

Nr.	Bezeichnung	Typ	"HEIL"		Beschreibung
			"HEIL"	"HEIL"	
18	Faktor 1	N4	M	M	Das Feld enthält den original Faktor laut Einzelverordnung in der Blattzeile.
19	Positionsbrutto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen. Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis
20	Positionsnetto 1	N15	M	M	In Cent, kein Trennzeichen, keine führenden Nullen, Negativ durch führendes '-' zulässig Enthält Produkt aus Faktor und Einzelpreis abzüglich aller Rabatte, die in diese Position eingegangen sind. Unberücksichtigt bleiben Zuzahlungen auf Rezeptebene.
...					
133	Leistungsschlüssel 30	N5	M	M	
134	Faktor 30	N4	M	M	
135	Positionsbrutto 30	N15	M	M	
136	Positionsnetto 30	N15	M	M	

Bei diesen Datensätzen handelt es sich um ein Satzformat mit variabler Feldanzahl. Der Leistungsblock 1 ist zwingend zu belegen. Die folgenden Leistungsblöcke 2-30 sind, sofern vorhanden, aufsteigend zu belegen. Der jeweilige Datensatz (Zeile) endet mit dem jeweils letzten befüllten Leistungsblock. Auf das Anfügen von leeren Semikolonfolgen bis Leistungsblock 30, Feld 136 kann verzichtet werden.

## 2 Prozess der Datenübermittlung

Die Daten werden der Prüfungsstelle durch die Vertragspartner innerhalb der in der Prüfvereinbarung genannten Fristen zur Verfügung gestellt. Die Übersendung erfolgt auf dem Postwege auf CD-ROM im Format ISO-9660. Kompression nach dem Standard ZIP ist möglich.

Fußnote:

Die Vertragspartner nehmen eine Aktualisierung der Datensatzbeschreibung über den Austausch auf Datenträger vor und stellen sicher, dass die erforderlichen Anpassungen zeitgerecht erfolgen.

## Anlage 3 D zur Heilmittel-Richtgrößenvereinbarung 2014

**Allgemeinmedizin und Praktische Ärzte**

**Chirurgie**

einschließlich Gefäß-, Plastische, Unfall-, und Visceralchirurgie

**HNO**

einschl. Phoniatrie und Pädaudiologie

**Innere Medizin (hausärztlich)**

**Innere Medizin (fachärztlich)**

einschl. Angiologie, Endokrinologie, Gastroenterologie, Hämatologie und Internistische Onkologie, Kardiologie, Nephrologie, Pneumologie, Rheumatologie

**Kinderheilkunde**

**Orthopädie**

einschließlich orthopädischer Rheumatologie

## Strukturvertrag

gemäß § 73 a SGB V

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

zwischen

**der AOK Rheinland/Hamburg**

handelnd als Landesverband gemäß § 207 Absatz 2 SGB V  
vertreten durch den Vorsitzenden des Vorstandes

Herrn Günter Wältermann

– nachfolgend AOK oder AOK Rheinland/Hamburg genannt –

und

**der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein**

vertreten durch den Vorstand

– nachfolgend KV Nordrhein genannt –

### Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung

Anlage 2 Übersicht der Indikationsgruppen/Diagnosen

- Anlage 3 Ausschlussbestimmungen
- Anlage 4 Leistungsvergütung für die Betreuung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf
- Anlage 5 Leistungsvergütung für Haus- und Pflegeheimbesuche
- Anlage 6 Leistungsvergütung für das Überleitungsmanagement
- Anlage 7 Leistungsvergütung für den Arzneimittelcheck
- Anlage 7a Durchführung des Arzneimittelchecks
- Anlage 7b Einverständniserklärung zum Arzneimittelcheck
- Anlage 7c OTC-Dokumentation (Selbstmedikation)
- Anlage 7d Intentions-Dokumentation

### 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 zunächst im hausärztlichen Bereich an. Vor dem Hintergrund der stetig steigenden Herausforderung in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung in Nordrhein wird der nachfolgende Vertrag zwischen AOK und 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 2) benötigen eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität. Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten soll zunächst die Rolle der hausärztlichen Versorgung im Versorgungsmanagement gestärkt werden.
- (2) Die Vertragspartner werden regelmäßig überprüfen, inwieweit die in Anlage 2 aufgeführten Indikationsgruppen geeignet sind, den tatsächlichen Aufwand in der hausärztlichen 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 häuslichen Umfeld sowie in Pflegeheimen an. Dies erfolgt durch eine gezielte Förderung von Besuchsleistungen durch den be-

handelnden Hausarzt, 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 Überleitung der Patienten von der stationären in die ambulante Versorgung soll durch die Abstimmung der Versorgung über die Sektorengrenzen hinaus optimiert werden. Dem Hausarzt kommt hier eine zentrale Rolle zu.
- (5) Für eine bedarfsgerechte, qualitätsgesicherte und wirtschaftliche Arzneimittelversorgung können dem Hausarzt, nach vorheriger Einwilligung des Patienten, Daten zur Analyse der Medikation von Patienten zur Verfügung gestellt werden, hierdurch sollen Einsparpotenziale im Bereich der Arzneimittelversorgung erschlossen werden.
- (6) Die Anlagen 1 bis 7d sind Bestandteil dieses Vertrages.

### § 2 Geltungsbereich

- (1) Der Hausärzte-Strukturvertrag findet seine Anwendung im Bezirk der KV Nordrhein und gilt für alle Versicherten der AOK Rheinland/Hamburg mit Wohnort in Nordrhein. Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig. Versicherte der AOK Rheinland/Hamburg erklären gegenüber den teilnehmenden Hausärzten schriftlich ihre Teilnahmebereitschaft und aktive Mitwirkung, insbesondere die Wahrnehmung vereinbarter Behandlungstermine. Über die Inhalte informiert der Hausarzt auf der Basis der Versicherteninformation gemäß Anlage 1 dieses Vertrages, die dem Versicherten ausgehändigt wird. Die AOK wird die teilnehmenden Hausärzte in ihrer Informationspflicht durch geeignete Maßnahmen unterstützen.
- (2) Zur Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag sind die Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1 a SGB V sowie die in § 95 Abs. 1 Satz 1 SGB V für die hausärztliche Versorgung zugelassenen medizinischen Versorgungszentren berechtigt („Hausärzte“). Die Hausärzte nehmen an diesem Vertrag durch Erbringung der nach § 3 näher beschriebenen und nach § 4 in Verbindung mit den Anlagen 4 bis 7d gekennzeichneten Leistungen teil. Im Übrigen gelten für die Rechte und Pflichten der teilnehmenden Hausärzte 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 Diagnosen gemäß Anlage 2 durch die in § 2 Abs. 2 genannten Hausärzte. Hierdurch soll den besonderen Belangen chro-

- nisch kranker Menschen in verstärktem Maße Rechnung getragen werden (§ 2a SGB V).
- (2) Zur Erhöhung der Beratungs- und Behandlungsintensität stellen die teilnehmenden Vertragsärzte unter Berücksichtigung des § 4 und der Anlage 4 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 Hausarzt, der die medizinische Versorgung koordiniert und über die weitere Behandlung, einschließlich der notwendigen Überweisung zu anderen Vertragsärzten, entscheidet. Die teilnehmenden Vertragsärzte übernehmen hierzu folgende Aufgaben:
- die Koordination diagnostischer, therapeutischer und pflegerischer Maßnahmen,
  - die Aufklärung und Motivation der Patienten, präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen,
  - 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 5). Der Hausarzt 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. Wesentliches weiteres Element des Zusatzangebotes ist die Koordination der leitliniengerechten und strukturierten Behandlung der Patienten über die Sektorengrenzen hinaus. Dies gilt insbesondere für das Überleitungsmanagement entsprechend Anlage 6.
- (5) Im Fokus steht außerdem die Überprüfung der Arzneimittelverordnungen im Rahmen eines sogenannten Arzneimittelchecks. Hierdurch kann der Hausarzt eine Gesamtbeurteilung aller verordneten Medikamente vornehmen, in diesem Zusammenhang Wechselwirkungen reduzieren und auf die Versorgung einer bedarfsgerechten, wirtschaftlichen und qualitätsgesicherten Arzneimittelversorgung hinwirken (Anlagen 7 bis 7d).
- (6) Die teilnehmenden Vertragsärzte 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.
- (7) Die Vertragspartner entwickeln Konzepte, die gezielt die Steigerung der Inanspruchnahme von Früherkennungs- und Vorsorgeuntersuchungen in den Fokus der Betrachtung stellen. Hierdurch soll dem Grundsatz der Eigenverantwortung im Sinne der Nutzung von Vorsorgeangeboten (§ 1 SGB V) stärker Rechnung getragen werden.
- (8) 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 5 entsprechen. Mit dem Hausärzte-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

#### Leistungvergütung

- (1) Die Abrechnung und Vergütung nach diesem Vertrag setzt voraus, dass der Patient seine Teilnahmebereitschaft und aktive Mitwirkung gemäß § 2 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 1 schriftlich erklärt hat und die Behandlung in den jeweiligen Abrechnungsquartalen durch den teilnehmenden Hausarzt gemäß § 3 erfolgte. Im Rahmen der Quartalsabrechnung haben die teilnehmenden Hausärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 zu kennzeichnen. Das Nähere über die Abrechnung und Vergütung der in § 3 genannten Leistungen regeln die Anlagen 4 bis 7. Voraussetzung für die Vergütung nach Anlage 4 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 2 festgelegten Katalog behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Absatz 1 SGB V übermittelt wurden. Die KV Nordrhein und die AOK überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106 a SGB V.
- (2) Leistungen nach diesem Vertrag können nicht abgerechnet werden, wenn durch den Vertragsarzt für den in Frage kommenden Patienten für das gleiche Quartal bereits vergleichbare Vergütungen aus einem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V abgerechnet werden. Diese vergleichbaren Vergütungen ergeben sich aus der Anlage 3 zu diesem Vertrag. Zusätzlich können Leistungen nach diesem Vertrag nicht für Patienten abgerechnet werden, für die der teilnehmende Hausarzt Vergütungen

nach einem Vertrag über eine kooperative und koordinierte ärztliche und pflegerische Versorgung in vollstationären Pflegeeinrichtungen in Nordrhein gemäß § 73a SGB V abrechnet. Leistungen nach diesem Vertrag können außerdem nicht für Indikationen abgerechnet werden, wenn durch den Vertragsarzt für den in Frage kommenden Patienten für das gleiche Quartal und die gleiche Indikation bereits Vergütungen aus einem Vertrag gemäß § 137f SGB V (DMP) abgerechnet werden. Dies gilt nicht, wenn eine weitere Indikation nach diesem Vertrag vorliegt (Anlage 2), die nicht durch einen Vertrag gemäß § 137f SGB V (DMP) abgerechnet wird. Überdies ist die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (z. B. Hausbesuche) nach diesem Vertrag und weiterer Verträge (insbesondere Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, Modellvorhaben gemäß § 63 SGB V, Strukturverträge gem. § 73a SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gem. § 73b SGB V, Besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73c SGB V, Integrationsverträge gem. §§ 140 a ff. SGB V) unzulässig. Näheres hierzu ist in den Anlagen 5 bis 7 geregelt.

- (3) Die Vergütung der in den Anlagen 4 bis 7 genannten Leistungen erfolgt außerhalb des Regelleistungsvolumens und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gegenüber den teilnehmenden Hausärzten und wird im Quartalskonto (Honorarbescheid) gesondert ausgewiesen.
- (4) 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.
- (5) Die KV Nordrhein erhebt für ihre Leistungen für die Umsetzung des Vertrages bei den teilnehmenden Hausärzten den sich aus ihrer Satzung ergebenden Verwaltungskostensatz.

### § 5 Rechnungslegung

- (1) Die Vergütungen für Leistungen gemäß § 3 in Verbindung mit den Anlagen 4 bis 7 werden quartalsweise durch die KV Nordrhein außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung angefordert und durch die AOK 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 zwischen der KV Nordrhein und der AOK vereinbarten Regelungen der jeweiligen Vereinbarung zur Gesamtvergütung.
- (3) Soweit unter Berücksichtigung der Ergebnisse der Abrechnungsprüfung Vergütungen nicht vertragskonform abge-

rechnet wurden, ist die AOK 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 AOK.

- (4) 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.
- (5) Ergänzend zu den in Abs. 4 genannten Abrechnungsunterlagen erhält die AOK quartalsweise einen gesonderten Nachweis über die insgesamt vergüteten Betreuungspauschalen gemäß Anlage 4, getrennt nach Indikationsgruppen gemäß Anlage 2 sowie der Leistungsvergütungen gemäß der Anlagen 5 bis 7 des Vertrages.

### § 6 Begleitung des Vertrages

- (1) Die AOK 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 AOK 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, insbesondere die Einbeziehung von Fachärzten, an.

(5) Zur Information und Unterstützung der Hausärzte führt die AOK begleitende Maßnahmen durch.

### § 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

Dieser Vertrag tritt zum 01.10.2014 in Kraft und läuft auf unbestimmte Zeit. Dieser Vertrag ersetzt den Hausärzte-Strukturvertrag vom 16.04.2014. Der zwischen den Vertragspartnern dieses Vertrages am 16.04.2014 mit Wirkung ab dem 01.07.2014 geschlossene Hausärzte-Strukturvertrag wird hiermit einvernehmlich aufgehoben. Dieser Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Frist von vier Wochen zum Ende eines Quartals, erstmals zum 30.09.2015, gekündigt werden.

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 einer Weisung der zuständigen Aufsichtsbehörde, die die Fortsetzung dieses Vertrages untersagt oder derart wesentliche Ände-

rungen dieses Vertrages verlangt, dass eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr zumutbar ist oder einer groben Verletzung der Vertragspflichten.

Die Kündigung muss schriftlich erfolgen.

### § 9 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein bzw. nach Vertragsschluss unwirksam oder undurchführbar werden, so wird dadurch die Wirksamkeit des Vertrages im Übrigen nicht berührt. Anstelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung soll diejenige wirksame und durchführbare Regelung treten, deren Wirkungen der wirtschaftlichen Zielsetzung sowie die dem Sinn und Zweck der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmung möglichst nahekommt, die die Vertragsparteien mit der unwirksamen beziehungsweise undurchführbaren Bestimmung verfolgt haben. Die vorstehenden Bestimmungen gelten entsprechend für den Fall, dass sich der Vertrag als lückenhaft erweist.

Düsseldorf, den 01.09.2014

#### Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein

Dr. med. Peter Potthoff  
Vorsitzender

Bernhard Brautmeier  
Stellvertretender Vorsitzender

#### AOK Rheinland/Hamburg Die Gesundheitskasse

Günter Wältermann  
Vorsitzender des Vorstandes

## Anlage 1

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

### Anlage 1

#### Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Hausärzte-Strukturvertrag) zwischen der AOK Rheinland/Hamburg und der KV Nordrhein

Stand: 01.10.2014

#### Hausärzte-Strukturvertrag: Was ist das?

Die AOK Rheinland/Hamburg und die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein haben den Hausärzte-Strukturvertrag vereinbart, um dem besonderen Betreuungsaufwand für Patientinnen und Patienten mit schwierigen und langwierigen Erkrankungen Rechnung zu tragen. In Behandlung befindliche Patienten mit besonderen oder schwierigen und langwierigen Krankheiten benötigen erfahrungsgemäß eine erhöhte Beratungs- und Behandlungsintensität. Zur Optimierung der Versorgung dieser Patienten soll die Rolle der hausärztlichen Versorgung im Versorgungsmanagement gestärkt werden.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

### Folgendes bitten wir Sie dabei zu beachten:

- Ihr gewählter Hausarzt soll Ihr erster Ansprechpartner für alle medizinischen Fragen sein und Ihre medizinische Versorgung koordinieren. Primäres Ziel ist die kontinuierliche medizinische Betreuung durch den vom Versicherten frei gewählten Hausarzt, der die medizinische Versorgung koordiniert und über die weitere Behandlung einschließlich der notwendigen Überweisung zu Fachärzten entscheidet.
- Der gewählte Hausarzt soll daher nur aus triftigem Grund gewechselt werden.
- Für den Erfolg Ihrer Behandlung ist Ihre Bereitschaft zur aktiven Mitwirkung entscheidend.
- Vereinbarte Behandlungstermine sollten Sie immer wahrnehmen.

### Ihre Vorteile:

Als Teilnehmer am Hausärzte-Strukturvertrag wird Ihnen Ihr gewählter Hausarzt

- eine umfassende, abgestimmte, engmaschige und kontinuierliche Betreuung zukommen lassen.
- über den Umfang der vertragsärztlichen Regelversorgung hinaus ein patientenorientiertes Dienstleistungsangebot, bessere Kooperation, konsequente Patientenbegleitung und ein umfassendes Qualitätsmanagement zur Verfügung stellen.
- seine Beratungs- und Behandlungsintensität erhöhen, indem er
  - o Ihre diagnostischen, therapeutischen und pflegerischen Maßnahmen koordiniert,
  - o Sie aufklärt und Sie motiviert, präventive Maßnahmen in Anspruch zu nehmen.
  - o Ihren individuellen Rehabilitationsbedarf beobachtet und eventuell erforderliche Schritte einleitet.

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. Wesentliches weiteres Element des Zusatzangebotes ist die Koordination der leitliniengerechten und strukturierten Behandlung der Patienten über die Sektorengrenzen hinaus. Dies gilt insbesondere für das koordinierte Einweisungs- und Entlassungsmanagement.

### Versichertenbefragung

Für die AOK Rheinland/Hamburg und Ihren Hausarzt ist es wichtig, wie zufrieden Sie mit dem Hausärzte-Strukturvertrag sind, insbesondere wie Sie das Zusatzangebot des Hausarztes beurteilen.

Dies ist Grundlage für Entscheidungen über weiterführende Maßnahmen. Im Rahmen der Qualitätssicherung sind daher Versichertenbefragungen vorgesehen, über die Sie bei Durchführung gesondert informiert werden. Die Teilnahme an der Versichertenbefragung ist selbstverständlich freiwillig und wird anonym durchgeführt.

### Teilnahmeerklärung

**Ja, ich möchte ab dem \_\_\_\_\_ an dem Angebot des Hausärzte-Strukturvertrages teilnehmen.**

**Als meinen Hausarzt wähle ich \_\_\_\_\_.**

Bitte das heutige Datum eintragen

Unterschrift des Versicherten bzw. des gesetzlichen Vertreters

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Die unterschriebene Versicherteninformation und Teilnahmeerklärung des Patienten verbleibt in der Patientenakte des teilnehmenden Hausarztes.

### Anlage 2 zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Hausärzte-Strukturvertrag)

Derzeitiger Stand Version 1.1

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungspauschale
1	Alkohol- oder Drogenabhängigkeit F10.2 G		1
2	Alkohol- oder drogeninduzierte Psychose F10.3 G; F10.4 G; F10.5 G; F10.6 G; F10.7 G; F10.8 G; F10.9 G		1
3	Andere angeborene Herzfehler Q22.0 G; Q22.1 G; Q22.2 G; Q22.3 G; Q22.4 G; Q22.5 G; Q22.6 G; Q22.8 G; Q22.9 G; Q23.0 G; Q23.1 G; Q23.2 G; Q23.3 G; Q23.4 G ; Q23.8 G; Q23.9 G; Q25.1 G; Q25.2 G; Q25.3 G; Q25.4 G		1
4	Atherosklerose mit Ulkus oder Gangrän I70.23 G; I70.24 G		2
5	Atherosklerose, arterielles Aneurysma und sonstige, nicht näher bezeichneten Krankheiten der Arterien und Arteriolen I70.20 G; I70.21 G; I70.22 G; I70.25 G; I70.8 G; I70.9 G		1
6	Bipolare affektive Störungen, Anorexia nervosa, Bulimie F30.0 G; F30.1 G; F30.2 G; F30.8 G; F30.9 G; F31.0 G; F31.1 G; F31.2 G; F31.3 G; F31.4 G; F31.5 G; F31.6 G; F31.7 G; F31.8 G; F31.9 G; F34.0 G; F50.0 G; F50.1 G; F50.2 G; F50.3 G		1
7	Chronisch entzündliche Darmerkrankungen K50.0 G; K50.1 G; K50.8- G; K50.80 G; K50.81 G; K50.82 G; K50.88 G; K50.9G; K51.0 G; K51.2 G; K51.3 G; K51.4 G; K51.5 G; K51.8 G; K51.9 G		1
8	Chronische obstruktive Bronchitis / Emphysem J47 G; J96.9- G; J96.90 G; J96.91 G; J96.99 G, J44.0- G, J44.00 G, J44.01 G, J44.02 G, J44.03 G, J44.09 G, J44.1- G, J44.10 G, J44.11 G, J44.12 G, J44.13 G, J44.19 G, J44.8- G, J44.80 G, J44.81 G, J44.82 G, J44.83 G, J44.89 G, J44.9- G, J44.90 G, J44.91 G, J44.92 G, J44.93 G, J44.99 G		1
9	Depression F32.0 G; F32.1 G; F34.1 G; F50.4 G; F50.5 G; F50.8 G; F50.9 G		1
10	Depressive Episoden (nicht näher bezeichnet) F32.8 G; F32.9 G; F40.8 G; F40.9 G; F41.2 G; F41.3 G; F41.8 G; F41.9 G; F42.8 G; F42.9 G		1
11	Diabetes mit peripheren zirkulatorischen Manifestationen oder Ketoazidose E10.5- G; E10.50 G; E10.51 G; E11.5- G; E11.50 G; E11.51 G; E12.5- G; E12.50 G; E12.51 G; E13.5- G; E13.50 G; E13.51 G; E14.5- G; E14.50 G; E14.51 G		1
12	Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen E10.2- G; E10.20 G; E10.21 G; E11.2- G; E11.20 G; E11.21 G; E11.7- G; E11.72 G; E11.73 G; E11.74 G; E11.75 G; E12.2- G; E12.20 G; E12.21 G; E12.7- G; E12.72 G; E12.73 G; E12.74 G; E12.75 G; E13.2- G; E13.20 G; E13.21 G; E13.7- G; E13.72 G; E13.73 G; E13.74 G; E13.75 G; E14.2- G; E14.20 G; E14.21 G; E14.7- G; E14.72 G; E14.73 G; E14.74 G; E14.75 G		1
13	Diabetes mit sonstigen Komplikationen E10.8- G; E10.80 G; E10.81 G; E11.4- G; E11.40 G; E11.41 G; E11.6- G; E11.60 G; E11.61 G; E11.8- G; E11.80 G; E11.81 G; E12.4- G; E12.40 G; E12.41 G; E12.6- G; E12.60 G; E12.61 G; E12.8- G; E12.80 G; E12.81 G; E13.4- G; E13.40 G; E13.41 G; E13.6- G; E13.60 G; E13.61 G; E13.8- G; E13.80 G; E13.81 G; E14.4- G; E14.40 G; E14.41 G; E14.6- G; E14.60 G; E14.61 G; E14.8- G; E14.80 G; E14.81 G; G59.0 G; G63.2 G; H36.0 G		1

## Amtliche Bekanntmachungen

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungs- Pau- schale
14	Diabetes ohne oder mit nicht näher bezeichneten Komplikationen E11.9- G; E11.90 G; E11.91 G; E12.9- G; E12.90 G; E12.91 G; E13.9- G; E13.90 G; E13.91 G; E14.9- G; E14.90 G; E14.91 G	Nicht abrechenbar, wenn Diabetes mit peripheren zirkulatorischen Manifestationen oder Ketoazidose, Diabetes mit renalen oder multiplen Manifestationen, Diabetes mit sonstigen Komplikationen	1
15	Dialysestatus N18.4 G; N18.5 G; Z49.0 G; Z49.1 G; Z49.2 G; Z99.2 G		3
16	Diplegie der oberen Extremitäten, Monoplegie und andere Lähmungen G80.3 G; G80.4 G; G80.8 G; G80.9 G; G83.0 G; G83.1 G; G83.2 G; G83.3 G; G83.88 G; G83.9 G		1
17	Entzündung / Nekrose von Knochen / Gelenken / Muskeln A06.5 G; A06.7 G; A21.2 G; A22.0 G; A22.1 G; A26.0 G; A31.1 G; A32.0 G; A36.3 G; A42.0 G; A43.0 G; A43.1 G; A44.1 G; A46 G; A54.4 G; A66.6 G; B01.2 G; B05.2 G; B33.4 G; B38.0 G; B38.1 G; B38.2 G; B38.3 G; B39.1 G; B39.2 G; B40.0 G; B40.1 G; B40.2 G; B40.3 G; B41.0 G; B43.0 G; B43.2 G; B45.2 G; B46.3 G; B55.1 G; B58.3 G; B67.1 G; B78.1 G; M00.0- G; M00.00 G; M00.01 G; M00.02 G; M00.03 G; M00.04 G; M00.05 G; M00.06 G; M00.07 G; M00.08 G; M00.09 G; M00.1- G; M00.10 G; M00.11 G; M00.12 G; M00.13 G; M00.14 G; M00.15 G; M00.16 G; M00.17 G; M00.18 G; M00.19 G; M00.2- G; M00.20 G; M00.21 G; M00.22 G; M00.23 G; M00.24 G; M00.25 G; M00.26 G; M00.27 G; M00.28 G; M00.29 G; M00.8- G; M00.80 G; M00.81 G; M00.82 G; M00.83 G; M00.84 G; M00.85 G; M00.86 G; M00.87 G; M00.88 G; M00.89 G; M00.9- G; M00.90 G; M00.91 G; M00.92 G; M00.93 G; M00.94 G; M00.95 G; M00.96 G; M00.97 G; M00.98 G; M00.99 G; M01.0- G; M01.00 G; M01.01 G; M01.02 G; M01.03 G; M01.04 G; M01.05 G; M01.06 G; M01.07 G; M01.08 G; M01.09 G; M01.3- G; M01.30 G; M01.31 G; M01.32 G; M01.33 G; M01.34 G; M01.35 G; M01.36 G; M01.37 G; M01.38 G; M01.39 G; M01.4- G; M01.40 G; M01.41 G; M01.42 G; M01.43 G; M01.44 G; M01.45 G; M01.46 G; M01.47 G; M01.48 G; M01.49 G; M01.5- G; M01.50 G; M01.51 G; M01.52 G; M01.53 G; M01.54 G; M01.55 G; M01.56 G; M01.57 G; M01.58 G; M01.59 G; M01.6- G; M01.60 G; M01.61 G; M01.62 G; M01.63 G; M01.64 G; M01.65 G; M01.66 G; M01.67 G; M01.68 G; M01.69 G; M01.8- G; M01.80 G; M01.81 G; M01.82 G; M01.83 G; M01.84 G; M01.85 G; M01.86 G; M01.87 G; M01.88 G; M01.89 G; M03.0- G; M03.00 G; M03.01 G; M03.02 G; M03.03 G; M03.04 G; M03.05 G; M03.06 G; M03.07 G; M03.08 G; M03.09 G; M03.2- G; M03.20 G; M03.21 G; M03.22 G; M03.23 G; M03.24 G; M03.25 G; M03.26 G; M03.27 G; M03.28 G; M03.29 G; M35.4 G; M35.6 G; M35.7 G; M46.2- G; M46.20 G; M46.21 G; M46.22 G; M46.23 G; M46.24 G; M46.25 G; M46.26 G; M46.27 G; M46.28 G; M46.29 G; M86.0- G; M86.00 G; M86.01 G; M86.02 G; M86.03 G; M86.04 G; M86.05 G; M86.06 G; M86.07 G; M86.08 G; M86.09 G; M86.1- G; M86.10 G; M86.11 G; M86.12 G; M86.13 G; M86.14 G; M86.15 G; M86.16 G; M86.17 G; M86.18 G; M86.19 G; M86.2- G; M86.20 G; M86.21 G; M86.22 G; M86.23 G; M86.24 G; M86.25 G; M86.26 G; M86.27 G; M86.28 G; M86.29 G; M86.3- G; M86.30 G; M86.31 G; M86.32 G; M86.33 G; M86.34 G; M86.35 G; M86.36 G; M86.37 G; M86.38 G; M86.39 G; M86.4- G; M86.40 G; M86.41 G; M86.42 G; M86.43 G; M86.44 G; M86.45 G; M86.46 G; M86.47 G; M86.48 G; M86.49 G; M86.5- G; M86.50 G; M86.51 G; M86.52 G; M86.53 G; M86.54 G; M86.55 G; M86.56 G; M86.57 G; M86.58 G; M86.59 G; M86.6- G; M86.60 G; M86.61 G; M86.62 G; M86.63 G; M86.64 G; M86.65 G;		1

*Fortsetzung siehe nächst Seite*

## Amtliche Bekanntmachungen

Ifd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungs- Pau- schale
	<i>Fortsetzung</i> M86.66 G; M86.67 G; M86.68 G; M86.69 G; M86.8- G; M86.80 G; M86.81 G; M86.82 G; M86.83 G; M86.84 G; M86.85 G; M86.86 G; M86.87 G; M86.88 G; M86.89 G; M86.9- G; M86.90 G; M86.91 G; M86.92 G; M86.93 G; M86.94 G; M86.95 G; M86.96 G; M86.97 G; M86.98 G; M86.99 G; M87.0- G; M87.00 G; M87.01 G; M87.02 G; M87.03 G; M87.04 G; M87.05 G; M87.06 G; M87.07 G; M87.08 G; M87.09 G; M87.2- G; M87.20 G; M87.21 G; M87.22 G; M87.23 G; M87.24 G; M87.25 G; M87.26 G; M87.27 G; M87.28 G; M87.29 G; M87.3- G; M87.30 G; M87.31 G; M87.32 G; M87.33 G; M87.34 G; M87.35 G; M87.36 G; M87.37 G; M87.38 G; M87.39 G; M87.8- G; M87.80 G; M87.81 G; M87.82 G; M87.83 G; M87.84 G; M87.85 G; M87.86 G; M87.87 G; M87.88 G; M87.89 G; M87.9- G; M87.90 G; M87.91 G; M87.92 G; M87.93 G; M87.94 G; M87.95 G; M87.96 G; M87.97 G; M87.98 G; M87.99 G; M90.3- G; M90.30 G; M90.31 G; M90.32 G; M90.33 G; M90.34 G; M90.35 G; M90.36 G; M90.37 G; M90.38 G; M90.39 G; M90.4- G; M90.40 G; M90.41 G; M90.42 G; M90.43 G; M90.44 G; M90.45 G; M90.46 G; M90.47 G; M90.48 G; M90.49 G; M90.5- G; M90.50 G; M90.51 G; M90.52 G; M90.53 G; M90.54 G; M90.55 G; M90.56 G; M90.57 G; M90.58 G; M90.59 G		
18	Epilepsie G40.0- G; G40.00 G; G40.01 G; G40.02 G; G40.08 G; G40.09 G; G40.1 G; G40.2 G; G40.3 G; G40.4 G; G40.5 G; G40.6 G; G40.7 G; G40.8 G; G40.9 G		1
19	Erkrankungen / Verletzungen des Rückenmarks G11.0 G; G11.1 G; G11.2 G; G11.3 G; G11.8 G; G11.9 G; G13.0 G; G13.1 G; G13.2 G; G13.8 G; G83.4- G; G83.40 G; G83.41 G; G83.49 G; G95.0 G; G95.1 G; G95.2 G; G95.8- G; G95.80 G; G95.81 G; G95.82 G; G95.83 G; G95.84 G; G95.85 G; G95.88 G; G95.9 G; G97.81 G; G99.2 G; Q00.0 G; Q00.1 G; Q00.2 G; Q01.0 G; Q01.1 G; Q01.2 G; Q01.8 G; Q01.9 G; Q02 G; Q03.0 G; Q03.1 G; Q03.8 G; Q03.9 G; Q04.0 G; Q04.1 G; Q04.2 G; Q04.3 G; Q04.4 G; Q04.5 G; Q04.6 G; Q04.8 G; Q04.9 G; Q05.0 G; Q05.1 G; Q05.2 G; Q05.3 G; Q05.4 G; Q05.5 G; Q05.6 G; Q05.7 G; Q05.8 G; Q05.9 G; Q06.0 G; Q06.1 G; Q06.2 G; Q06.3 G; Q06.4 G; Q06.8 G; Q06.9 G; Q07.0 G; Q07.8 G; Q07.9 G; T91.3 G		1
20	Erworbene Erkrankungen der Herzklappen und rheumatische Herzerkrankungen I05.0 G; I05.1 G; I05.2 G; I05.8 G; I05.9 G; I06.0 G; I06.1 G; I06.2 G; I06.8 G; I06.9 G; I07.0 G; I07.1 G; I07.2 G; I07.8 G; I07.9 G; I08.0 G; I08.1 G; I08.2 G; I08.3 G; I08.8 G; I08.9 G; I34.0 G; I34.1 G; I34.2 G; I34.8- G; I34.80 G; I34.88 G; I34.9 G; I35.0 G; I35.1 G; I35.2 G; I35.8 G; I35.9 G; I36.0 G; I36.1 G; I36.2 G; I36.8 G; I36.9 G; I37.0 G; I37.1 G; I37.2 G; I37.8 G; I37.9 G; I38 G; I39.0 G; I39.1 G; I39.2 G; I39.3 G; I39.4 G; I39.8 G		1
21	Hämophilie D66 G; D67 G		2
22	Hautulkus (ohne Dekubitalulzera) L40.0 G; L40.1 G; L40.2 G; L40.3 G; L40.4 G; L40.5 G; L40.8 G; L40.9 G; L41.0 G; L41.1 G; L41.3 G; L41.4 G; L41.5 G; L41.8 G; L41.9 G; L88 G; L97 G; L98.4 G		2
23	Hemiplegie / Hemiparese G81.0 G; G81.1 G; G81.9 G		1
24	Herzinsuffizienz I11.0- G; I11.00 G; I11.01 G; I13.0- G; I13.00 G; I13.01 G; I13.2- G; I13.20 G; I13.21 G; I25.5 G; I26.0 G; I26.9 G; I27.0 G; I27.1 G; I27.2- G; I27.20 G; I27.28 G; I27.8 G; I27.9 G; I28.0 G; I42.0 G; I42.1 G; I42.2 G; I42.3 G; I42.4 G; I42.5 G; I42.6 G; I42.7 G; I42.8- G; I42.80 G; I42.88 G; I42.9 G; I43.0 G; I43.1 G; I43.2 G; I43.8 G; I46.0 G; I50.0- G; I50.00 G; I50.01 G; I50.1- G; I50.11 G; I50.12 G; I50.13 G; I50.14 G; I50.19 G; I50.9 G; I51.4 G; I51.5 G		1
25	Hypertensive Herz- und Nierenerkrankung oder Enzephalopathie I12.9- G; I12.90 G; I12.91 G; I13.9- G; I13.90 G; I13.91 G		1
26	Hypertonie bzw. Hypertensive Herzerkrankung I10.0- G; I10.00 G; I10.01 G; I10.1- G; I10.10 G; I10.11 G; I10.9- G; I10.90 G; I10.91 G; I11.9- G; I11.90 G; I11.91 G; I51.7 G		1

## Amtliche Bekanntmachungen

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungs- Pau- schale
27	Koma, Hirnödem / hypoxische Hirnschäden G93.80 G		3
28	Leberzirrhose K70.2 G; K70.3 G; K70.4 G; K71.7 G; K74.0 G; K74.1 G; K74.2 G; K74.3 G; K74.4 G; K74.5 G; K74.6 G		1
29	Morbus Parkinson und Chorea Huntington G10 G; G20.0- G; G20.00 G; G20.01 G; G20.1- G; G20.10 G; G20.11 G; G20.2- G; G20.20 G; G20.21 G; G20.9- G; G20.90 G; G20.91 G; G21.0 G; G21.1 G; G21.2 G; G21.3 G; G21.4 G; G21.8 G; G21.9 G; G22 G; G23.0 G; G23.1 G; G23.2 G; G23.8 G; G23.9 G; G24.0 G; G24.1 G; G24.2 G; G24.3 G; G24.4 G; G24.5 G; G24.8 G; G24.9 G; G25.0 G; G25.1 G; G25.2 G; G25.3 G; G25.4 G; G25.5 G; G25.6 G; G25.8- G; G25.80 G; G25.81 G; G25.88 G; G25.9 G; G26 G		1
30	Mukoviszidose E84.0 G; E84.1 G; E84.8- G; E84.80 G; E84.87 G; E84.88 G; E84.9 G		2
31	Multiple Sklerose G35.0 G; G35.1- G; G35.10 G; G35.11 G; G35.2- G; G35.20 G; G35.21 G; G35.3- G; G35.30 G; G35.31 G; G35.9 G; G36.0 G; G36.1 G; G36.8 G; G36.9 G; G37.0 G; G37.1 G; G37.2 G; G37.5 G; G37.8 G; G37.9 G		1
32	Muskeldystrophie G71.0 G; G71.2 G		2
33	Myelodysplastisches Syndrom und andere schwerwiegende hämatologische Erkrankungen C94.6- G; C94.60 G; C94.61 G; D45 G; D46.1 G; D46.2 G; D46.4 G; D46.5 G; D46.6 G; D46.7 G; D46.9 G; D60.0 G; D60.1 G; D60.8 G; D60.9 G; D61.0 G; D61.1- G; D61.10 G; D61.18 G; D61.19 G; D61.2 G; D61.3 G; D61.8 G; D61.9 G; D63.0 G; D63.8 G; D64.0 G; D64.1 G; D64.2 G; D64.3 G; D64.8 G		1
34	Myeloische Leukämie C92.0- G; C92.00 G; C92.01 G; C92.4- G; C92.40 G; C92.41 G; C92.5- G; C92.50 G; C92.51 G; C92.6- G; C92.60 G; C92.61 G; C92.8- G; C92.80 G; C92.81 G; C94.2- G; C94.20 G; C94.21 G; C94.4- G; C94.40 G; C94.41 G		3
35	Näher bezeichnete Arrhythmien I47.0 G; I47.1 G; I47.2 G; I48.0 G; I48.1 G; I49.0 G; I48.2 G; I48.3 G; I48.4 G; I48.9 G		1
36	Nephritis / Nierenfunktionsstörung N03.0 G; N03.1 G; N03.2 G; N03.3 G; N03.4 G; N03.5 G; N03.6 G; N03.7 G; N03.8 G; N03.9 G; N04.0 G; N04.1 G; N04.2 G; N04.3 G; N04.4 G; N04.5 G; N04.6 G; N04.7 G; N04.8 G; N04.9 G; N05.0 G; N05.1 G; N05.2 G; N05.3 G; N05.4 G; N05.5 G; N05.6 G; N05.7 G; N05.8 G; N05.9 G; N06.2 G; N06.3 G; N06.4 G; N06.5 G; N06.7 G; N07.0 G; N07.1 G; N07.2 G; N07.3 G; N07.4 G; N07.5 G; N07.6 G; N07.7 G; N07.8 G; N07.9 G; N08.0 G; N08.1 G; N08.2 G; N08.3 G; N08.4 G; N08.5 G; N08.8 G; N10 G; N11.0 G; N11.1 G; N11.8 G; N11.9 G; N12 G; N14.0 G; N14.1 G; N14.2 G; N14.3 G; N14.4 G; N15.0 G; N15.8 G; N15.9 G; N16.0 G; N16.1 G; N16.2 G; N16.3 G; N16.4 G; N16.8 G; N25.0 G; N25.1 G; N25.8 G; N25.9 G; N27.1 G; N27.9 G		1
37	Nicht postmenopausale Osteoporose M81.2- G; M81.20 G; M81.21 G; M81.22 G; M81.23 G; M81.24 G; M81.25 G; M81.26 G; M81.27 G; M81.28 G; M81.29 G; M81.4- G; M81.40 G; M81.41 G; M81.42 G; M81.43 G; M81.44 G; M81.45 G; M81.46 G; M81.47 G; M81.48 G; M81.49 G; M81.5- G; M81.50 G; M81.51 G; M81.52 G; M81.53 G; M81.54 G; M81.55 G; M81.56 G; M81.57 G; M81.58 G; M81.59 G; M81.6- G; M81.60 G; M81.65 G; M81.66 G; M81.67 G; M81.69 G; M81.8- G; M81.80 G; M81.81 G; M81.82 G; M81.83 G; M81.84 G; M81.85 G; M81.86 G; M81.87 G; M81.88 G; M81.89 G; M81.9- G; M81.90 G; M81.91 G; M81.92 G; M81.93 G; M81.94 G; M81.95 G; M81.96 G; M81.97 G; M81.98 G; M81.99 G; M82.0- G; M82.00 G; M82.01 G; M82.02 G; M82.03 G; M82.04 G; M82.05 G; M82.06 G; M82.07 G; M82.08 G; M82.09 G; M82.1- G; M82.10 G; M82.11 G; M82.12 G; M82.13 G; M82.14 G; M82.15 G; M82.16 G; M82.17 G; M82.18 G; M82.19 G; M82.8- G; M82.80 G; M82.81 G; M82.82 G; M82.83 G; M82.84 G; M82.85 G; M82.86 G; M82.87 G; M82.88 G; M82.89 G		1

## Amtliche Bekanntmachungen

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungs- Pau- schale
38	Nierenversagen I12.0- G; I12.00 G; I12.01 G; I13.1- G; I13.10 G; I13.11 G; N18.1 G; N18.2 G; N18.3 G; N18.8- G; N18.80 G; N18.89 G; N18.9 G; N19 G; Q61.1 G		1
39	Osteoarthritis der Hüfte oder des Knies M16.0 G; M16.1 G; M16.2 G; M16.3 G; M16.4 G; M16.5 G; M16.6 G; M16.7 G; M16.9 G; M17.0 G; M17.1 G; M17.2 G; M17.3 G; M17.4 G; M17.5 G; M17.9 G; M19.05 G; M19.25 G; M19.85 G; M19.95 G		1
40	Periphere Gefäßerkrankungen I73.1 G; I73.8 G; I77.0 G; I77.1 G; I77.2 G; I77.3 G; I77.4 G; I77.5 G; I77.6 G; I79.2 G; I79.8 G		1
41	Polyneuropathie G60.0 G; G60.1 G; G60.2 G; G60.3 G; G60.8 G; G60.9 G; G61.0 G; G61.1 G; G61.8 G; G61.9 G; G62.0 G; G62.1 G; G62.2 G; G62.8- G; G62.80 G; G62.88 G; G62.9 G; G63.0 G; G63.1 G; G63.3 G; G63.4 G; G63.5 G; G63.6 G; G63.8 G; G64 G; G71.1 G; G71.3 G; G71.8 G; G71.9 G; G72.0 G; G72.1 G; G72.2 G; G72.3 G; G72.4 G; G72.8- G; G72.80 G; G72.88 G; G72.9 G; G73.4 G; G73.5 G; G73.6 G; G73.7 G		1
42	Postmenopausale Osteoporose M81.0 G; M81.00 G; M81.01 G; M81.02 G; M81.03 G; M81.04 G; M81.05 G; M81.06 G; M81.07 G; M81.08 G; M81.09 G; M81.1- G; M81.10 G; M81.11 G; M81.12 G; M81.13 G; M81.14 G; M81.15 G; M81.16 G; M81.17 G; M81.18 G; M81.19 G; M81.3- G; M81.30 G; M81.31 G; M81.32 G; M81.33 G; M81.34 G; M81.35 G; M81.36 G; M81.37 G; M81.38 G; M81.39 G		1
43	Quadriplegie, andere ausgeprägte Lähmungen G12.0 G; G12.1 G; G12.2 G; G12.8 G; G12.9 G; G82.30 G; G82.32 G; G82.40 G; G82.42 G; G82.50 G; G82.52 G; G83.80 G		2
44	Querschnittslähmung G11.4 G; G80.1 G; G82.0- G; G82.00 G; G82.01 G; G82.02 G; G82.03 G; G82.09 G; G82.1- G; G82.10 G; G82.11 G; G82.12 G; G82.13 G; G82.19 G; G82.2- G; G82.20 G; G82.21 G; G82.22 G; G82.23 G; G82.29 G; G82.6- G; G82.60 G; G82.61 G; G82.62 G; G82.63 G; G82.64 G; G82.65 G; G82.66 G; G82.67 G; G82.69 G		2
45	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebserkrankungen M05.0- G; M05.00 G; M05.01 G; M05.02 G; M05.03 G; M05.04 G; M05.05 G; M05.06 G; M05.07 G; M05.08 G; M05.09 G; M05.1- G; M05.10 G; M05.11 G; M05.12 G; M05.13 G; M05.14 G; M05.15 G; M05.16 G; M05.17 G; M05.18 G; M05.19 G; M05.2- G; M05.20 G; M05.21 G; M05.22 G; M05.23 G; M05.24 G; M05.25 G; M05.26 G; M05.27 G; M05.28 G; M05.29 G; M05.3- G; M05.30 G; M05.31 G; M05.32 G; M05.33 G; M05.34 G; M05.35 G; M05.36 G; M05.37 G; M05.38 G; M05.39 G; M05.8- G; M05.80 G; M05.81 G; M05.82 G; M05.83 G; M05.84 G; M05.85 G; M05.86 G; M05.87 G; M05.88 G; M05.89 G; M05.9- G; M05.90 G; M05.91 G; M05.92 G; M05.93 G; M05.94 G; M05.95 G; M05.96 G; M05.97 G; M05.98 G; M05.99 G; M06.0- G; M06.00 G; M06.01 G; M06.02 G; M06.03 G; M06.04 G; M06.05 G; M06.06 G; M06.07 G; M06.08 G; M06.09 G; M06.1- G; M06.10 G; M06.11 G; M06.12 G; M06.13 G; M06.14 G; M06.15 G; M06.16 G; M06.17 G; M06.18 G; M06.19 G; M06.2- G; M06.20 G; M06.21 G; M06.22 G; M06.23 G; M06.24 G; M06.25 G; M06.26 G; M06.27 G; M06.28 G; M06.29 G; M06.3- G; M06.30 G; M06.31 G; M06.32 G; M06.33 G; M06.34 G; M06.35 G; M06.36 G; M06.37 G; M06.38 G; M06.39 G; M06.4- G; M06.40 G; M06.41 G; M06.42 G; M06.43 G; M06.44 G; M06.45 G; M06.46 G; M06.47 G; M06.48 G; M06.49 G; M06.8- G; M06.80 G; M06.81 G; M06.82 G; M06.83 G; M06.84 G; M06.85 G; M06.86 G; M06.87 G; M06.88 G; M06.89 G; M06.9- G; M06.90 G; M06.91 G; M06.92 G; M06.93 G; M06.94 G; M06.95 G; M06.96 G; M06.97 G; M06.98 G; M06.99 G; M08.0- G; M08.00 G; M08.01 G; M08.02 G; M08.03 G; M08.04 G; M08.05 G; M08.06 G; M08.07 G; M08.08 G; M08.09 G; M08.1- G; M08.10 G; M08.11 G; M08.12 G; M08.13 G; M08.14 G; M08.15 G; M08.16 G; M08.17 G; M08.18 G; M08.19 G; M08.2- G; M08.20 G; M08.21 G; M08.22 G; M08.23 G; M08.24 G; M08.25 G; M08.26 G; M08.27 G; M08.28 G;  <i style="text-align: right;">Fortsetzung siehe nächste Seite</i>		1

## Amtliche Bekanntmachungen

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungspauschale
	<p><i>Fortsetzung</i></p> <p>M08.29 G; M08.3 G; M08.4- G; M08.40 G; M08.41 G; M08.42 G; M08.43 G; M08.44 G; M08.45 G; M08.46 G; M08.47 G; M08.48 G; M08.49 G; M08.7- G; M08.70 G; M08.71 G; M08.72 G; M08.73 G; M08.74 G; M08.75 G; M08.76 G; M08.77 G; M08.78 G; M08.79 G; M08.8- G; M08.80 G; M08.81 G; M08.82 G; M08.83 G; M08.84 G; M08.85 G; M08.86 G; M08.87 G; M08.88 G; M08.89 G; M08.9- G; M08.90 G; M08.91 G; M08.92 G; M08.93 G; M08.94 G; M08.95 G; M08.96 G; M08.97 G; M08.98 G; M08.99 G; M09.0- G; M09.00 G; M09.01 G; M09.02 G; M09.03 G; M09.04 G; M09.05 G; M09.06 G; M09.07 G; M09.08 G; M09.09 G; M09.1- G; M09.10 G; M09.11 G; M09.12 G; M09.13 G; M09.14 G; M09.15 G; M09.16 G; M09.17 G; M09.18 G; M09.19 G; M09.2- G; M09.20 G; M09.21 G; M09.22 G; M09.23 G; M09.24 G; M09.25 G; M09.26 G; M09.27 G; M09.28 G; M09.29 G; M09.8- G; M09.80 G; M09.81 G; M09.82 G; M09.83 G; M09.84 G; M09.85 G; M09.86 G; M09.87 G; M09.88 G; M09.89 G; M12.3- G; M12.30 G; M12.31 G; M12.32 G; M12.33 G; M12.34 G; M12.35 G; M12.36 G; M12.37 G; M12.38 G; M12.39 G; M30.0 G; M30.1 G; M30.2 G; M30.3 G; M30.8 G; M31.0 G; M31.1 G; M31.2 G; M31.3 G; M31.4 G; M31.5 G; M31.6 G; M31.7 G; M31.8 G; M31.9 G; M32.0 G; M32.1 G; M32.8 G; M32.9 G; M33.0 G; M33.1 G; M33.2 G; M33.9 G; M34.0 G; M34.1 G; M34.2 G; M34.8 G; M34.9 G; M35.0 G; M35.1 G; M35.2 G; M35.3 G; M35.5 G; M35.8 G; M35.9 G; M36.0 G; M36.8 G; M45.0- G; M45.00 G; M45.01 G; M45.02 G; M45.03 G; M45.04 G; M45.05 G; M45.06 G; M45.07 G; M45.08 G; M45.09 G; M46.0- G; M46.00 G; M46.01 G; M46.02 G; M46.03 G; M46.04 G; M46.05 G; M46.06 G; M46.07 G; M46.08 G; M46.09 G; M46.8- G; M46.80 G; M46.81 G; M46.82 G; M46.83 G; M46.84 G; M46.85 G; M46.86 G; M46.87 G; M46.88 G; M46.89 G; M46.9- G; M46.90 G; M46.91 G; M46.92 G; M46.93 G; M46.94 G; M46.95 G; M46.96 G; M46.97 G; M46.98 G; M46.99 G; M49.3- G; M49.30 G; M49.31 G; M49.32 G; M49.33 G; M49.34 G; M49.35 G; M49.36 G; M49.37 G; M49.38 G; M49.39 G; M49.4- G; M49.40 G; M49.41 G; M49.42 G; M49.43 G; M49.44 G; M49.45 G; M49.46 G; M49.47 G; M49.48 G; M49.49 G; M49.8- G; M49.80 G; M49.81 G; M49.82 G; M49.83 G; M49.84 G; M49.85 G; M49.86 G; M49.87 G; M49.88 G; M49.89 G</p>		
46	Schädlicher Gebrauch von Alkohol / Drogen ohne Abhängigkeitssyndrom F10.0 G; F10.1 G	Nicht abrechenbar, wenn Alkohol- oder Drogen- abhängigkeit	1
47	schwere Stoffwechselstörungen / Adipositas E20.0 G; E20.1 G; E20.8 G; E20.9 G; E21.0 G; E21.1 G; E21.2 G; E21.3 G; E21.4 G; E21.5 G; E22.0 G; E22.1 G; E22.2 G; E22.8 G; E22.9 G; E23.0 G; E23.1 G; E23.2 G; E23.3 G; E23.6 G; E23.7 G; E31.0 G; E31.1 G; E31.8 G; E31.9 G; E32.0 G; E32.1 G; E32.8 G; E32.9 G; E66.01 G; E66.02 G; E66.11 G; E66.12 G; E66.21 G; E66.22 G; E66.81 G; E66.82 G; E66.91 G; E66.92 G; E70.2 G; E70.3 G; E70.8 G; E70.9 G; E71.0 G; E71.1 G; E71.2 G; E71.3 G; E72.0 G; E72.1 G; E72.2 G; E72.3 G; E72.4 G; E72.5 G; E72.8 G; E72.9 G; E74.0 G; E74.1 G; E74.2 G; E74.3 G; E74.4 G; E74.8 G; E74.9 G; E75.0 G; E75.1 G; E75.3 G; E75.4 G; E75.5 G; E75.6 G; E76.0 G; E76.1 G; E76.2 G; E76.3 G; E76.8 G; E76.9 G; E77.0 G; E77.1 G; E77.8 G; E77.9 G; E80.0 G; E80.1 G; E80.2 G; E80.3 G; E83.0 G; E83.1 G; E83.3- G; E83.30 G; E83.31 G; E83.38 G; E83.39 G; E88.0 G; Q89.1 G; Q89.2 G		1
48	Schwerwiegende Komplikationen K52.0 G; K62.7 G		1
49	Sonstige Gerinnungsstörungen D65.0 G; D65.1 G; D65.2 G; D65.9 G; D68.0 G; D68.1 G; D68.2- G; D68.20 G; D68.21 G; D68.22 G; D68.23 G; D68.24 G; D68.25 G; D68.26 G; D68.28 G; D68.3- G; D68.30 G; D68.31 G; D68.32 G; D68.38 G; D68.4 G; D68.5 G; D68.6 G; D68.8 G; D68.9 G; D69.0 G; D69.1 G; D69.2 G; D69.3 G; D69.4- G; D69.40 G; D69.41 G; D69.5- G; D69.52 G; D69.53 G; D69.57 G; D69.58 G; D69.59 G; D69.6- G; D69.60 G; D69.61 G; D69.8 G; D69.9 G		1

## Amtliche Bekanntmachungen

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungspauschale
50	Spinalkanalstenose M48.0- G; M48.00 G; M48.01 G; M48.02 G; M48.03 G; M48.04 G; M48.05 G; M48.06 G; M48.07 G; M48.08 G; M48.09 G; M99.2- G; M99.20 G; M99.21 G; M99.22 G; M99.23 G; M99.24 G; M99.29 G; M99.3- G; M99.30 G; M99.31 G; M99.32 G; M99.33 G; M99.34 G; M99.39 G; M99.4- G; M99.40 G; M99.41 G; M99.42 G; M99.43 G; M99.44 G; M99.49 G; M99.5- G; M99.50 G; M99.51 G; M99.52 G; M99.53 G; M99.59 G; M99.6- G; M99.60 G; M99.61 G; M99.62 G; M99.63 G; M99.64 G; M99.69 G; M99.7- G; M99.70 G; M99.71 G; M99.72 G; M99.73 G; M99.74 G; M99.79 G		1
51	interstitielle Lungenkrankheiten J84.0 G; J84.1 G; J84.8 G; J84.9 G; J99.0 G; J99.1 G; J99.8 G		1
52	Terminale Lebererkrankung I85.9 G; I98.2 G; K72.1 G; K76.7 G; K77.8 G		1
53	Traumatische Amputation S48.0 G; S48.1 G; S48.9 G; S58.0 G; S58.1 G; S58.9 G; S68.0 G; S68.1 G; S68.2 G; S68.3 G; S68.4 G; S68.8 G; S68.9 G; S78.0 G; S78.1 G; S78.9 G; S88.0 G; S88.1 G; S88.9 G; S98.0 G; S98.1 G; S98.2 G; S98.3 G; S98.4 G; T05.0 G; T05.1 G; T05.2 G; T05.3 G; T05.4 G; T05.5 G; T05.6 G; T05.8 G; T05.9 G; T11.6 G; T13.6 G; T87.0 G; T87.1 G; T87.2 G; T87.3 G; T87.4 G; T87.5 G; T87.6 G		1
54	Wirbelkörperfrakturen M48.4- G; M48.40 G; M48.41 G; M48.42 G; M48.43 G; M48.44 G; M48.45 G; M48.46 G; M48.47 G; M48.48 G; M48.49 G; M48.5- G; M48.50 G; M48.51 G; M48.52 G; M48.53 G; M48.54 G; M48.55 G; M48.56 G; M48.57 G; M48.58 G; M48.59 G; M49.5- G; M49.50 G; M49.51 G; M49.52 G; M49.53 G; M49.54 G; M49.55 G; M49.56 G; M49.57 G; M49.58 G; M49.59 G		1
55	Arthritis psoriatica M07.0- G; M07.00 G; M07.04 G; M07.07 G; M07.09 G; M07.1- G; M07.10 G; M07.11 G; M07.12 G; M07.13 G; M07.14 G; M07.15 G; M07.16 G; M07.17 G; M07.18 G; M07.19 G; M07.2 G; M07.3- G; M07.30 G; M07.31 G; M07.32 G; M07.33 G; M07.34 G; M07.35 G; M07.36 G; M07.37 G; M07.38 G; M07.39 G		1
56	Entwicklungsstörungen/Störungen des Sozialverhaltens F90.0 G; F90.1 G; F90.8 G; F90.9 G; F91.0 G; F91.1 G; F91.2 G; F91.3 G; F91.8 G; F91.9 G; F92.0 G; F92.8 G; F92.9 G; F94.0 G; F94.1 G; F94.2 G; F94.8 G; F94.9 G; F95.0 G; F95.1 G; F95.2 G; F95.8 G; F95.9 G; F98.0 G; F98.1 G; F98.2 G; F98.3 G; F98.4 G; F98.5 G; F98.6 G; F98.8 G; F98.9 G		1
57	Chronischer Schmerz F45.4- G; F45.40 G; F45.41 G; R52.1 G; R52.2 G		1
58	Transplantation K93.2- G; K93.21 G; K93.22 G; K93.23 G; K93.24 G; L99.1- G; L99.11 G; L99.12 G; L99.13 G; L99.14 G; N16.5 G; T86.0- G; T86.00 G; T86.01 G; T86.02 G; T86.03 G; T86.04 G; T86.09 G; T86.1- G; T86.10 G; T86.11 G; T86.12 G; T86.19 G; T86.2 G; T86.3 G; T86.5- G; T86.50 G; T86.51 G; T86.52 G; T86.59 G; T86.8- G; T86.81 G; T86.82 G; T86.83 G; T86.88 G; T86.9 G; Z94.0 G; Z94.1 G; Z94.2 G; Z94.3 G; Z94.5 G; Z94.6 G; Z94.7 G; Z94.8- G; Z94.80 G; Z94.81 G; Z94.88 G; Z94.9 G		2
59	Non-Hodgkin-Lymphom, Morbus Hodgkin, lymphatische Leukämie, Multiples Myelom C81.0 G; C81.1 G; C81.2 G; C81.3 G; C81.4 G; C81.7 G; C81.9 G; C88.0- G; C88.00 G; C88.01 G; C88.2- G; C88.20 G; C88.21 G; C88.3- G; C88.30 G; C88.31 G; C88.4- G; C88.40 G; C88.41 G; C88.7- G; C88.70 G; C88.71 G; C88.9- G; C88.90 G; C88.91 G; C90.0- G; C90.00 G; C90.01 G; C90.1- G; C90.10 G; C90.11 G; C90.2- G; C90.20 G; C90.21 G; C90.3- G; C90.30 G; C90.31 G; C91.0- G; C91.00 G; C91.01 G; C91.1- G; C91.10 G; C91.11 G; C91.3- G; C91.30 G; C91.31 G; C91.4- G; C91.40 G; C91.41 G; C91.5- G; C91.50 G; C91.51 G; C91.6- G; C91.60 G; C91.61 G; C91.7- G; C91.70 G; C91.71 G; C91.9- G; C91.90 G; C91.91 G; C93.0- G; C93.00 G; C93.01 G; C94.0- G; C94.00 G; C94.01 G; C94.3- G; C94.30 G; C94.31 G; C95.0- G; C95.00 G; C95.01 G; C95.1- G; C95.10 G; C95.11 G; C95.7- G; C95.70 G; C95.71 G; C95.8 G; C95.9- G; C95.90 G; C95.91 G; C96.5 G; C96.6 G; D47.1 G; D47.4 G		2

## Amtliche Bekanntmachungen

lfd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungs- Pau- schale
60	Metastasen bei anderen benannten Malignomen C77.0 G; C77.1 G; C77.2 G; C77.3 G; C77.4 G; C77.5 G; C77.8 G; C77.9 G; C78.0 G; C78.1 G; C78.2 G; C78.3 G; C78.4 G; C78.5 G; C78.6 G; C78.7 G; C78.8 G; C79.0 G; C79.1 G; C79.2 G; C79.3 G; C79.4 G; C79.5 G; C79.6 G; C79.7 G; C79.8- G; C79.81 G; C79.82 G; C79.83 G; C79.84 G; C79.88 G		2
61	solide Tumore C00.0 G; C00.1 G; C00.2 G; C00.3 G; C00.4 G; C00.5 G; C00.6 G; C00.8 G; C00.9 G; C09.0 G; C09.1 G; C09.8 G; C09.9 G; C10.0 G; C10.1 G; C10.2 G; C10.3 G; C10.4 G; C10.8 G; C10.9 G; C11.0 G; C11.1 G; C11.2 G; C11.3 G; C11.8 G; C11.9 G; C12 G; C13.0 G; C13.1 G; C13.2 G; C13.8 G; C13.9 G; C14.0 G; C14.2 G; C14.8 G; C16.0 G; C16.1 G; C16.2 G; C16.3 G; C16.4 G; C16.5 G; C16.6 G; C16.8 G; C16.9 G; C17.0 G; C17.1 G; C17.2 G; C17.3 G; C17.8 G; C17.9 G; C18.0 G; C18.1 G; C18.2 G; C18.3 G; C18.4 G; C18.5 G; C18.6 G; C18.7 G; C18.8 G; C18.9 G; C19 G; C20 G; C21.0 G; C21.1 G; C21.2 G; C21.8 G; C23 G; C24.0 G; C24.1 G; C24.8 G; C24.9 G; C25.0 G; C25.1 G; C25.2 G; C25.3 G; C25.4 G; C25.7 G; C25.8 G; C25.9 G; C26.0 G; C26.1 G; C26.8 G; C26.9 G; C30.0 G; C30.1 G; C31.0 G; C31.1 G; C31.2 G; C31.3 G; C31.8 G; C31.9 G; C37 G; C38.0 G; C38.1 G; C38.2 G; C38.3 G; C38.8 G; C39.0 G; C39.8 G; C39.9 G; C40.0 G; C40.1 G; C40.2 G; C40.3 G; C40.8 G; C40.9 G; C41.0- G; C41.01 G; C41.02 G; C41.1 G; C41.2 G; C41.3- G; C41.30 G; C41.31 G; C41.32 G; C41.4 G; C41.8 G; C41.9 G; C45.1 G; C45.2 G; C45.7 G; C45.9 G; C47.0 G; C47.1 G; C47.2 G; C47.3 G; C47.4 G; C47.5 G; C47.6 G; C47.8 G; C47.9 G; C48.0 G; C48.1 G; C48.2 G; C48.8 G; C49.0 G; C49.1 G; C49.2 G; C49.3 G; C49.4 G; C49.5 G; C49.6 G; C49.8 G; C49.9 G; C50.0 G; C50.1 G; C50.2 G; C50.3 G; C50.4 G; C50.5 G; C50.6 G; C50.8 G; C50.9 G; C54.0 G; C54.1 G; C54.2 G; C54.3 G; C54.8 G; C54.9 G; C55 G; C56 G; C57.0 G; C57.1 G; C57.2 G; C57.3 G; C57.4 G; C58 G; C60.0 G; C60.1 G; C60.2 G; C60.8 G; C60.9 G; C61 G; C62.0 G; C62.1 G; C62.9 G; C63.0 G; C63.1 G; C63.2 G; C63.7 G; C63.8 G; C63.9 G; C64 G; C65 G; C76.0 G; C76.1 G; C76.2 G; C76.3 G; C76.4 G; C76.5 G; C76.7 G; C76.8 G; C79.9 G; C80.0 G; C80.9 G; C97 G; D05.1 G; D37.0 G; D37.1 G; D37.2 G; D37.3 G; D37.4 G; D37.5 G; D37.6 G; D37.7- G; D37.70 G; D37.78 G; D37.9 G; D39.0 G; D39.1 G; D39.2 G; D39.7 G; D39.9 G; D40.0 G; D40.1 G; D40.7 G; D40.9 G; D41.0 G; D41.1 G; D41.2 G; D41.3 G; D41.4 G; D41.7 G; D41.9 G; D42.0 G; D42.1 G; D42.9 G; D43.0 G; D43.1 G; D43.2 G; D43.3 G; D43.4 G; D43.7 G; D43.9 G; D44.0 G; D44.1 G; D44.2 G; D44.3 G; D44.4 G; D44.5 G; D44.6 G; D44.7 G; D44.8 G; D44.9 G; D47.0 G; D47.2 G; D47.3 G; D47.5 G; D47.7 G; D47.9 G; D48.0 G; D48.1 G; D48.2 G; D48.3 G; D48.4 G; D48.5 G; D48.6 G; D48.7 G; D48.9 G; L94.5 G; Q85.0 G; Q85.1 G; Q85.8 G; Q85.9 G		1
62	Unerwünschte Wirkung von Medikamenten E89.0 G; E89.1 G; E89.2 G; E89.3 G; E89.4 G; E89.5 G; E89.6 G; E89.8 G; E89.9 G; T88.0 G; T88.1 G; T88.3 G		1
63	Sonstige Pneumonien J10.0 G; J11.0 G; J12.0 G; J12.1 G; J12.2 G; J12.3 G; J12.8 G; J12.9 G; J13 G; J15.3 G; J15.4 G; J15.7 G; J15.8 G; J15.9 G; J16.0 G; J16.8 G; J17.0 G; J17.1 G; J17.2 G; J17.8 G; J18.0 G; J18.1 G; J18.2 G; J18.8 G; J18.9 G; U04.9 G		1
64	Akute und nicht näher bezeichnete respiratorische Insuffizienz, Lungenabszess J85.0 G; J85.1 G; J85.2 G; J85.3 G; J86.0 G; J86.9 G		1
65	Schwerwiegende bakterielle Infektionen der Unterhaut und des Fettgewebes L00.0 G; L00.1 G; L01.0 G; L01.1 G; L02.0 G; L02.1 G; L02.2 G; L02.3 G; L02.4 G; L02.8 G; L02.9 G; L03.0- G; L03.01 G; L03.02 G; L03.1- G; L03.10 G; L03.11 G; L03.2 G; L03.3 G; L03.8 G; L03.9 G; L04.0 G; L04.1 G; L04.2 G; L04.3 G; L04.8 G; L04.9 G; L05.0 G; L05.9 G; L08.0 G; L08.1 G; L08.8 G; L08.9 G; N49.80 G; N76.80 G		1
66	Sonstige pathologische Frakturen M80.03 G; M80.05 G; M80.06 G; M80.08 G; M80.13 G; M80.15 G; M80.16 G; M80.18 G; M80.23 G; M80.25 G; M80.26 G; M80.28 G; M80.33 G; M80.35 G; M80.36 G; M80.38 G; M80.43 G; M80.45 G; M80.46 G; M80.48 G; M80.53 G; M80.55 G; M80.56 G; M80.58 G; M80.83 G; M80.85 G; M80.86 G; M80.88 G; M80.93 G; M80.95 G; M80.96 G; M80.98 G; M84.43 G; M84.45 G; M84.46 G; M84.48 G; M90.73 G; M90.75 G; M90.76 G; M90.78 G		1

Ifd. Nr	Indikationsgruppe/ Diagnose	Abrechnungsausschluss [Anlage 4 Abs. 5]	Betreuungs- Pau- schale
67	Nephritis und Nierenfunktionsstörung N00.0 G; N00.1 G; N00.2 G; N00.3 G; N00.4 G; N00.5 G; N00.6 G; N00.7 G; N00.8 G; N00.9 G; N01.0 G; N01.1 G; N01.2 G; N01.3 G; N01.4 G; N01.5 G; N01.6 G; N01.7 G; N01.8 G; N01.9 G		1
68	Schwangerschaft O10.0 G; O10.1 G; O10.2 G; O10.3 G; O10.4 G; O10.9 G; O11 G; O12.0 G; O12.1 G; O12.2 G; O13 G; O14.0 G; O14.1 G; O14.2 G; O14.9 G; O15.0 G; O15.9 G; O16 G; O22.3 G; O22.5 G; O29.0 G; O29.1 G; O29.2 G; O29.3 G; O29.4 G; O29.5 G; O29.6 G; O29.8 G; O29.9 G; O35.0 G; O35.1 G; O35.2 G; O35.3 G; O35.4 G; O35.5 G; O35.6 G; O35.7 G; O35.8 G; O35.9 G; O36.0 G; O36.1 G; O36.2 G; O36.3 G; O36.4 G; O36.5 G; O36.6 G; O36.8 G; O36.9 G; O43.0 G; O43.1 G; O43.8 G; O43.9 G		1
69	Angina pectoris I20.1 G; I20.8 G; I20.9 G		1
70	Myositis M60.0- G; M60.00 G; M60.01 G; M60.02 G; M60.03 G; M60.04 G; M60.05 G; M60.06 G; M60.07 G; M60.08 G; M60.09 G; M60.1- G; M60.10 G; M60.11 G; M60.12 G; M60.13 G; M60.14 G; M60.15 G; M60.16 G; M60.17 G; M60.18 G; M60.19 G; M60.2- G; M60.20 G; M60.21 G; M60.22 G; M60.23 G; M60.24 G; M60.25 G; M60.26 G; M60.27 G; M60.28 G; M60.29 G		1

### Anlage 3 Abrechnungsausschlüsse zum Strukturvertrag gemäß § 73a SGB V zur Weiterentwicklung der Strukturen für Patienten mit erhöhtem Versorgungsbedarf (Hausärzte-Strukturvertrag)

**Stand: 01.10.2014**

Leistungen nach diesem Vertrag (vgl. § 3 Abs. 2 des Hauptvertrages) können nicht abgerechnet werden, wenn durch den Vertragsarzt für den in Frage kommenden Patienten für das gleiche

Quartal bereits vergleichbare Leistungen (vgl. § 3 Abs. 2 des Hauptvertrages) aus einem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b SGB V abgerechnet werden (Abrechnungsausschlüsse).

Zur Berücksichtigung dieser Abrechnungsausschlüsse und somit zur Vermeidung von Doppelabrechnungen erfolgt im Rahmen einer Regelwerksprüfung ein automatischer quartalsweiser Abgleich zwischen den von der AOK Rheinland/Hamburg zur Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung gemeldeten Versicherten und Ärzte (gemäß den Satzarten des jeweils gültigen Vertrages zur Ermittlung des zu bereinigenden Behandlungsbedarfs) und den für die Abrechnung nach diesem Vertrag in Frage kommenden Patienten durch die KV Nordrhein.

#### Leistungen aus dem „Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V“ zwischen der AOK Rheinland/Hamburg – Die Gesundheitskasse und dem Hausärzteverband Nordrhein e.V. (HzV-HÄV), die zu einem Abrechnungsausschluss nach § 4 Abs. 2 dieses Vertrages führen

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt
<b>Altersgestaffelte Kontaktabhängige Pauschale (Grundpauschale)</b> Altersstufe A: 0-5 Altersstufe B: 6-59 Altersstufe C: > 60	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hausärztliche Versorgung des Patienten gemäß Anhang 1 des HzV-HÄV („EBM-Ziffernkranz“) zur Anlage 3 des HzV-HÄV ohne Berücksichtigung der im Abschnitt „Einzelleistungen“ aufgeführten Leistungen des HzV-HÄV sowie der Leistungen im Rahmen der organisierten Notfallversorgung</li> <li>• Information der Versicherten zur HzV sowie die Abwicklung und Koordination der besonderen hausärztlichen Versorgung gemäß § 3 des HzV-HÄV</li> <li>• Weitergabe von Informationsmaterial, z. B. im Rahmen von ergänzenden Versorgungsprogrammen</li> </ul>

## Amtliche Bekanntmachungen

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt
<b>Kontaktabhängige Pauschale für die hausärztliche Betreuung von Palliativpatienten</b>	Betreuung von Patienten mit einer Palliativkrankung gem. Definition der WHO: Ein Palliativpatient im Sinne der Anlage 3 des HzV-HÄV ist derjenige Patient, der gemäß Definition der WHO und der Deutschen Gesellschaft für Palliativmedizin mit einer (progredienten) voranschreitenden weit fortgeschrittenen Erkrankung und einer begrenzten Lebenserwartung zu der Zeit, in der die Erkrankung nicht mehr auf eine kurative Behandlung anspricht und die Beherrschung von Schmerzen, anderen Krankheitsbeschwerden, psychologischen, sozialen und spirituellen Problemen höchste Priorität besitzt. Primäre Zielsetzung ist die Lebensqualitätserhaltung bzw. –steigerung im finalen Krankheitsstadium
<b>P 3.1 Zuschlag für die Betreuung chronisch kranker Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Betreuung von chronisch kranken Patienten</b> Ein chronisch kranker Patient im Sinne der <b>Anlage 3</b> des HzV-HÄV ist derjenige Patient, der <b>eine</b> der Erkrankungen hat, die zu den im mRSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört <b>sowie</b> für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 in der jeweils geltenden Fassung gemäß <a href="http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_Klassifikationsmodell_2012.html">http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_Klassifikationsmodell_2012.html</a> im Abrechnungsquartal übermittelt wurde</li> </ul>
<b>P 3.2 Zuschlag für die Betreuung multimorbider Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Betreuung von multimorbid kranken Patienten</b> Ein multimorbid kranker Patient im Sinne der <b>Anlage 3</b> des HzV-HÄV ist derjenige Patient, der <b>zwei</b> der Erkrankungen hat, die zu den im mRSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört <b>sowie</b> für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 in der jeweils geltenden Fassung gemäß <a href="http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_Klassifikationsmodell_2012.html">http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_Klassifikationsmodell_2012.html</a> im Abrechnungsquartal übermittelt wurde</li> </ul>
<b>P 3.3 Zuschlag für die Betreuung multimorbider Patienten</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Betreuung von multimorbid kranken Patienten</b> Ein multimorbid kranker Patient im Sinne der <b>Anlage 3</b> des HzV-HÄV ist derjenige Patient, der mindestens <b>drei</b> der Erkrankungen hat, die zu den im mRSA aufgeführten 80 Diagnosegruppen gehört <b>sowie</b> für den zu diesem Krankheitsbild mindestens eine definierte, gesicherte und endstellige Diagnose nach ICD-10 in der jeweils geltenden Fassung gemäß <a href="http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_Klassifikationsmodell_2012.html">http://www.bundesversicherungsamt.de/nn_1046668/DE/Risikostrukturausgleich/Festlegungen/Festlegung_Klassifikationsmodell_2012.html</a> im Abrechnungsquartal übermittelt wurde</li> </ul>
<b>Überleitungsmanagement (telefonisch)</b>	<p>Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HzV-HÄV (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• telefonischer Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1-mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung</li> <li>• Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung</li> <li>• Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha- Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt)</li> </ul>
<b>Überleitungsmanagement (persönlich)</b>	<p>Umsetzung der Anforderungen aus § 3 Abs. 4 g) des HzV-HÄV (wie Überprüfung der Entlassungsmedikation und Einleitung erforderlicher Maßnahmen)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• persönlicher Kontakt mit dem behandelnden Krankenhausarzt mindestens 1-mal unmittelbar vor (max. 1 Woche) oder unmittelbar nach (Tag der Leistungserbringung spätestens 7 Kalendertage nach Beendigung des Krankenhausaufenthaltes bzw. Beendigung der stationären Anschlussheilbehandlung) Entlassung aus der stationären Behandlung</li> <li>• Überprüfung der Entlassungsmedikation hinsichtlich einer ausreichenden und zweckmäßigen Arzneimittelversorgung einschließlich eines Interaktionschecks bezüglich der bestehenden und künftigen Arzneimittelversorgung</li> <li>• Einleitung erforderlicher Maßnahmen (z.B. Sicherstellung der Einleitung von Reha-Maßnahmen, Heil- und Hilfsmittelversorgung im unmittelbaren Anschluss an den stationären Aufenthalt)</li> </ul>

Leistung / Bezeichnung	Leistungsinhalt
<b>Ungeplanter eiliger Besuch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines Kranken zu begeben</li> <li>• angeforderter Besuch, am selben Tag ausgeführt, auch aus der Sprechstunde heraus</li> <li>• Begleitung Krankentransport</li> <li>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01411, 01412, 01415 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zur Anlage 3 des HzV-HÄV)</li> <li>• liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist</li> </ul>
<b>Besuch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geplante ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich an anderer Stelle zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben</li> <li>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01410 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zur Anlage 3 des HzV-HÄV)</li> <li>• liegt nicht vor, wenn der HAUSARZT seine eigene Arztpraxis oder eine andere Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte aufsucht, an denen er selbst vertragsärztlich oder angestellt tätig ist (Regelbesuch)</li> </ul>
<b>Mitbesuch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Besuch eines weiteren Kranken in derselben sozialen Gemeinschaft (z.B. Familie)</li> <li>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01413 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zur Anlage 3 des HzV-HÄV)</li> </ul>
<b>Heimbesuch</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• geplante ärztliche Inanspruchnahme, zu der der HAUSARZT seine Praxis, Wohnung oder einen anderen Ort verlassen muss, um sich in ein Alten- und/oder Pflegeheim zur Behandlung eines HzV-Versicherten zu begeben</li> <li>• Leistungslegende gemäß EBM (GOP 01414 gem. EBM, vgl. Anhang 1 zur Anlage 3 des HzV-HÄV)</li> </ul>
<b>Wegepauschale (Zone A)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone bis 5 km ab Praxissitz</li> </ul>
<b>Wegepauschale (Zone B)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 5,1 km bis 10 km ab Praxissitz</li> </ul>
<b>Wegepauschale (Zone C)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Erbringung der Leistung „Wegepauschale“ gemäß Leistungsdefinition im EBM in einer Zone ab 10,1 km ab Praxissitz</li> </ul>

### Anlage 4 Leistungsvergütung für die Betreuung von Patienten mit erhöhtem Behandlungsbedarf

1. Um dem besonderen erhöhten Aufwand bei der Beratung, Behandlung und Betreuung der Patienten Rechnung zu tragen, erhalten die Hausärzte bei medizinisch notwendiger Behandlung einer Krankheit aus dem in Anlage 2 festgelegten Katalog eine kontakt- und aufwandabhängige Betreuungspauschale je Behandlungsfall für das Quartal.
2. Die Höhe der jeweiligen Betreuungspauschale (Betreuungspauschale 1, 2 oder 3) ergibt sich in Abhängigkeit vom Umfang des erhöhten hausärztlichen Aufwandes im jeweiligen Behandlungsfall je Quartal aus Absatz 6. Diese Pauschalen sind in der Anlage 2 bestimmten Indikationsgruppen zugeordnet. Damit ist festgelegt, welche Pauschale für welche Indikationsgruppe abrechnungsfähig ist.
3. Die Betreuungspauschale kann für einen Patienten für jede zutreffende Indikationsgruppe gemäß Anlage 2, unabhängig von der Anzahl der aus dieser Gruppe festgestellten Diagnosen, einmal im Behandlungsfall je Quartal vergütet werden. Im Falle der Abrechnung mehrerer Betreuungspauschalen aus verschiedenen Indikationsgruppen in einem Behandlungsfall je Quartal werden diese kumuliert bis zu einem maximalen Gesamtbetrag von 7,50 EUR; diese Abrechnungsfälle werden mit der Symbolnummer 91323 im Rahmen der Quartalsabrechnung gekennzeichnet.
4. 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 2 festgelegten Katalog behandelt, dokumentiert und in der Folge gemäß § 295 Absatz 1 SGB V übermittelt wurden. Die KV Nordrhein und die AOK überprüfen die vertragsgemäße Abrechnung im Rahmen der Abrechnungsprüfung nach § 106a SGB V.
5. Sofern sich einzelne Indikationsgruppen aus medizinischer Sicht ausschließen, ist eine Abrechnung dieser Indikationsgruppen nebeneinander nicht möglich. Die Ausschlüsse sind in der Anlage 2 geregelt.
6. Für die vertragsgemäße Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag erhält der Hausarzt eine Vergütung in folgender Höhe:

	Betrag	Symbol-Nr.
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 1 (je Indikationsgruppe gemäß Anlage 2 zu diesem Vertrag)	2,20 EUR	91320
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 2 (je Indikationsgruppe gemäß Anlage 2 zu diesem Vertrag)	3,00 EUR	91321
Kontaktabhängige Betreuungspauschale 3 (je Indikationsgruppe gemäß Anlage 2 zu diesem Vertrag)	4,50 EUR	91322

Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91320 bis 91323 setzt voraus, dass der Patient seine Teilnahme gemäß § 2 Abs. 1 in Verbindung mit Anlage 1 schriftlich erklärt hat und die Behandlung, bezogen auf die in Anlage 2 genannten Indikationsgruppen, in den jeweiligen Abrechnungsquartalen durch den teilnehmenden Hausarzt gemäß § 3 erfolgte. Im Rahmen der Quartalsabrechnung haben die teilnehmenden Hausärzte die entsprechenden Abrechnungsfälle mit der Symbolnummer 91324 zu kennzeichnen.

Eine Abrechnung der Symbolnummern 91320 bis 91323 kann nicht erfolgen, wenn eine Behandlung gemäß § 3 im jeweiligen Behandlungsquartal nicht erfolgte.

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 erhält der Hausarzt je angefallenen 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 Hausärzte 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 01410 EBM mehr als 10 km beträgt erhalten die teilnehmenden Hausärzte 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.

Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91325 bis 91331 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Hausärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.

Die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (z. B. Hausbesuche) nach dieser Anlage und weiterer Verträge (insbesondere spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, Modellvorhaben gem. § 63 SGB V, Strukturverträge gem. § 73a SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gem. § 73b SGB V, Besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73c SGB V, Integrationsverträge gem. §§ 140 a ff. SGB V) ist unzulässig. Inhaltsgleich sind insbesondere folgende Symbolnummern, die in anderen Verträgen mit der KV Nordrhein vereinbart sind:

Leistung nach dieser Anlage	Leistung weiterer Sonderverträge	
Symbolnummer	Symbolnummer	Legende
91327 (bei der 01411 EBM) 91328 (bei der 01412 EBM) oder 91329 (bei der 01415 EBM)	92102	Zusätzliche Aufwands-pauschale für Dringlichkeitsbesuche nach den EBM-Nrn. 01411, 01412 oder 01415

## Anlage 5 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 Hausarzt 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.

Leistung nach dieser Anlage	Leistung weiterer Sonderverträge	
Symbolnummer	Symbolnummer	Legende
91325 91326 91330 91331	92111	Zusätzliche Aufwands- pauschale für Haus- besuche nach EBM-Nr. 01410
91329	93232	Betreuung der an die- sem Versorgungsange- bot teilnehmenden Versicherten während und außerhalb der Sprechstundenzeiten; je angefallenen Ein- satz einen Pauschalzu- schlag auf die Abrech- nungsziffer 01415 des EBM

Die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (z. B. Hausbesuche) nach dieser Anlage und weiterer Verträge (insbesondere Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, Modellvorhaben gem. § 63 SGB V, Strukturverträge gem. § 73a SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gem. § 73b SGB V, Besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73c SGB V, Integrationsverträge gem. §§ 140 a ff. SGB V) ist unzulässig. Inhaltsgleich sind insbesondere folgende Symbolnummern, die in anderen Verträgen mit der KV Nordrhein vereinbart sind:

Leistung nach dieser Anlage	Leistung weiterer Verträge	
Symbolnummer	Symbolnummer	Legende
91333	92113	Telefonische Kranken- hausüberleitung

### Anlage 7 Leistungsvergütung für den Arzneimittelcheck

Für die Durchführung eines umfassenden fundierten Arzneimittelchecks nach Maßgabe der in Anlage 7a festgelegten Regelungen erhält der teilnehmende Hausarzt eine Vergütung in Höhe von 40,00 € (Symbolnummer 91335). Sofern die Koordination der Arzneimitteltherapie in Abstimmung mit mindestens einem an der fachärztlichen Versorgung teilnehmenden Leistungserbringer und/oder mit mindestens einer stationären Einrichtung erfolgt und der Hausarzt für den gesamten Arzneimittelcheck einen Zeitaufwand von 120 Minuten hat, beträgt die Vergütung abweichend von dem vorstehenden Satz 80,00 € (Symbolnummer 91334). Der Arzneimittelcheck kann nur im Auftrag der Krankenkasse erbracht werden.

Die Abrechnung und Vergütung nach den Symbolnummern 91334 und 91335 setzt voraus, dass im Rahmen der Quartalsabrechnung die teilnehmenden Hausärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.

Die Abrechnung inhaltsgleicher Leistungen (z. B. Hausbesuche) nach dieser Anlage und weiterer Verträge (insbesondere Spezialisierte ambulante Palliativversorgung gem. § 37b SGB V, Modellvorhaben gem. § 63 SGB V, Strukturverträge gem. § 73a SGB V, Hausarztzentrierte Versorgung (HZV) gem. § 73b SGB V, Besondere ambulante ärztliche Versorgung gem. § 73c SGB V, Integrationsverträge gem. §§ 140 a ff. SGB V) ist unzulässig.

### Anlage 6 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 Hausarzt eine Überleitungs-pauschale von 40,00 € je Krankenhausaufenthalt. Voraussetzung ist, dass der Hausarzt 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 Hausärzte die entsprechenden Behandlungsfälle mit der Symbolnummer 91324 kennzeichnen.

### Anlage 7a Durchführung des Arzneimittelchecks

1. Ziel des fundierten Arzneimittelchecks ist es, über transparente, arztübergreifende Darstellungen der patientenindividuellen Verordnungen von Fertigarzneimitteln auf eine sowohl bedarfsgerechte und wirtschaftliche als auch qualitätsgesicherte Arzneimittelversorgung hinzuwirken, die sich an den aktuellen medizinisch-wissenschaftlichen Erkenntnissen und an den Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen/Gemeinsamer Bundesausschuss orientiert, um so Über-, Unter- oder Fehlversorgung mit Arzneimitteln zu vermeiden.

2. Der fundierte Arzneimittelcheck läuft in folgenden Schritten ab:

- a) Die Krankenkasse berücksichtigt für den Arzneimittelcheck die an diesem Versorgungsangebot teilnehmenden älteren Patienten, die der Altersgruppe  $\geq 65$  Jahre angehören sowie über vier Quartale Arzneimittel mindestens 5 verschiedene Wirkstoffe (ATC-Codes) à je mindestens 365 DDD erhalten haben. Dabei findet auch die von den Pharmakologen der Universität Witten/Herdecke erstellte „Priscus-Liste“ Berücksichtigung. Außerdem werden zehn ausgewählte mittelschwere und schwerwiegende Wechselwirkungsrisiken bei überschneidenden Verordnungen von entsprechenden Wirkstoffpaaren detektiert, die eine hohe Relevanz in der leitliniengerechten Therapie chronischer Erkrankungen aus dem metabolischen Syndrom haben. Es werden die aktuellsten der Krankenkasse zur Verfügung stehenden Arzneiverordnungen über einen Zeitraum von insgesamt vier aufeinander folgenden Quartalen ausgewertet und aufbereitet. Ausgewählt werden die Patienten ausschließlich von der Krankenkasse. Eine Durchführung auf Wunsch des Hausarztes sowie des Patienten ist nicht möglich.

Für die nach den vorstehenden Kriterien ausgewählten Patienten stellt die Krankenkasse dem teilnehmenden Hausarzt auf dem Postweg eine patientenbezogene allgemeine Auswertung (Allgemeine Übersicht) über vier Quartale für den eingeschriebenen Patienten zur Verfügung. Die Auswertung beinhaltet Kennzahlen, über die erste Rückschlüsse auf die Arzneimittelversorgung des Patienten gezogen werden können. Basis für die Darstellung sind auch die Arzneimittelverordnungen anderer verordnender Ärzte. Ein Bezug zu weiteren verordnenden Ärzten ist aus dieser Übersicht jedoch nicht herstellbar. Diesem Schreiben ist eine Einverständniserklärung des Patienten (Anlage 7b) beigefügt.

- b) Der Hausarzt informiert den Patienten ausführlich über die rechtlichen und inhaltlichen Hintergründe des Arzneimittelchecks. Sofern der Patient teilnehmen möchte, wird die von dem Patienten unterschriebene Einverständniserklärung (Anlage 7b) durch den Hausarzt zurück an die Krankenkasse gefaxt.

- c) Nach Erhalt der Einverständniserklärung übersendet die AOK Rheinland/Hamburg eine detailliert aufbereitete Darstellung aller Verordnungsdaten (Detailübersicht) des Patienten basierend auf den Verordnungsdaten der aktuellsten zur Verfügung stehenden 4 Quartale an den Hausarzt. Die Übersendung erfolgt ebenfalls auf dem Postweg. Aus diesen Gesamtverordnungsanalysen ist auch der Bezug (Name und Adresse) zu weiteren möglichen verordnenden Ärzten zu entnehmen. Hierzu übermittelt die KV Nordrhein den Krankenkassen quartalsweise eine Liste gem. § 59 BMV-Ä. Zusätzlich ist dem Schreiben ein OTC-Dokumentationsbogen (Anlage 7c) zur Erfassung von Arzneimitteln der Selbstmedikation sowie ein Interventions-Dokumentationsbogen (Anlage 7d) beigefügt.
- d) Der Hausarzt erfragt beim eingeschriebenen Patienten die Selbstmedikation und dokumentiert die Angaben vollständig in der Anlage 7c.
- e) Der Hausarzt bespricht die Verordnungen – soweit erforderlich – konsiliarisch mit allen verordnenden Ärzten.
- f) Der Hausarzt erarbeitet unter Berücksichtigung der Ergebnisse des Konsils und eigener Recherchen ggf. einen neuen Medikationsplan für den Patienten und koordiniert dieses – soweit erforderlich – mit anderen verordnenden Ärzten. Zur Dokumentation verwendet der Hausarzt/die Hausärztin die Anlage 7d, auch für den Fall, dass keine Intervention erforderlich oder möglich war.
- g) Der Hausarzt bespricht den neuen – sofern vorhanden – Medikationsplan mit dem Patienten und verabredet mit ihm – sofern erforderlich – einen Umstellungsplan und koordiniert und überwacht die Umstellung.
- h) Nach Durchführung des Arzneimittelchecks werden beide Dokumentationsbögen (Anlage 7c und Anlage 7d) vollständig ausgefüllt und im Original als Abrechnungsbelege quartalsweise bei der KV Nordrhein mit den Abrechnungsunterlagen eingereicht. Anschließend leitet die KV Nordrhein die Anlage 7c und Anlage 7d quartalsweise an die Krankenkasse weiter. Eine Vergütung erfolgt auch dann, wenn keine Intervention notwendig bzw. möglich ist.
3. Für die von der Krankenkasse ausgewählten Patienten erhalten die am Vertrag teilnehmenden Hausärzte Informationsunterlagen, die folgende Punkte beinhalten:
- a) Ziele des Arzneimittelchecks
- b) Datengrundlage
- c) Ablauf/Organisation/Vergütungssystematik
4. Der Hausarzt verpflichtet sich, mindestens einmal pro Jahr eine Weiterbildung im Arzneimittelbereich zu besuchen.

## Amtliche Bekanntmachungen

Deren Inhalte sind:

- a) Polypharmazie
- b) Indikationsspezifische/Arzneimittelspezifische Besonderheiten (DDD, neues aus Wissenschaft, Leitlinien etc.)

5. Themenschwerpunkte des Arzneimittelchecks sind vor allem:

- a) Polypharmazie
- b) Interaktionsrisiken von verordneten Arzneimitteln
- c) Tagestherapiedosen (Hoch- und Überdosierung)

d) „Priscus-Liste“

e) bei Kinderärzten andere Themen (z. B. ADHS, Antibiotika, Asthma)

6. Nach erfolgter Beratung stellt die AOK Rheinland/Hamburg dem Hausarzt im Anschluss eine erneute patientenbezogene Auswertung bereits gemeldeter Patienten zur Verfügung, sobald Verordnungsdaten für 6 Monate nach Durchführung des Arzneimittelchecks vorliegen. Diese Unterlagen dienen als Information und werden nicht erneut vergütet. Darüber hinaus erhält der Hausarzt – auf Wunsch – einmal jährlich eine arztindividuelle Datenanalyse seines Gesamtverordnungsverhaltens für seine Patienten der Krankenkasse.

## Anlage 7b Einverständniserklärung zum Arzneimittelcheck



Engagiert für Gesundheit.  
Kassenärztliche Vereinigung  
Nordrhein

### Rückfax



AOK Rheinland/Hamburg

AOK Rheinland/Hamburg  
Kasernenstr.61  
40001 Düsseldorf  
Telefon 0211/ 8791-1253  
Telefax 0211/ 8791-1456  
Christina.Pehe@RH.AOK.de

Per Fax an die AOK Rheinland/Hamburg  
0211 / 8791-1456

VORNAME:

NAME:

VERSICHERTEN-NR.:

Ärztin/Arzt:

LANR:

BSNR:

### Einverständniserklärung (Patientin/Patient) zum Arzneimittelcheck

Mein Hausarzt/meine Hausärztin hat mich auf die Möglichkeit der Durchführung eines Arzneimittelchecks im Rahmen der Hausärzte-Strukturvertrag aufmerksam gemacht.

Hierüber wurde ich von ihm/ihr ausführlich und umfassend informiert.

Ich möchte dieses Angebot wahrnehmen und stimme hiermit zu, dass:

- Meinem Hausarzt die dafür notwendigen Arzneimittelanalysen – alle Arzneiverordnungen aus vier aufeinanderfolgenden Quartalen mit Bezug auf die verschreibenden Ärzte - von meiner Krankenkasse für die Durchführung eines Arzneimittelchecks zur Verfügung gestellt werden.
- Die Verordnungsanalysen auch die meiner Krankenkasse vorliegenden Diagnosedaten der letzten zwei Jahre - rückwirkend ab Erstellungsdatum der Analyse - enthalten werden. Dabei handelt es sich auch um Diagnosedaten, die von anderen behandelnden Ärzten gestellt wurden.

siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)

## Amtliche Bekanntmachungen

- Meine Daten und erforderlichen Informationen zu Art und Umfang meiner medikamentösen Behandlung – sofern für eine Koordination u./o. Umstellung meines Medikamentenplans notwendig – den beteiligten Ärzten von meinem Hausarzt zur Verfügung gestellt werden.
- Die Ergebnisse des Arzneimittelchecks einschließlich der Informationen zu den Arzneimitteln aus der Selbstmedikation (OTC-Präparate) an meine Krankenkasse zu Analysen im Bereich der Verbesserung und Qualitätssicherung in der Arzneimittelversorgung weitergeleitet werden.
- Daten und Informationen im erforderlichen Umfang von den beteiligten Vertragspartnern eingesehen und gespeichert werden dürfen.

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Versicherter

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Stempel der Arztpraxis

### Anlage 7c OTC-Dokumentation (Selbstmedikation)

BSNR:

LANR:

Ärztin/Arzt:



#### OTC-Dokumentation (Selbstmedikation)

OTC = over the counter: nicht verschreibungspflichtige Arzneimittel aus der Selbstmedikation, z.B. Kopfschmerztabletten

Name Patien(in): \_\_\_\_\_

Versichertenr.: \_\_\_\_\_

Vorname

Nachname

#### I. Erfassung der OTC-Medikation

Name des Originalpräparates	Grund der Einnahme	Einnahmehäufigkeit	Vom Patienten eingenommene Tagesdosis [mg]	PZN (falls bekannt)
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

*siehe auch nächste Seite – die Formulare finden Sie auch unter [www.kvno.de](http://www.kvno.de)*

## Amtliche Bekanntmachungen

Name des Originalpräparates	Grund der Einnahme	Einnahmehäufigkeit	Vom Patienten eingenommene Tagesdosis [mg]	PZN (falls bekannt)
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		
	<input type="checkbox"/> ärztl. Empfehlung (grünes Rezept) <input type="checkbox"/> Selbstmedikation	<input type="checkbox"/> tgl. / <input type="checkbox"/> wöchentl. / <input type="checkbox"/> monatl. <input type="checkbox"/> bei Bedarf <input type="checkbox"/> Sonstiges:		

## II. Ergebnis des Beratungsgespräches

- OTC-Medikation ist unkritisch, Anpassung nicht erforderlich  
 OTC-Medikation wurde nach Beratungsgespräch angepasst

Erfolgte ggf. eine Abstimmung der OTC-Medikation mit weiteren ärztlichen KollegInnen?

- Ja  
 Nein

Kommentar: \_\_\_\_\_

Weiterleitung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (Quartalsabrechnung)	Arztstempel und Unterschrift
---	------------------------------

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_      Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_

Erstellt durch: AOK Rheinland/Hamburg

### Anlage 7d Interventions-Dokumentation

SNR: \_\_\_\_\_

LANR: \_\_\_\_\_

Ärztin/Arzt: \_\_\_\_\_



### Interventions-Dokumentation

**Name Patient(in):** \_\_\_\_\_ **Versichertenr.:** \_\_\_\_\_  
Vorname Nachname

Nachdem Sie unter Berücksichtigung der Ihnen zugrunde liegenden Informationen über die Patientin/den Patienten eine Bewertung des Gesamtmedikation vornehmen konnten, bitten wir Sie, diesen Bogen vollständig auszufüllen:

- **Eine Intervention in Bezug auf die Arzneimitteltherapie war notwendig:**

Ja       Nein

Sofern der erste Punkt mit „Ja“ beantwortet wurde, bitten wir Sie, auch die folgenden Fragen zu beantworten:

**Eine oder mehrere der folgenden Interventionen sind erfolgt:**

- Umstellung des Medikationsplans:       Umstellung/Anpassung der Dosierungen
  - Reduzierung der Wirkstoffe
  - Umstellung der Wirkstoffe
  - Information an weitere ärztliche KollegInnen
  - Sonstiges:
- Einbindung ärztlicher KollegInnen bei:       Umstellung/Anpassung der Dosierungen
  - Umstellung/Reduzierung der Wirkstoffe
  - Sonstiges:
- Keine Notwendigkeit für Einbindung weiterer ärztlicher KollegInnen

- Die Patientin / der Patient wurde ausführlich über Art und Notwendigkeit von Änderungen  
 seines Medikationsplans hinsichtlich der AMTS informiert und beraten.

**Kommentar:** \_\_\_\_\_

**Abrechnung:**

- SNR 91335
- SNR 91334 (Einbindung weiterer Ärzte u. mind. 120 Minuten)

Weiterleitung an die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein (Quartalsabrechnung)	Arztstempel und Unterschrift
---	------------------------------

Datum: \_\_\_\_\_      Unterschrift \_\_\_\_\_      Ärztin / Arzt \_\_\_\_\_

Erstellt durch: AOK Rheinland/Hamburg