönlichen Kontakt während eines Krankenhausaufenthaltes und den laufenden Austausch mit dem behandelnden Krankenhausarzt erhält der Arzt eine Überleitungspauschale von 40,00 € je Krankenhausaufenthalt. Voraussetzung ist, dass der Arzt den Patienten mindestens einmal unmittelbar vor der Entlassung aus der stationären Behandlung (maximal eine Woche) persönlich besucht und die Überleitung in die ambulante Versorgung – bei Berufstätigen insbesondere die frühzeitige Wiedereingliederung in das Berufsleben – mit dem behandelnden Krankenhausarzt abstimmt. Die Pauschale wird über die Symbolnummer 91332 abgerechnet.
2. Das Überleitungsmanagement gemäß Absatz 1 kann auch telefonisch anstelle des persönlichen Besuches im Krankenhaus erbracht werden. Hierfür wird je Krankenhausaufenthalt des Patienten ein Betrag von 18,00 € nach der Symbolnummer 91333 vergütet. Die Symbolnummern 91332 und 91333 sind nur einmal je Krankenhausaufenthalt abrechnungsfähig und können nicht parallel abgerechnet werden.

Die Vergütung und Abrechnung nach den Symbolnummern 91332 und 91333 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.



Strukturvertrag

gemäß § 73 a SGB V

zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Strukturvertrag)

zwischen

der Techniker Krankenkasse
– nachfolgend TK genannt –

und

der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

vertreten durch den Vorstand

– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziele
- § 2 Geltungsbereich
- § 3 Umsetzung der Ziele
- § 4 Leistungsvergütung
- § 5 Rechnungslegung
- § 6 Begleitung des Vertrages
- § 7 Datenschutz
- § 8 Inkrafttreten, Kündigung
- § 9 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Übersicht der Indikationsgruppen/Diagnosen
- Anlage 2 Leistungsvergütung für die Betreuung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf
- Anlage 3 Leistungsvergütung für Haus- und Pflegeheimbesuche

Anmerkung:

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

Präambel

Die Vertragspartner streben die Stärkung der vertragsärztlichen Versorgung im Bezirk der KV Nordrhein im haus- und fachärztlichen sowie psychotherapeutischen Bereich an. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Herausforderung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein wird der nachfolgende Vertrag zwischen der TK 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.

§ 1 Ziele

- (1) In Behandlung befindliche Patienten mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Krankheiten (Anlage 1) be-

nötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität. Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten soll zunächst die Rolle der haus- und fachärztlichen Grundversorgung im Versorgungsmanagement gestärkt werden.

- (2) Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in Anlage 1 aufgeführten Indikationsgruppen geeignet sind, den tatsächlichen Behandlungsbedarf in der Versorgung abzubilden. Soweit ein Anpassungsbedarf besteht, werden die Vertragspartner diesen einvernehmlich umsetzen. § 8 bleibt unberührt.
- (3) Darüber hinaus streben die Vertragspartner die Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im haus- und fachärztlichen Umfeld sowie in Pflegeheimen an. Dies erfolgt durch eine gezielte Förderung von Besuchsleistungen durch den behandelnden Hausarzt bzw. Facharzt sowie Psychotherapeuten (nachfolgend Arzt bzw. Ärzte genannt), wodurch eine qualifizierte ambulante Versorgung vor Ort während und außerhalb der Sprechstunden ermöglicht wird. Insbesondere durch die Vermeidung von Krankentransporten und Krankenhauseinweisungen sollen zudem Wirtschaftlichkeitspotenziale erschlossen und Doppeluntersuchungen vermieden werden.
- (4) Die Anlagen 1 bis 3 in ihrer jeweils gültigen Fassung sind Bestandteil dieses Vertrages.

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Strukturvertrag findet seine Anwendung im Bezirk der KV Nordrhein und gilt für alle Versicherten der TK mit Wohnort in Nordrhein. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.
- (2) Zur Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag sind die Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 1 SGB V sowie die in § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentren berechtigt. Gleiches gilt für Ärzte die an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1 a Satz 2 SGB V teilnehmen sowie für gem. § 95 Abs. 10 SGB V zur vertragsärztlichen Versorgung zugelassene Psychotherapeuten. Die Ärzte nehmen an diesem Vertrag durch Erbringung der nach § 3 näher beschriebenen und nach § 4 in Verbindung mit den Anlagen 2 und 3 gekennzeichneten Leistungen teil. Im Übrigen gelten für die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Ärzte die bindenden, satzungsrechtlichen Bestimmungen der KV Nordrhein.

§ 3 Umsetzung der Ziele

- (1) Zur verbesserten Versorgung von Patienten erfolgt die umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung von Patienten mit gesicherten chronischen Dia-

gnosen gemäß Anlage 1 durch die in § 2 Abs. 2 genannten Ärzte. Hierdurch soll den besonderen Belangen chronisch kranker Menschen in verstärktem Maße Rechnung getragen werden (§ 2a SGB V).

- (2) Zur Erhöhung der Beratungs- und Behandlungsintensität stellen die teilnehmenden Ärzte unter Berücksichtigung des § 4 und der Anlage 2 über den Umfang der vertragsärztlichen Regelversorgung hinaus ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation, konsequente Patientenbegleitung und ein umfassendes Qualitätsmanagement für Patienten im Sinne von Absatz 1 Satz 1 zur Verfügung. Primäres Ziel ist die kontinuierliche medizinische Betreuung durch den vom Patienten frei gewählten Arzt, der die medizinische Versorgung koordiniert und über die weitere Behandlung, einschließlich der notwendigen Überweisung zu anderen Vertragsärzten, entscheidet. Die teilnehmenden Ärzte übernehmen hierzu folgende Aufgaben:
 - a. die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
 - b. die Aufklärung und Motivation der Patienten, präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen,
 - c. Beobachtung des individuellen Rehabilitationsbedarfes und Einleitung eventuell erforderlicher Schritte.
- (3) Ein besonderer Fokus fällt 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.
- (4) 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 Hausbesuchen legt. Hierzu soll die Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld und in Pflegeheimen verbessert werden, indem Doppeluntersuchungen oder stationäre Aufenthalte vermieden werden (Anlage 3). Der Arzt übernimmt auch bei den Patienten in Pflegeheimen bzw. im häuslichen Umfeld die Steuerung der Behandlungsabläufe und leitet ggf. erforderliche Maßnahmen (wie z. B. diagnostische, therapeutische und pflegerische) ein.
- (5) Die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich, viermal jährlich an einem Qualitätszirkel mit dem Ziel des kontinuierlichen Austausches über die Therapie in der Versorgungsgemeinschaft teilzunehmen. Hierzu zählen auch Qualitätszirkel, die aufgrund anderer vertraglicher Verpflichtungen oder freiwillig besucht werden, die Umsetzung soll durch einen ärztlichen Qualitätszirkelmoderator begleitet werden. Die Teilnahmedokumentation und -kontrolle sind durch die KV Nordrhein sicherzustellen.

- (6) Die Vertragspartner nutzen die aus diesem Vertrag gewonnenen Erkenntnisse für die Entwicklung weiterer Angebote, die den besonderen Bedürfnissen der Patienten im Sinne der Absätze 1 bis 4 entsprechen. Mit dem Strukturvertrag kommen die Vertragspartner ihrer gemeinsamen Verantwortung für die Gewährleistung der Qualität und Wirtschaftlichkeit der vertragsärztlichen Versorgung im Sinne des § 73a SGB V nach.

§ 4

Leistungsvergütung

- (1) Die Abrechnung und Vergütung nach diesem Vertrag setzt voraus, dass die Behandlung in den jeweiligen Abrechnungsquartalen durch den teilnehmenden Arzt gemäß § 3 erfolgte. Im Rahmen der Quartalsabrechnung haben die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 zu kennzeichnen. Das Nähere über die Abrechnung und Vergütung der in § 3 genannten Leistungen regeln die Anlagen 2 und 3. Voraussetzung für die Vergütung nach Anlage 2 ist, dass für die teilnehmenden Patienten für das jeweilige Abrechnungsquartal entsprechende gesicherte und endstellige Diagnosen nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung aus dem in Anlage 1 festgelegten Katalog behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Absatz 1 SGB V übermittelt wurden. Die KV Nordrhein und die TK überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106 a SGB V.
- (2) Leistungen nach diesem Vertrag können im Behandlungsfall durch einen teilnehmenden Hausarzt nicht abgerechnet werden, wenn der Versicherte bei diesem gleichzeitig zur Teilnahme am Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V der TK eingeschrieben ist.
- (3) Leistungen nach diesem Vertrag können im Behandlungsfall nicht neben vergleichbaren Leistungen aus folgenden Verträgen abgerechnet werden:
 - Vereinbarung über die palliativmedizinische Versorgung von unheilbar erkrankten Versicherten im häuslichen Umfeld
 - Vertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in NordrheinDie näheren Bestimmungen hierzu sind in Anlage 3 aufgeführt.
- (4) Die Vergütung der in den Anlagen 2 und 3 genannten Leistungen erfolgt außerhalb des Regelleistungsvolumens und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegenüber den teilnehmenden Ärzten und wird im Quartalskonto (Honorarbescheid) gesondert ausgewiesen.
- (5) Im Übrigen wird das Abrechnungsverfahren für Leistungen aus diesem Vertrag, insbesondere Ablauf und Inhalte der

Abrechnung, Zahlungstermine, sachliche und rechnerische Berichtigung, entsprechend dem allgemeinen technischen und organisatorischen Ablauf innerhalb der KV Nordrhein nach Maßgabe der jeweils gültigen Bestimmungen durchgeführt.

- (6) Die KV Nordrhein erhebt von den teilnehmenden Ärzten für die Durchführung der Abrechnung einen Verwaltungs-kostenbeitrag entsprechend ihrer Satzung in der jeweils aktuellen Fassung.

§ 5 Rechnungslegung

- (1) Die Vergütungen für Leistungen gemäß § 3 in Verbindung mit den Anlagen 2 und 3 werden quartalsweise durch die KV Nordrhein außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angefordert und durch die TK gemäß der vereinbarten Regelungen des für das jeweilige Kalenderjahr gültigen Vertrages über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Geltungsbereich Nordrhein gemäß § 87 a SGB V gezahlt.
- (2) Die Mittel für die Vergütung der Leistungen nach diesem Vertrag werden von der KV Nordrhein im Rahmen der Rechnungslegung für die vertragsärztlichen Leistungen angefordert. Die gezahlten Vergütungen werden im Formblatt 3 unter der Kontenart 400, Kapitel 91.21, ausgewiesen. Für den Zahlungsverkehr gelten die vereinbarten Regelungen des für das jeweilige Kalenderjahr gültigen Vertrages über die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen im Geltungsbereich Nordrhein gemäß § 87 a SGB V.
- (3) Soweit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Abrechnungsprüfung Vergütungen nicht vertragskonform abgerechnet wurden, ist die TK 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 TK. Entsprechendes gilt gegenüber den teilnehmenden Ärzten mit der Maßgabe, dass die KV Nordrhein die von der TK beanstandeten Vergütungen zurückfordert.
- (4) Abweichend von § 5 Abs. 3 erfolgen etwaige Rückforderungen aufgrund des Abrechnungsausschlusses gemäß § 4 Abs. 2 - ohne Beteiligung der KV Nordrhein - durch die TK direkt gegenüber den betroffenen Ärzten.
- (5) Zu den Rechnungsunterlagen/Abrechnungen 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.
- (6) Ergänzend zu den Abrechnungsunterlagen erhält die TK quartalsweise einen gesonderten Nachweis über die insgesamt vergüteten Betreuungspauschalen gemäß Anlage 2, ge-

trennt nach Indikationsgruppen gemäß Anlage 1 sowie der Leistungsvergütungen gemäß der Anlage 3 des Vertrages.

§ 6 Begleitung des Vertrages

- (1) Die TK und die KV Nordrhein tauschen sich unter Berücksichtigung der in der Präambel genannten gesetzlichen Verpflichtungen einmal im Quartal über die Umsetzung sowie die Auswirkungen dieses Vertrages im Hinblick auf die Verbesserung der Versorgungsstruktur sowie über die Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die Patienten der TK aus. Zu diesem Austausch gehören auch Angaben oder Einschätzungen zum Ausmaß der Inanspruchnahme des Zusatzangebotes durch die nach § 2 Abs. 1 erfassten Patienten.
- (2) Die Vertragspartner behalten sich eine Evaluation, hinsichtlich der angestrebten Zielsetzung der Verbesserung der ärztlichen Versorgung von Patienten im häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen, 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 Absatz 3 beschriebene Zielsetzung erreicht und insbesondere die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven im Bereich der Entwicklungen der Krankentransporte und Krankenhauseinweisungen erzielt werden konnten.
- (4) Unter Berücksichtigung der Akzeptanz und des Entwicklungsstandes des Zusatzangebotes 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.

§ 7 Datenschutz

Die Vertragspartner verpflichten sich, bei Erhebung, Verarbeitung, Nutzung, Speicherung und Weitergabe personenbezogener Daten die datenschutzrechtlichen Vorschriften - insbesondere den Sozialdatenschutz nach dem SGB X und die ärztliche Schweigepflicht - einzuhalten.

§ 8 Inkrafttreten, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.07.2015 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals, erstmals zum 30.06.2016, gekündigt werden.

- (2) Unbeschadet von Absatz 1 kann dieser Vertrag von jedem Vertragspartner ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung gekündigt werden, wenn ein wichtiger Grund vorliegt. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor bei
- a. einer Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde, die die Fortsetzung dieses Vertrages untersagt oder derart wesentliche Änderungen dieses Vertrages verlangt, dass eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zumutbar ist oder
 - b. einer groben Verletzung der Vertragspflichten.
- (3) Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

§ 9 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden oder sollte sich in diesem Vertrag eine Lücke herausstellen, so wird infolgedessen die Gültigkeit der übrigen Bestimmungen des Vertrages nicht berührt. Anstelle der unwirksamen Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke ist eine angemessene Regelung zu vereinbaren, die 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.

Hamburg, Düsseldorf, den 15.07.2015

Techniker Krankenkasse

Günter van Aalst
Leiter der Landesvertretung NRW

Karen Walkenhorst
Bereichsleitung VE.2
TK-Hauptverwaltung Hamburg

Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff, Mag. iur.
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier
Stellvertretender Vorsitzender

Anlage 1 zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf Derzeitiger Stand Version 1.0

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Adipositas – Indikationsgruppe 1	
E66.01	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.02	Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.11	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.12	Arzneimittelinduzierte Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.21	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.22	Übermäßige Adipositas mit alveolärer Hypoventilation: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.81	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.82	Sonstige Adipositas: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
E66.91	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 35 bis unter 40
E66.92	Adipositas, nicht näher bezeichnet: Body-Mass-Index [BMI] von 40 und mehr
Affektive Störungen – Indikationsgruppe 2	
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

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F31.7	Bipolare affektive Psychose, gegenwärtig remittiert
F34.0	Zyklothymia
Aplastische und sonstige Anämien – Indikationsgruppe 3	
D61.0	Angeborene aplastische Anämie
D61.10	Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie
D61.18	Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie
D61.19	Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D61.2	Aplastische Anämie infolge sonstiger äußerer Ursachen
D61.3	Idiopathische aplastische Anämie
D61.8	Sonstige näher bezeichnete aplastische Anämien
D61.9	Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet
D63.0	Anämie bei Neubildungen
D63.8	Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten
D64.0	Hereditäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie
D64.1	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie (krankheitsbedingt)
D64.2	Sekundäre sideroachrestische [sideroblastische] Anämie durch Arzneimittel oder Toxine
D64.3	Sonstige sideroachrestische [sideroblastische] Anämien
Atherosklerose – Indikationsgruppe 4	
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

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Candidose – Indikationsgruppe 5	
B37.1	Kandidose der Lunge
B37.81	Candida-Ösophagitis
U83	Candida mit Resistenz gegen Fluconazol oder Voriconazol
Chronische Nierenkrankheit – Indikationsgruppe 6	
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
Z49.0	Vorbereitung auf die Dialyse
Z49.1	Extrakorporale Dialyse
Z49.2	Sonstige Dialyse
Z99.2	Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz
Chronischer Schmerz – Indikationsgruppe 7	
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz) – Indikationsgruppe 8	
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]

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F02.8	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	Nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.1	Delir bei Demenz
F06.5	Organische dissoziative Störung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	Nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
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
G31.0	Umschriebene Hirnatrophie
G31.1	Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert
G31.82	Lewy-Körper-Krankheit
G32.0	Subakute kombinierte Degeneration des Rückenmarks bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Depression – Indikationsgruppe 9	
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

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Diabetes mellitus – Indikationsgruppe 10	
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

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
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
Epilepsie – Indikationsgruppe 11	
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)
G40.7	Petit-mal-Anfälle, nicht näher bezeichnet, ohne Grand-mal-Anfälle
G40.8	Sonstige Epilepsien
G40.9	Epilepsie, nicht näher bezeichnet
erworbene Erkrankungen der Herzklappen – Indikationsgruppe 12	
I05.0	Mitralklappenstenose

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
I05.1	Rheumatische Mitralklappeninsuffizienz
I05.2	Mitralklappenstenose mit Insuffizienz
I05.8	Sonstige Mitralklappenkrankheiten
I05.9	Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I06.0	Rheumatische Aortenklappenstenose
I06.1	Rheumatische Aortenklappeninsuffizienz
I06.2	Rheumatische Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I06.8	Sonstige rheumatische Aortenklappenkrankheiten
I06.9	Rheumatische Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I07.0	Trikuspidalklappenstenose
I07.1	Trikuspidalklappeninsuffizienz
I07.2	Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I07.8	Sonstige Trikuspidalklappenkrankheiten
I07.9	Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
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
I34.0	Mitralklappeninsuffizienz
I34.1	Mitralklappenprolaps
I34.2	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose
I34.80	Nichtrheumatische Mitralklappenstenose mit Mitralklappeninsuffizienz
I34.88	Sonstige nichtrheumatische Mitralklappenkrankheiten
I34.9	Nichtrheumatische Mitralklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I35.0	Aortenklappenstenose
I35.1	Aortenklappeninsuffizienz
I35.2	Aortenklappenstenose mit Insuffizienz
I35.8	Sonstige Aortenklappenkrankheiten
I35.9	Aortenklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I36.0	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose
I36.1	Nichtrheumatische Trikuspidalklappeninsuffizienz
I36.2	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenstenose mit Insuffizienz
I36.8	Sonstige nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheiten

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
I36.9	Nichtrheumatische Trikuspidalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I37.0	Pulmonalklappenstenose
I37.1	Pulmonalklappeninsuffizienz
I37.2	Pulmonalklappenstenose mit Insuffizienz
I37.8	Sonstige Pulmonalklappenkrankheiten
I37.9	Pulmonalklappenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I38	Endokarditis, Herzklappe nicht näher bezeichnet
I39.0	Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I39.1	Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I39.2	Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I39.3	Pulmonalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I39.4	Krankheiten mehrerer Herzklappen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I39.8	Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet
Essstörungen – Indikationsgruppe 13	
F50.0	Anorexia nervosa
F50.1	Atypische Anorexia nervosa
F50.2	Bulimia nervosa
F50.3	Atypische Bulimia nervosa
Gelenkerkrankungen – Indikationsgruppe 14	
L40.5	Psoriasis-Arthropathie
M07.40	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen
M07.41	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M07.42	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M07.43	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M07.44	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M07.45	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M07.46	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M07.47	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M07.48	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M07.49	Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M07.50	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen
M07.51	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M07.52	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M07.53	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M07.54	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M07.55	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M07.56	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M07.57	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M07.58	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M07.59	Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
Koagulopathien – Indikationsgruppe 15	
D68.20	Hereditärer Faktor-I-Mangel
D68.21	Hereditärer Faktor-II-Mangel
D68.22	Hereditärer Faktor-V-Mangel
D68.23	Hereditärer Faktor-VII-Mangel
D68.24	Hereditärer Faktor-X-Mangel
D68.25	Hereditärer Faktor-XII-Mangel
D68.26	Hereditärer Faktor-XIII-Mangel
D68.28	Hereditärer Mangel an sonstigen Gerinnungsfaktoren

Amtliche Bekanntmachungen

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Krankheiten des Verdauungssystems – Indikationsgruppe 16	
K25.3	Ulcus ventriculi: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K25.7	Ulcus ventriculi: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K25.9	Ulcus ventriculi: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K26.3	Ulcus duodeni: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K26.7	Ulcus duodeni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K26.9	Ulcus duodeni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K27.3	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K27.7	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K27.9	Ulcus pepticum, Lokalisation nicht näher bezeichnet: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
K28.3	Ulcus pepticum jejuni: Akut, ohne Blutung oder Perforation
K28.7	Ulcus pepticum jejuni: Chronisch, ohne Blutung oder Perforation
K28.9	Ulcus pepticum jejuni: Weder als akut noch als chronisch bezeichnet, ohne Blutung oder Perforation
Lähmungen – Indikationsgruppe 17	
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese
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
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
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
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
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
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
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
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Nicht näher bezeichnet
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
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
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
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
G82.60	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: Th1-Th6
G82.64	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th7-Th10
G82.65	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
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet
G83.80	Locked-in-Syndrom
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie
G95.1	Vaskuläre Myelopathien
G95.2	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet
G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
G95.81	Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons [LMNL]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
G95.82	Harnblasenfunktionsstörung durch spinalen Schock
G95.83	Spinale Spastik der quergestreiften Muskulatur
G95.84	Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei Schädigungen des Rückenmarkes
G95.85	Deafferentierungsschmerz bei Schädigungen des Rückenmarkes
G95.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes
G95.9	Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
G99.2	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Lebererkrankungen – Indikationsgruppe 18	
K70.2	Alkoholische Fibrose und Sklerose der Leber
K70.3	Alkoholische Leberzirrhose
K70.4	Alkoholisches Leberversagen
Manische Episode – Indikationsgruppe 19	
F30.0	Hypomanie
F30.1	Manie ohne psychotische Symptome
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen
Neubildungen – Indikationsgruppe 20	
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
C61	Bösartige Neubildung der Prostata
Neuropathie – Indikationsgruppe 21	
G59.0	Diabetische Mononeuropathie
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
G63.2	Diabetische Polyneuropathie

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
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
Osteoporose – Indikationsgruppe 22	
M80.00	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.01	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.02	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.03	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.04	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.05	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.06	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.07	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.09	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.10	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Mehrere Lokalisationen
M80.11	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M80.12	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.13	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.14	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.15	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.16	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.17	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.18	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.19	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.20	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.21	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.22	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.23	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.24	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.25	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.26	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.27	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.28	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M80.29	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.30	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen
M80.31	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.32	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.33	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.34	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.35	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.36	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.37	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.38	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.39	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.40	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.41	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.42	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.43	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.44	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M80.45	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.46	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.47	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.49	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.50	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.51	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.52	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.53	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.54	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.55	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.56	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.57	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.59	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.80	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.81	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M80.82	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.83	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.84	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.86	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.87	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.89	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M80.90	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.91	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.92	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.93	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.94	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.95	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.96	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.97	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.98	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M80.99	Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.00	Postmenopausale Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.01	Postmenopausale Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.02	Postmenopausale Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.03	Postmenopausale Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.04	Postmenopausale Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.05	Postmenopausale Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.06	Postmenopausale Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.07	Postmenopausale Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.08	Postmenopausale Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.09	Postmenopausale Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.10	Osteoporose nach Ovariectomie: Mehrere Lokalisationen
M81.11	Osteoporose nach Ovariectomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.12	Osteoporose nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.13	Osteoporose nach Ovariectomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.14	Osteoporose nach Ovariectomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.15	Osteoporose nach Ovariectomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.16	Osteoporose nach Ovariectomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.17	Osteoporose nach Ovariectomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.18	Osteoporose nach Ovariectomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.19	Osteoporose nach Ovariectomie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M81.20	Inaktivitätsosteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.21	Inaktivitätsosteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.22	Inaktivitätsosteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.23	Inaktivitätsosteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.24	Inaktivitätsosteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.25	Inaktivitätsosteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.26	Inaktivitätsosteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.27	Inaktivitätsosteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.28	Inaktivitätsosteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.29	Inaktivitätsosteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.30	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen
M81.31	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.32	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.33	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.34	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.35	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.36	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.37	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M81.38	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.39	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.40	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.41	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.42	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.43	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.44	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.45	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.46	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.47	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.49	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.50	Idiopathische Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.51	Idiopathische Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.52	Idiopathische Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.53	Idiopathische Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.54	Idiopathische Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.55	Idiopathische Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.56	Idiopathische Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M81.57	Idiopathische Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.58	Idiopathische Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.59	Idiopathische Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.60	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Mehrere Lokalisationen
M81.65	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.66	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.67	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.69	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.80	Sonstige Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.81	Sonstige Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.82	Sonstige Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.83	Sonstige Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.84	Sonstige Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.85	Sonstige Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.86	Sonstige Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.87	Sonstige Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.88	Sonstige Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.89	Sonstige Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
M81.90	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M81.91	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.92	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
M81.93	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.94	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.95	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.96	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.97	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.98	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.99	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation
Parkinson – Indikationsgruppe 23	
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
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	Striatonigrale Degeneration
G23.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien
G23.9	Degenerative Krankheit der Basalganglien, nicht näher bezeichnet

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen – Indikationsgruppe 24	
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
F69	Nicht näher bezeichnete Persönlichkeits- und Verhaltensstörung
Respiratorische Insuffizienz – Indikationsgruppe 25	
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
Schlafapnoe und Narkolepsie – Indikationsgruppe 26	
G47.30	Zentrales Schlafapnoe-Syndrom
G47.31	Obstruktives Schlafapnoe-Syndrom
G47.32	Schlafbezogenes Hypoventilations-Syndrom
G47.38	Sonstige Schlafapnoe

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
G47.39	Schlafapnoe, nicht näher bezeichnet
G47.4	Narkolepsie und Kataplexie
Sekundäre bösartige Neubildungen – Indikationsgruppe 27	
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

Amtliche Bekanntmachungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
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
C79.81	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
C79.88	Sekundäre bösartige Neubildung sonstiger näher bezeichneter Lokalisationen
Spinalkanalstenose – Indikationsgruppe 28	
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
Suchterkrankungen – Indikationsgruppe 29	
F10.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Abhängigkeitssyndrom
F10.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom
F10.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Entzugssyndrom mit Delir
F10.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Psychotische Störung
F10.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Amnestisches Syndrom
F10.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F10.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F10.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F11.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Abhängigkeitssyndrom
F11.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom
F11.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Entzugssyndrom mit Delir
F11.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Psychotische Störung
F11.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Amnestisches Syndrom
F11.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F11.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F11.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Opioide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F12.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Abhängigkeitssyndrom
F12.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom
F12.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Entzugssyndrom mit Delir
F12.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Psychotische Störung
F12.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Amnestisches Syndrom
F12.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F12.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F12.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Cannabinoide: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F13.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Abhängigkeitssyndrom
F13.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom
F13.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Entzugssyndrom mit Delir
F13.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Psychotische Störung

Amtliche Bekanntmachungen

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F13.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Amnestisches Syndrom
F13.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Restzustand und erzögert auftretende psychotische Störung
F13.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F13.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Sedativa oder Hypnotika: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F14.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Abhängigkeitssyndrom
F14.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom
F14.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Entzugssyndrom mit Delir
F14.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Psychotische Störung
F14.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Amnestisches Syndrom
F14.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F14.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F14.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Kokain: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F15.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Abhängigkeitssyndrom
F15.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom
F15.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Entzugssyndrom mit Delir
F15.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Psychotische Störung
F15.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Amnestisches Syndrom
F15.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung

Indikations- gruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F15.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F15.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch andere Stimulanzien, einschließlich Koffein: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F16.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Abhängigkeitssyndrom
F16.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom
F16.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Entzugssyndrom mit Delir
F16.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Psychotische Störung
F16.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Amnestisches Syndrom
F16.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F16.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F16.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch Halluzinogene: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F18.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Abhängigkeitssyndrom
F18.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom
F18.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Entzugssyndrom mit Delir
F18.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Psychotische Störung
F18.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Amnestisches Syndrom
F18.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F18.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F18.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch flüchtige Lösungsmittel: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
F19.2	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Abhängigkeitssyndrom

Indikationsgruppe/ICD 10-Code	ICD 10-Bezeichnung
F19.3	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom
F19.4	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Entzugssyndrom mit Delir
F19.5	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Psychotische Störung
F19.6	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Amnestisches Syndrom
F19.7	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Restzustand und verzögert auftretende psychotische Störung
F19.8	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Sonstige psychische und Verhaltensstörungen
F19.9	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch und Konsum anderer psychotroper Substanzen: Nicht näher bezeichnete psychische und Verhaltensstörung
Zustand nach Organtransplantationen – Indikationsgruppe 30	
Z94.80	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation ohne gegenwärtige Immunsuppression
Z94.81	Zustand nach hämatopoetischer Stammzelltransplantation mit gegenwärtiger Immunsuppression
Zytomegalie – Indikationsgruppe 31	
B25.0	Pneumonie durch Zytomegalieviren
B25.1	Hepatitis durch Zytomegalieviren
B25.2	Pankreatitis durch Zytomegalieviren
B25.8-	Sonstige Zytomegalie
B25.80	Infektion des Verdauungstraktes durch Zytomegalieviren
B25.88	Sonstige Zytomegalie
B25.9	Zytomegalie, nicht näher bezeichnet

Anlage 2 Leistungsvergütung für die Betreuung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf

- Um dem besonderen erhöhten Aufwand bei der Beratung, Behandlung und Betreuung der Patienten mit schweren Krankheitsbildern Rechnung zu tragen, erhalten die Ärzte bei medizinisch notwendiger Behandlung einer Krankheit aus dem in Anlage 1 festgelegten Katalog eine kontaktabhängige Betreuungspauschale je Behandlungsfall.
- Die zutreffende Betreuungspauschale gemäß Absatz 4 ergibt sich in Abhängigkeit von der Anzahl der Indikationsgruppen gemäß Anlage 1, für die jeweils mindestens eine codierte gesicherte Diagnose gemäß Anlage 1 dokumentiert ist und damit dem Umfang des erhöhten ärztlichen Aufwandes im jeweiligen Behandlungsfall entspricht.
- Voraussetzung für die Vergütung ist, dass für die teilnehmenden Patienten für das jeweilige Abrechnungsquartal entsprechend gesicherte und endstellige Diagnosen nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung aus dem in Anlage 1 festgelegten Katalog behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Absatz 1 SGB V übermittelt wurden. Die KV Nordrhein und die TK überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V.
- Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag erhält der Arzt eine Vergütung in folgender Höhe:

Leistungsbeschreibung	Betrag	Symbol-Nr.
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 1 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens einer Diagnose einer Indikationsgruppe gemäß Anlage 1	3,00 EUR	91500
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 2 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus zwei unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 1	6,00 EUR	91501
Kontaktabhängige quartalsweise Betreuungspauschale 3 für den zusätzlichen Betreuungsaufwand bei medizinisch notwendiger Behandlung von Patienten mit mindestens jeweils einer Diagnose aus drei oder mehr unterschiedlichen Indikationsgruppen gemäß Anlage 1	9,00 EUR	91502

Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91500 bis 91502 setzt voraus, dass die Behandlung, bezogen auf die in Anlage 1 genannten Indikationsgruppen, in den jeweiligen Abrechnungsquartalen durch den teilnehmenden Arzt gemäß § 3 erfolgte. Im Rahmen der Quartalsabrechnung kennzeichnen die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Abrechnungsfälle mit der Symbolnummer 91324 und erhalten die Vergütungen nach den Symbolnummern 91500 bis 91502 auf der Basis der gesicherten und endstelligen Diagnosen nach ICD-10-GM in der jeweils geltenden Fassung gemäß der in Anlage 1 durch die von der KV Nordrhein vorgenommenen Zuordnung. Eine Abrechnung der Symbolnummern 91500 bis 91502 kann nicht erfolgen, wenn eine Behandlung gemäß § 3 im jeweiligen Behandlungsquartal nicht erfolgte.

Anlage 3 Leistungsvergütung für Haus- und Pflegeheimbesuche

I. Hausbesuche

1. Für Hausbesuche nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM, die bei den an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten durchgeführt werden, erhält der Arzt je durchgeführtem Hausbesuch bei einer Entfernung bis einschließlich 10 km einen Pauschalzuschlag auf die Gebührenordnungsposition 01410 EBM in Höhe von 15,00 €. Dieser Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer 91325 vergütet und kann am selben Tag für denselben Patienten nicht neben der Symbolnummer 91326 abgerechnet werden.
2. Sofern die Entfernung je Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM mehr als 10 km beträgt, erhöht sich der Pauschalzuschlag gemäß Absatz 1 auf 17,50 € je bei an diesem Vertrag teilnehmenden Patienten durchgeführtem Hausbesuch nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM. Der Pauschalzuschlag wird über die Symbolnummer 91326 vergütet und kann am selben Tag für denselben Patienten nicht neben der Symbolnummer 91325 abgerechnet werden.
3. Für die notwendige Betreuung der an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten außerhalb der Sprechstundenzeiten und am Wochenende bei bestehender schwerwiegender Krankheit oder absehbar schwierigem Krankheitsverlauf bzw. im Pflegeheim erhalten die Ärzte je angefallenem Einsatz einen Pauschalzuschlag auf die Abrechnungsziffern 01411, 01412 bzw. 01415 EBM in Höhe von 40,00 €. Dieser Zuschlag wird über die Symbolnummern 91327 (bei der 01411 EBM), 91328 (bei der 01412 EBM) oder 91329 (bei der 01415 EBM) abgerechnet.

II. Pflegeheimbesuche

1. Für die Betreuung von an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden Patienten in Pflegeheimen nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM, die durch die teilnehmenden Ärzte durchgeführt werden, erhalten diese je durchgeführtem Pflegeheimbesuch bei einer Entfernung bis einschließlich 10 km eine Pauschale in Höhe von 15,00 €, die mit der Symbolnummer 91330 abgerechnet werden.
2. Sofern die Entfernung für die Betreuung von diesen Patienten in Pflegeheimen nach der Gebührenordnungsposition 01410 EBM mehr als 10 km beträgt, erhalten die teilnehmenden Ärzte je durchgeführtem Pflegeheimbesuch 17,50 € unter Angabe der Symbolnummer 91331. Die Symbolnummern 91330 und 91331 können nicht neben den Symbolnummern 91325 und 91326 abgerechnet werden.
3. Für die Betreuung eines weiteren Patienten in einem Pflegeheim nach der Gebührenordnungsposition 01413 EBM erhalten die teilnehmenden Ärzte je weiteren durchgeführten Besuch eine Pauschale in Höhe von 12,50 €, die mit der Symbolnummer 91337 abgerechnet werden kann.

III. Abrechnungsregelungen

1. Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91325 bis 91331 und 91337 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Ärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.
2. 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 Symbolnummern 91101, 91112 sowie den Gebührenordnungspositionen 01410B, 01411B, 01412B, 01413B und 01415B,
 - Vertrag gemäß § 73a SGB V über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein nach den Symbolnummern 92410, 92411 sowie 92413

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