# Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie

# in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V

zwischen

AOK Baden-Württemberg („AOK“)
Presselstr. 19, 70191 Stuttgart
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann,

**Bosch BKK („BKK“)**
Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart
vertreten durch die Vorständin Dr. Gertrud Prinzing,

**MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)**
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner,

**MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)**
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Werner Conrad

und

**teilnehmenden FACHÄRZTEN**

sowie

**Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. („BVOU“)**
vertreten durch die Landesvorsitzenden Württemberg und Baden Dr. Burkhard Lembeck, Hindenburgstr. 7/1, 73760 Ostfildern-Nellingen und Dr. Johannes Flechtenmacher (Präsident des BVOU), Waldstraße 67, 67133 Karlsruhe

**Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschlands e.V. („BNC“)**
vertreten durch den ANC BWN, 1. Vorsitzender Dr. Frido Mütsch, Happelstr. 8
74074 Heilbronn

**und**

**BERUFSVERBAND DEUTSCHER RHEUMATOLOGEN e. V. („BDRh“)**
Forstring 16a, 44869 Bochum
vertreten durch den 1. Vorsitzenden Dr. Ludwig H. Kalthoff und das Vorstandsmitglied Dr. Edmund Edelmann

**in enger Abstimmung mit**

**Rheumaexperten BW eG**
Gutleutstraße 14a, 76646 Bruchsal
vertreten durch die Vorstände Dr. Michaela Bellm und Dr. Ino Gao

(einzeln oder gemeinsam **„Vertragspartner“**)

# Inhaltsverzeichnis

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

# ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

## Präambel

Die ambulante orthopädische/chirurgische und rheumatologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch orthopädisch/chirurgisch und rheumatologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Kooperation und Vernetzung der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.
Die AOK und die Bosch BKK als gesetzliche Krankenkassen mit über 4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchten gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**") teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE" genannt; sofern es sich ausschließlich auf die Fachgruppen bezieht, auch ORTHOPÄDEN bzw. RHEUMATOLOGEN)** ihren Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 73c SGB V a.F. bzw. gemäß § 140a SGB V („**SGB V**") anbieten. Die AOK, die BKK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch den BVOU, den BNC und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK und die BKK erfüllen durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

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

Der BVOU ist der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Der BNC ist der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen.

Der BDRh ist die berufspolitische Vertretung aller rheumatologisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie und für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Rheumatologie. Der BDRh wird unterstützt durch die Rheumaexperten Baden-Württemberg (BW) eG. Diese sind ein genossenschaftlicher Zusammenschluss von niedergelassenen Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie mit dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung von Rheumapatienten und der Unterstützung der einzelnen Praxen z. B. im Bereich des Qualitätsmanagements.

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

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 bzw. der BKK vom 29.09.2009 und Teil des AOK-FacharztProgramms bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 73c Abs. 3 SGB V a.F. sowie § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

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

Die Vertragspartner verfolgen im Rahmen eines **Kodex** insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

(1) Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die FACHÄRZTE in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (bio-psycho-sozialer Ansatz); die AOK und die BKK informieren ihre Versicherten dahingehend, dass hiermit unnötige Behandlungen vermieden werden sollen.

(2) Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten und anderen beteiligten FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN zusammen. Dabei geht es v. a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die AOK und die BKK weisen ihre am Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.

(3) In diesem Sinne organisieren die Partner analog der Kundenbefragung im Qualitätsmanagement ein Patienten-Feedback, das ausschließlich dem einzelnen FACHARZT zugänglich ist.

(4) FACHARZT und HAUSARZT arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll zusammen und binden im Einverständnis mit dem Patienten in Erfüllung ihrer Unterstützungsfunktion den Sozialen Dienst der AOK / die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit ein.

(5) Ziel der Vertragspartner ist, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensivierter Betreuung durch den FACHARZT und HAUSARZT sowie insoweit qualifizierte Mitarbeiter der Kassen eine verbesserte Versorgung zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassten Leistungen zu vermeiden.

(6) Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Modellprojekte und Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.

(7) Die Vertragspartner arbeiten gemeinsam an der Einführung und Weiterentwicklung einer online-basierten Terminvergabe zur besseren Koordinierung und Vernetzung von FACHÄRZTEN, PSYCHOTHERAPEUTEN und HAUSÄRZTEN.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

## § 1 Vertragsgegenstand

(1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Orthopädie und Chirurgie (soweit diese das Leistungsspektrum der konservativen und operativen Orthopädie erbringen, siehe Anlage 12 Anhang 1) für Versicherte der AOK und BKK in Baden-Württemberg durch nach dem

II. Abschnitt (Seite 6 ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Vertrag beinhaltet ferner das Modul Rheumatologie zur besonderen ambulanten Versorgung mit rheumatologischen Leistungen. Dieses Leistungsspektrum wird abgebildet durch die Anlage 12a und Anhang 1. Der Abschnitt III regelt die Teilnahme der Versicherten der AOK und BKK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft **(„Managementgesellschaft“)** erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt (Seite 15 ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 19 ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch.

(2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.

(3) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

## ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

### § 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

(1) Die Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen **(„Ärzte“),** persönlich ermächtigten Ärzten/-innen **(„Ermächtigte“)** und Medizinischen Versorgungszentren (**„MVZ“**) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Modul Rheumatologie nach Maßgabe dieses Vertrages.

(2) Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es Voraussetzung, dass alle im jeweils zum Zeitpunkt des Beitritts gültigen Gesamtziffernkranzes (Anhang 1 zu Anlage 12a) als „obligatorisch“ gekennzeichneten Ziffern erbracht werden müssen.

(3) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen (**„teilnahmeberechtigter Vertragsarzt“**):

a) Ärzte müssen

- als ORTHOPÄDEN (Abrechnung über **Anlage 12**) Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Fachärzte für Chirurgie sein und weitere in Anlage 12 Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,

- als RHEUMATOLOGEN (Abrechnung über **Anlage 12a**) Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie sein und weitere in Anlage 12a Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,

- als zugelassener Arzt oder als zugelassenes MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen,

b) Persönlich ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 22 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.

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

d) Von FACHÄRZTEN wird gesprochen, wenn sowohl ORTHOPÄDEN als auch RHEUMATOLOGEN gemeint sind.

## § 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

(1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** bzw. **Anlage 1a** (Modul Rheumatologie) schriftlich beantragen.

(2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.

(3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:

a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;

b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß Anlage 6). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den orthopädisch/ chirurgisch/internistisch-rheumatologisch tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n erfolgen;

c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über ISDN bzw. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;

d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);

e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software **(„Vertragssoftware“)** in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;

f) Befüllen eines/r elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;

g) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail-Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail-Adresse informieren;

h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT: Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** nachzuweisen.

i) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist.

j) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2 bzw. Anlage 2a**

- Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)

- Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung

(4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des Facharztes nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:

a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.

b) **Zulassung zum AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

## § 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten

(1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg (**„Versicherte“**), die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können sich in das AOK-FacharztProgramm einschreiben. Das AOK-FacharztProgramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie, Urologie und Diabetologie wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-FacharztProgramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-FacharztProgramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solcher Fachärzte auszuwählen, die an diesem FacharztProgramm der AOK teilnehmen.

(2) Für Versicherte der BKK ist die Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ Voraussetzung für die Einschreibung in das Bosch BKK-Facharztprogramm. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte der BKK, nach freier Wahl nur solche FACHÄRZTE auszuwählen, die am Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmen.

(3) Versicherte der AOK und der BKK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung (**„Versicherten-Teilnahmeerklärung“**) in das AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm einschreiben:

a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.

b) Bei Ärzten, die am jeweiligen HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT“**).

c) Bei FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN aus anderen Modulen des AOK-FacharztProgramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms.

(4) Teilnahmeerklärungen von Versicherten führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen **„Prozessbeschreibung FACHARZT“**. AOK, BKK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern. Abweichend hiervon gelten die Regularien der Sofortabrechnung nach Einschreibung gemäß Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012.

(5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 19 ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.

(6) AOK, BKK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.

(7) Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK bzw. BKK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.

## § 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

(1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 19 ff.) erbring-

und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.

(2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots, der Terminvergabe und der Praxisausstattung erfüllen:

a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:

- Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung,

- Behandlung von Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden,

b) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).

c) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).

d) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.

e) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Werktagen übermittelt (**Anhang 2 zur Anlage 17**). Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt.

f) Alle relevanten Befunde werden vom RHEUMATOLOGEN - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT und dem Überweiser möglichst innerhalb von 3 Werktagen, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen, übermittelt (**Anhang 2 zur Anlage 17)**. Bei Notfällen wird der Befund sofort dem HAUSARZT und dem Überweiser übermittelt.

g) Anfragen der AOK, der BKK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.

h) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.

(3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden **Qualifikationsanforderungen** selbst und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:

a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen und fachärztlichen Qualitätszirkeln zu orthopädisch/chirurgischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2** bzw. aktive Unterstützung von hausärztlichen und fachärztlichen Qualitätszirkeln zu rheumatologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2a**;

b) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**;

c) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der orthopädisch/chirurgischen und rheumatologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Anhang 1 zu Anlage 2 bzw. Anlage 2a) nach Maßgabe von **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**;

d) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß Anlage 2 bzw. Anlage 2a sind jährlich bei der Managementgesellschaft einzureichen.

(4) Der FACHARZT erbringt im AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie folgende besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte:

a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und über die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 73c SGB V a.F. bzw. § 140a SGB V.

b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).

c) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich.

d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen, spätestens innerhalb von 14 Tagen und, wenn nötig, zusätzlich an

   - den weiterbehandelnden FACHARZT
   - das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

   Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.

e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-FacharztProgramms/Bosch BKK-Facharztprogramms organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte im Internet.

f) Befüllen eines/r elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.

g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung Präventionsangebote und spezielle Rehabilitationsangebote (siehe **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a**).

h) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. § 295a Abs. 1 SGB V).

i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-FacharztProgramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.

j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.

k) Der FACHARZT erbringt alle gemäß **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a**, insbesondere **Anhang 1** (Gesamtziffernkranz), vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Weder Leistungen dieses Vertrages noch Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen von FACHÄRZTEN privat liquidiert werden.

l) Falls die AOK oder BKK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden orthopädischen/ rheumatologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer weiter.

(5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie insbesondere verpflichtet,

a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK bzw. BKK mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a bzw. § 130c Abs. 8 SGB V zu verordnen;

b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** genannten Wirkstoffe zu beachten;

c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.

d) Die wirtschaftliche Verordnung von Hilfsmitteln regeln **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a** und **Anlage 17**.

(6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** (Seite 19 ff.) eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus **Anlage 3**.

(7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors ist verpflichtend. Alternativ besteht die Möglichkeit, einen „HZV-Online-Key“ einzusetzen. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der Konnektor dient der Erhöhung

der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT.

## § 6 Informationspflichten des FACHARZTES

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

(2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere

a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;

b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;

c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);

d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt).

e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).

f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.

(3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

## § 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

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

## § 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

(1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs. 2 lit. a-c, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens eines der Vertragspartner bedarf.

(2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 25 Abs. 4 lit. a) und/oder b).

(3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).

(4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn

a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 oder **Anlage 15** verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder

b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder

c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder

d) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK und MEDIVERBUND untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

(5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.

(6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d. h. AOK, BKK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

# ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

## § 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

(1) Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm

erklären, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 7**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-FacharztProgramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

(2) In das Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ eingeschriebene Versicherte der BKK unterzeichnen die BKK Teilnahmeerklärung (**Anlage 7**). Die Teilnahmebedingungen ergeben sich aus der Satzung der BKK in ihrer jeweils geltenden Fassung.

## ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh UNTEREINANDER

### § 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh Die Verpflichtung der AOK bzw. BKK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-FacharztProgramms/Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie/Rheumatologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

### § 11 Leistungen der Managementgesellschaft

(1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK und BKK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.

(2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber der AOK und BKK wie folgt:

a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);

b) Unverzügliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);

c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);

d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;

e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung und der **beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (Anlage 1** bzw. **Anlage 1a)**. Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK und BKK weiter;

f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);

g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z.B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung);

h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpakets FACHARZT“ an FACHÄRZTE;

i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK und BKK; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten im vereinbarten Format;

j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;

k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmestatus der in das AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);

l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);

m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**); Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;

n) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und BKK ergeben sich aus **Anlage 9**.

o) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V.

(3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II,** ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnen. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der AOK und BKK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.

(4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK und BKK zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).

(5) Die Managementgesellschaft benennt der AOK und BKK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.

(6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

## § 12 Pflichten der AOK und BKK

(1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**A**rzt**P**artner**S**ervice). Die BKK benennt für ihre Schwerpunktregionen dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN direkte Ansprechpartner (Gebietsbevollmächtigte).

(2) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft unverzüglich nach

Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.

(3) Die AOK bzw. die BKK werden der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm bzw. im BKK-Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ und im AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekannt gegeben werden.

(4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK bzw. BKK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.

(5) Die AOK und die BKK werden der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Änderungen der Stammdaten, die AOK bzw. BKK zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.

(6) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**.

(7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK und der BKK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.

(8) Die AOK und die BKK sind zur Bekanntgabe des Vertrags, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.

## § 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh

(1) MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.

(2) MEDI e.V. BVOU, BNC und BDRh sind verpflichtet, soweit bekannt und datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

## § 14 Wechselseitige Unterstützung

(1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh

a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und

eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;

b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.

(2) AOK, BKK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.

(3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der AOK und BKK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

## § 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC, BDRh und Rheumaexperten BW eG stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

## § 16 Vertragssoftware

(1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK und der BKK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. f) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (**Anlage 3**).

(2) AOK, BKK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt **Anlage 10** (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).

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

## § 17 Kündigung und Laufzeit

(1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e. V., BVOU, BNC und BDRh. Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß **Anlage 8** vorliegt.

(2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.12.2021 gekündigt werden.

(3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.

(4) Die AOK und/oder die BKK sind erstmals nach Ablauf des 31.12.2014 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl gemäß **Anlage 8** durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-FacharztProgramm Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV). Entsprechendes gilt für die BKK beim Wegfall von deren Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“.

(5) Das Recht von AOK, BKK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:

a) Die AOK, die BKK oder der MEDIVERBUND verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1 angesehen.

b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.

(6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, der BKK und des MEDIVERBUNDES ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von AOK, BKK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen - Kündigung von BVOU, BNC, und BDRh und/oder MEDI e. V. entsprechende Anwendung.

## § 18 Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d. h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; AOK, BKK und MEDIVERBUND werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

# ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

## § 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

(1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-FacharztProgramms / Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie/Rheumatologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.

(2) Die Vergütungsregelung gemäß **Anlage 12** gilt zunächst bis zum 31.12.2016. Die Fristen bzgl. Modul Rheumatologie (RHEUMATOLOGEN) sind gesondert in **Anlage 12a**, Abschnitt V, Abrechnung, aufgenommen.

a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des ORTHOPÄDENS

auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, BKK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den ORTHOPÄDEN ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem ORTHOPÄDEN solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der ORTHOPÄDEN und einer angemessenen Vorlauffrist vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.

b) Einigen sich AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2016 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (**Anlage 12**), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2018 fort.

c) Einigen sich die AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2016 über eine Änderung der Vergütungsregelung (**Anlage 12**), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem ORTHOPÄDEN unverzüglich mit. Ist der ORTHOPÄDE mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der ORTHOPÄDE nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den ORTHOPÄDEN bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.

d) Besteht der Vertrag über den 31.12.2018 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß **Anlage 12** für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK, BKK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2018 hinaus fortbesteht.

e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der ORTHOPÄDEN ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.

(3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.

(4) Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.

(5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der BKK gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen

Abrechnungsnachweis berücksichtigt.

(6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.

(7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.

(8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die AOK bzw. BKK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK bzw. BKK gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK durchzusetzen.

(9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („**Überzahlung**“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlabrechnungen, d. h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („**Fehlabrechnung**“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.

(10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.

(11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern

der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.

(12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regeln **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a**.

(13) AOK, BKK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.

(14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen, die in einem anderen AOK-FacharztProgramm oder im AOK-HausarztProgramm enthalten sind, für in das AOK-FacharztProgramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dasselbe gilt für Leistungen, die im Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ enthalten sind. Satz 1 und 2 gelten für den FACHARZT selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten/andere FACHÄRZTE/ PSYCHOTHERAPEUTEN derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

## § 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK

(1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK bzw. BKK einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der AOK oder BKK („**AOK-Abrechnung**“ oder **„BKK-Abrechnung“**) geltend.

(2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK oder BKK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die AOK bzw. BKK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK bzw. BKK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK bzw. BKK unverzüglich schriftlich darüber informieren.

(3) Die AOK bzw. BKK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.

(4) Die AOK oder BKK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.

(5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der AOK oder BKK und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

## § 21 Verwaltungskostengebühr

(1) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die Abrechnung und Organisation der Teilnahme am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1** bzw. **Anlage 1a**.

(2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.

(3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibegebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibegebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1** bzw. **Anlage 1a**.

# ABSCHNITT VI: BEIRAT

## § 22 Beirat

(1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 5 Vertretern der AOK, 1 Vertreter der BKK, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUNDES, 2 Vertretern des BVOU, 1 Vertreter des BNC sowie 1 Vertreter des BDRh besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Für **Anlage 12a** betreffende Beschlüsse haben BVOU und BNC kein Stimmrecht, für **Anlage 12** betreffende Beschlüsse entfällt entsprechend das Stimmrecht des BDRh. Zur Herstellung der Parität verteilen sich die Stimmen wie folgt für **Anlage 12**: AOK 4, BKK 1, MEDI/MEDIVERBUND 2, BVOU 2, BNC 1. Für **Anlage 12a**: AOK 2, BKK 1, MEDI/MEDIVERBUND 2, BDRh 1.

(2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.

(3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmengleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.

(4) Der Beirat hat folgende Aufgaben:

a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte.

b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.

c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. AOK und BKK sind berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die

Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.

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

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

## ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

### § 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

(1) **Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:**
**II. Teilnahme des FACHARZTES**
**III. Teilnahme durch Versicherte**
**V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr**
**VI. Beirat**
**VII. Allgemeine Regelungen**

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

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

### § 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

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

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

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

(3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach **Abschnitt II** und für die übrigen Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.

(4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:

a) Kündigt die AOK **oder** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt

der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für die kündigende Krankenkasse. Kündigen AOK **und** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.

b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.

c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.

d) Bei einer Kündigung von MEDI e.V., BVOU, BNC oder BDRh wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.

e) Kündigungen von AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC oder BDRh sind den jeweils anderen Vertragspartnern mit Ausnahme der FACHÄRZTE schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

## § 25 Verfahren zur Vertragsänderung

(1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.

(2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. AOK, BKK und MEDIVERBUND sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.

(3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen nach Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus dem AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie.

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

## § 26 Haftung und Freistellung

(1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.

(2) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK und BKK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK oder BKK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.

(3) Die AOK und BKK haften für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK und die BKK werden den MEDIVERBUND von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK bzw. BKK ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.

(4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.

(5) Die AOK bzw. BKK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

## § 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.

## § 28 Datenschutz

(1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.

(2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung oder BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a** übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.

(3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

## § 29 Sonstiges

(1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrags unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.

(2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrags bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.

(3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertragliche Regelungen.

(4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

## § 30 Anlagenübersicht

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

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 1a:** Infopaket FACHARZT (Modul Rheumatologie)
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 2a:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen (Modul Rheumatologie)
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** unbesetzt
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 12a:** Vergütung und Abrechnung (Modul Rheumatologie)
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen
- **Anlage 18:** Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission (AMK) der Vertragspartner zur medikamentösen Behandlung
- **Anlage 18a:** Medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis

**Stuttgart, den 22.07.2013**

_____
**AOK Baden-Württemberg**
Dr. Christopher Hermann

_____
**Bosch BKK**
Bernhard Mohr

_____
**MEDIVERBUND AG**
Frank Hofmann

_____ _____
**BVOU**

| | |
|---|---|
| Reinhard Deinfelder | Dr. Johannes Flechtenmacher |
| Landesvorsitzender Württemberg | Landesvorsitzender Baden |

_____
**BNC**
Dr. med. Dieter Haack

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

**Der Vertragsbeitritt der einzelnen FACHÄRZTE erfolgt gemäß § 3 dieses Vertrages.**

## Infopaket FACHARZT

Das Infopaket FACHARZT enthält insbesondere die folgenden Unterlagen:

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

# Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Orthopädie Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V

Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.

**Stammdaten**

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ Ermächtigter Arzt

LANR (9-stellig) HBSNR

☐ MEDI Baden-Württemberg e.V.
☐ Mitglied im BVOU
☐ Mitglied im AGNU

Titel, Nachname, Vorname

Ggf. Name MVZ

Straße & Hausnummer **(Praxisanschrift)** Telefon

PLZ und Ort Fax

E-Mail-Adresse Umsatzsteuer-ID

**Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)**

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich) BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

**Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten**

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V., BVOU e.V. oder des BNC e.V. werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSBNR).

**Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ**

**Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Orthopädie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.**

Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass

- die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst Erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
- die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
- die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
- meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
- ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
- ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
- sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
- die Managementgesellschaft das von AOK/Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem sie dieses -unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten- auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
- ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
- Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars.
- Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

**Unterschrift Vertragsarzt**
**Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**

**Datum (TT.MM.JJ)**

**Stempel der Praxis/MVZ**

# Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Orthopädie Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V

**Teilnahmevoraussetzungen**

**1. Persönliche Voraussetzungen:**

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

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

☐ Orthopädie ☐ Orthopädie und Unfallchirurgie ☐ Chirurgie

☐ Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)

☐ Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)

☐ Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)

☐ Verpflichtende Teilnahme von mindestens 2 Fortbildungen pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Orthopädievertrages (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Selbstauskunft. Stichproben durch die Managementgesellschaft)

☐ Verpflichtende Teilnahme von mindestens 1 datenbasierten Qualitätszirkel je vollendetem Halbjahr, organisiert durch das von den Vertragspartnern beauftragte Institut (gemäß Anlage 2) (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)

**2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ**

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

Ausstattung mit einer vertragskompatiblen IT und Anbindung über z.B. DSL (Nachweis: Selbstauskunft)

Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem) (Nachweis: Selbstauskunft)

Vertragssoftware ist installiert für AOK Bosch BK _____ Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

Konnektor ist vorhanden oder Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/Bestätigungsformular)

**Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen**

**1. allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12)**

**Bitte beachten Sie:**

- Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12 Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5).
- MVZ/ BAG/ Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt auf der nächsten Seite (Seite 3) anzugeben.

**2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/BAG/MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.**

Qualifikation Ambulantes Operieren (Nachweis: KV-Zulassung)

Strukturzuschlag Schmerztherapie (Nachweis: KV Genehmigung)

Strukturzuschlag schmerztherapeutische Einrichtung (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30704)

Qualifikation Akupunktur (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 30790, 30791)

**Zur Abrechnung der nachfolgenden Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude zwingend erforderlich:**

Qualifikation konventionelle Radiologie (Nachweis: KV-Zulassung; KV-Abrechnung Ziffer 34210; 34220-222,34230-34, 34237-238, ff.)

Sonographie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33040-43, 33050-52, 33060-64)

Duplexsonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung Ziffer 33070-75)

**Zur Abrechnung der nachfolgenden Leistung ist zusätzlich eine Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe erforderlich (bei Gerätegemeinschaften einem Arzt zuzuordnen):**

Knochendichtemessung mittels DXA (Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)

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

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Titel, Nachname, Vorname _____ Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Titel, Nachname, Vorname _____ Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Titel, Nachname, Vorname _____ Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | | |

Titel, Nachname, Vorname _____ Fachgebiet

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

# Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten der Orthopädie Baden-Württemberg gemäß § 73 c SGB V

**Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO**

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

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

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist:
MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de
Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr,
datenschutz-team@medi-verbund.de

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

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

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

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

**Mir ist im Besonderen bewusst, dass:**

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
  1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK Hausarzt Programm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
  2. eine Teilnahmeerklärung für das AOK Facharzt Programm ausgefüllt und unterzeichnet haben.
     (Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der AOK immer verpflichtend)
  3. ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg haben.
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 140a-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das FacharztProgramm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätesten bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die AOK und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt

| **Unterschrift Vertragsarzt**<br>**Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ** | | **Stempel der Praxis/MVZ** |
|---|---|---|
| | **Datum (TT.MM.JJ)**<br>☐☐☐☐☐☐ | |

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

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie in Baden-Württemberg nach § 73c SGB V**

**Bitte beachten Sie: Bei Teilnahme von mehreren Vertragsärzten in einer Berufsausübungsgemeinschaft muss jeder Vertragsarzt eine eigene Teilnahmeerklärung einreichen. Bei Teilnahme eines MVZ ist nur die Abgabe einer Teilnahmeerklärung durch den ärztlichen Leiter erforderlich.**

**Stammdaten**

☐ Einzelpraxis ☐ Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) ☐ MVZ ☐ Ermächtigter Arzt

☐ Mitglied MEDI Baden-Württemberg e.V.
☐ Mitglied im BDRh e.V.
☐ Mitglied in der Rheumaexperten BW eG

LANR (9-stellig) HBSNR

Titel, Nachname, Vorname

Ggf. Name MVZ

Straße & Hausnummer **(Praxisanschrift)** Telefon

PLZ und Ort Fax

E-Mail-Adresse Umsatzsteuer-ID

**Bankverbindung (Vertragsvergütung soll auf folgendes Konto überwiesen werden)**

Kreditinstitut

IBAN (zwingend erforderlich) BIC (zwingend erforderlich)

Kontoinhaber

**Höhe der vertraglichen Verwaltungskosten**

Die Verwaltungskosten gemäß Vertrag betragen 3,57 % der Vertragsvergütung (Honorar gem. Vertrag, Sachkosten). Für Nicht-Mitglieder des MEDI Baden-Württemberg e.V./ BDRh e.V. oder der Rheumaexperten BW eG werden zusätzliche Verwaltungskosten von weiteren 0,595 % erhoben. Die einmalige Verwaltungsgebühr zur Vertragsteilnahme beträgt 357 € (max. 714 € je HSBNR).

**Vertragsteilnahme des Vertragsarztes/MVZ**

**Hiermit beantrage ich verbindlich meine Teilnahme am Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V – Modul Rheumatologie. Ich verpflichte mich zur Einhaltung sämtlicher Pflichten nach dem Vertrag, auch wenn diese im Folgenden nicht gesondert genannt sind.**

1. Ich bin umfassend über meine vertraglichen Rechte und Pflichten informiert. Insbesondere ist mir bekannt, dass
   - die Behandlung und Abrechnung über diesen Vertrag erst erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung durch eingeschriebene FACHÄRZTE gegeben ist (§ 17 Abs. 1 i.V.m. Anlage 8);
   - die Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag erst erfolgen kann, wenn die KVBW mit der AOK einen sog. Bereinigungsvertrag geschlossen hat (§ 24 Abs. 1);
   - die Managementgesellschaft mich über das Eintreten dieser beiden o.g. Bedingungen umgehend informiert;
   - meine Vertragsteilnahme mit Zugang eines Bestätigungsschreibens über die Vertragsteilnahme beginnt. Der Zugang kann durch die Übermittlung per Telefax erfolgen;
   - ich meine vertraglichen Pflichten insbesondere zur Versicherteneinschreibung (§ 4 Abs. 1), im Zusammenhang mit der Qualitätssicherung sowie zur Einhaltung und Gewährleistung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den allgemeinen gesetzlichen Regelungen zu erfüllen habe und meine Vertragsteilnahme bei Nichterfüllung meiner vertraglichen Pflichten beendet werden kann;
   - ich selbst meine Vertragsteilnahme mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem MEDIVERBUND kündigen kann;
   - sich gemäß § 19 des Vertrages mein vertraglicher Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von mir vertragsgemäß erbrachten und abgerechneten Leistungen gegen die Managementgesellschaft richtet und ich Überzahlungen zurückzahlen muss. Die mögliche Erhebung einer Bearbeitungsgebühr bei Doppel- und Fehlabrechnungen ist mir bekannt;
   - die Managementgesellschaft das von AOK/ Bosch BKK geleistete Honorar weiterleitet, indem er dieses unter Abzug der von mir zu tragenden vertraglichen Verwaltungskosten auf das oben genannte Konto überweist. Die Höhe der Verwaltungskosten habe ich zur Kenntnis genommen;
   - ich dem MEDIVERBUND Änderungen, die sich auf meine Teilnahme an diesem Vertrag auswirken (z.B. Zulassungsrückgabe), spätestens 3 Monate vor Eintritt der Änderungen mitteile. Sollte ich zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderungen erlangen, ist diese unverzüglich mitzuteilen.
   - Mein Name, meine Praxisanschrift und meine Telefon-/Faxnummer sowie die für die Vertragsarztsuche erforderlichen Angaben werden in einem Verzeichnis auf den Internetseiten der AOK, der Bosch BKK, des MEDIVERBUNDES und des MEDI e.V. veröffentlicht. Zusätzlich werden diese Daten an teilnehmende HZV-Vertragsärzte zur Weitergabe an Patienten weitergegeben und ggf. in der entsprechenden Vertragssoftware hinterlegt. Hinweise zum Datenschutz finden Sie auf Seite 3 dieses Formulars.

2. Ich erkläre, dass ich die Teilnahmevoraussetzungen zum Vertragsbeginn erfülle. Diese Teilnahmeerklärung (inkl. Folgeseiten) und meine hiermit abgegebenen Erklärungen sind Bestandteil des Vertrages.

**Unterschrift Vertragsarzt**
**Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**

**Datum (TT.MM.JJ)**

**Stempel der Arztpraxis/ des MVZ**

**Teilnahmeerklärung zum Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie in Baden-Württemberg nach § 73c SGB V**

## Teilnahmevoraussetzungen

**1. Persönliche Voraussetzungen:**

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

☐ Ich habe eine Zulassung zur fachärztlichen Versorgung gem. § 73 Abs.1a Satz 2 SGB V als Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie
☐ Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte sind in Baden-Württemberg (Nachweis: KV-Zulassung oder KV-Registerauszug)
☐ Teilnahme an einer Vertragsschulung ist bereits erfolgt (Nachweis: Teilnahmebescheinigung)
☐ Erfüllung der Fortbildungspflichten nach § 95 d SGB V (Nachweis: Selbstauskunft)
☐ Verpflichtende Teilnahme von mindestens 1 Fortbildung pro Jahr mit insgesamt 8 CME Punkten (ab Vertragsstart) zu den inhaltlichen Schwerpunktthemen des Moduls Rheumatologie (gemäß Anlage 2a) (Nachweis: Selbstauskunft, Stichproben durch die Managementgesellschaft)
☐ Teilnahme von mindestens 1 Qualitätszirkel/Webinar je vollendetem Halbjahr

**2. Voraussetzungen der Praxis/ BAG/ MVZ**

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

☐ Ausstattung mit einer vertragskompatible IT und Anbindung über ISDN bzw. DSL
☐ Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem)

☐ Vertragssoftware ist installiert für ☐ AOK ☐ Bosch BKK _____
Name, Version (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

☐ Konnektor ist vorhanden oder ☐ Online Key ist vorhanden (Nachweis: Selbstauskunft/ Bestätigungsformular)

## Voraussetzungen für die Abrechnung von Leistungen

**1. Allgemeine Voraussetzungen zur Abrechnung (Anlage 12a)**

**Bitte beachten Sie:**

- Für Einzelpraxen, Praxen mit angestellten Ärzten, BAG und MVZ gilt: Für eingeschriebene Versicherte dürfen keine Leistungen aus dem Ziffernkranz (Anlage 12 Anhang 1) oder aus einem anderen AOK-Facharzt-Programm bzw. Bosch BKK Facharzt-Programm über die KV abgerechnet werden (vgl. insbesondere Anlage 12a Abschnitt III Ziff. II Abs. 1 sowie Abschnitt III Ziff. IV Abs. 5).
- MVZ/BAG/Praxen mit angestellten Ärzten: Falls einzelne Leistungen nicht von Ihnen selbst erbracht werden (z.B. Duplex), bitten wir Sie, den leistungserbringenden Arzt auf der nächsten Seite (Seite 3) anzugeben.

**2. Voraussetzungen zur Abrechnung einzelner Leistungen**

**Bitte beachten Sie: Sie können nur solche Leistungen abrechnen, für die Sie selbst oder andere Mitglieder der Praxis/ BAG/ MVZ die Abrechnungsvoraussetzungen erfüllen.**

☐ Strukturierte Patientenschulung (StruPI) (Nachweis Selbstauskunft)

**Zur Abrechnung der nachfolgenden Leistungen ist zusätzlich eine Vorhaltung der entsprechenden Geräte im Praxisgebäude zwingend erforderlich:**

☐ Sonografie (Nachweis: KV-Genehmigung; KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 33040-43, 33050-52, 33060-64)
☐ Power-Doppler (Nachweis Selbstauskunft)

**Zur Abrechnung der nachfolgenden Leistung ist eine Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe erforderlich (bei Gerätegemeinschaften einem Arzt zuzuordnen):**

☐ Konventionelle Radiologie (Nachweis: KV-Zulassung; KV-Abrechnung mind. 1 Ziffer aus 34210, 34220-22,34230-34, 34237-38, 34240-41, ff.)
☐ Knochendichtemessung mittels DXA (Nachweis: Kauf- bzw. Leasingvertrag des Gerätes und Anmeldung laut Strahlenschutzvereinbarung)

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

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

LANR (7- oder 9-stellig)
☐☐☐☐☐☐☐☐☐

_____
Titel, Nachname, Vorname Fachgebiet

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

**Hinweise zum Datenschutz nach Art. 13 DSGVO**

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

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

Verantwortlicher im Sinne der Datenschutzgrundverordnung ist: MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart, Telefon: (07 11) 80 60 79-0, datenschutz-team@medi-verbund.de
Datenschutzbeauftragter: Markus Zechel, migosens GmbH, Wiesenstr. 35, 45473 Mülheim an der Ruhr, datenschutz-team@medi-verbund.de.

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

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

☐ **Hiermit trete ich der Ergänzungsvereinbarung zur Sofortabrechung nach Einschreibung der Facharztverträge in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V bei.**

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

**Mir ist im Besonderen bewusst, dass:**

- nur Versicherte situativ abgerechnet werden können, die
  1. zum Behandlungsdatum gültig in den HZV-Vertrag (AOK HausarztProgramm bzw. Bosch BKK Hausarztprogramm) eingeschrieben sind.
  2. eine Teilnahmeerklärung für das Facharztprogramm ihrer Krankenkasse ausgefüllt und unterzeichnet haben. (Einschreibung und unverzügliche Einreichung bei der Krankenkasse immer verpflichtend)
  3. ihren Wohnsitz in Baden-Württemberg haben.
- die Sofortabrechnung nach Einschreibung für einen Patienten nur für das situative Einschreibequartal und maximal das Folgequartal durchgeführt werden kann.
- die vollständige 73c-Vergütung der Sofortabrechnung nach Einschreibung nur bei gültiger Einschreibung des Versicherten/Patienten in das FacharztProgramm vergütet wird. Sollte bis zum 2. Quartal, das auf das erste Quartal der Sofortabrechnung nach Einschreibung folgt, keine wirksame Einschreibung erfolgt sein, wird die Vergütung vermindert.
- ich meine situativen Abrechnungsdaten immer spätesten bis zum 5. Kalendertag des auf das Abrechnungsquartal folgenden Quartals bei der Managementgesellschaft einreichen muss, da sonst keine Sofortabrechnung nach Einschreibung stattfinden kann.
- eine Korrektur oder Nachabrechnung für situative Abrechnungsdaten grundsätzlich nicht möglich ist.
- der FACHARZT, der einen Patienten in einem Quartal situativ behandelt und abrechnet, im gleichen Quartal, d. h. vor oder nach der Sofortabrechnung nach Einschreibung, keine Leistungen des im Facharztvertrag vereinbarten Zifferkranzes mehr gegenüber der KV BW abrechnen kann.
- ich die Option habe, je Versichertem und Quartal entweder situativ oder über die KV abzurechnen.
- meine Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung an die Krankenkassen und die KV gemeldet wird.
- die Teilnahme an der Sofortabrechnung nach Einschreibung mit der Bestätigung der Managementgesellschaft in Kraft tritt.

**Unterschrift Vertragsarzt**
**Bei MVZ: Unterschrift ärztlicher Leiter MVZ**

**Datum (TT.MM.JJ)**

| | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | |

**Stempel der Arztpraxis/ des MVZ**

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

# Qualifikations- und Qualitätsanforderungen

## ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Anlage 12 des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1 (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

**Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12 erfüllt werden:**

**Allgemein:**

Zulassung als Facharzt für Orthopädie, Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie oder Facharzt für Chirurgie.
Die in den Punkten 1 bis 4 genannten Medizingeräte müssen sich im Praxisgebäude befinden.

**(1) Konventionelle Radiologie: Anwendung von Rö-Strahlen**

Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des Skelettes.
Einhaltung der Rö-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungs- Maßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung. Die Fach-und Sachkunde ist regelmäßig zu rezertifizieren.

**(2) Für die Sonografie und/oder Doppler-Sonografie:**

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonografie der Bewegungsorgane und/oder der Säuglingshüfte.
Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung.

**(2a) Duplex-Sonografie**

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonografie

**(3) Für die Knochendichtemessung DXA**

Zur Knochendichtemessung dürfen nur Geräte nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren eingesetzt werden. Arbeitstägliche Qualitätssicherung und Abschätzung der Varianz gemäß den Richtlinien der Rö-Verordnung und der S3-Leitlinie zur Osteoporose für Diagnostik und Therapie.

**(4) Für das ambulante Operieren:**

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung ambulanter Operationen. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 15 und des § 115b Abs. 1 SGB V in der jeweils aktuell gültigen Fassung.

**(5) Hygiene**

Einhaltung der Hygienestandards in der jeweils gültigen Fassung der Hygieneverordnung bei den Maßnahmen der Diagnostik und Therapie.

**(6) Für die Akupunktur**

Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für vertragsärztliche Behandlung mittels Akupunktur. Für die Akupunktur gelten die Qualitätssicherungsvereinbarung der KV zur Akupunktur bei chronisch schmerzkranken Patienten nach § 135 Abs. 2 SGB V“ (Qualitätssicherungsvereinbarung Akupunktur).

**(7) Für die Rehabilitation**

Versorgung betroffener Patienten mit medizinischen Rehabilitationsleistungen nach den §§ 40 und 41 SGB V auf Basis der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in ihrer jeweils aktuellen Fassung. Qualifikation des verordnenden Arztes entsprechend § 11 der Richtlinie.

**(8) Spezielle Schmerztherapie**

Nachweis der KV-Abrechnungsgenehmigung.

**(9) Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT)**

Die Vergütung des ESWT-Zuschlags setzt das Vorliegen des Bestätigungsformulars Stoßwelle voraus. Der ESWT-Zuschlag wird erstmalig in dem Quartal bezahlt, in dem das Bestätigungsformular der MEDIVERBUND AG vorgelegt wurde.

**(10) Einhaltung von Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetreiberverordnung**

Der Wegfall oder Änderungen der Voraussetzungen, die in den obengenannten Abschnitten benannt wurden, sind der Managementgesellschaft unverzüglich anzuzeigen.

## ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a und b) des Vertrages)

**(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß §5 Abs. 3 lit. a**

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

**(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrags für FACHÄRZTE (gemäß §5 Abs. 3 lit b des Vertrages)**

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden Württemberg mit der AOK sollen 4 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. Je vollendetem Halbjahr ist der Besuch von mindestens einem Qualitätszirkel verpflichtend.

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die Qualitätszirkel über ein von den Vertragspartnern zu benennendes Institut organisiert und durchgeführt werden. Für die Qualitätszirkel sollen unter anderem anonymisierte Daten aus Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit (siehe ABSCHNITT III) aufbereitet werden. Darüber hinaus können weitere Themen erarbeitet werden, zu denen die Daten noch von den Vertragspartnern zu definieren sind.

**(3) Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV Versicherten**

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

Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der FACHARZT im Rahmen der Qualitätszirkel ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den FACHARZT versandt, bzw. können zukünftig ggf. auch elektronisch übermittelt bzw. abrufbar bereitgestellt werden.

## ABSCHNITT III Erstellung eines individuellen Arzt-Feed-Backs mittels Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit von 73c-Versicherten in orthopädischer Versorgung

Der FACHARZT erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1) damit einverstanden, dass die AOK bzw. BKK über ein drittes unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen zur Patientenzufriedenheit durchführt. Ziel ist eine arztbezogene Prozessevaluation, über die das Erreichen der Vertragsziele unterstützt werden soll.

Die Vertragspartner definieren ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter, das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung sowie zur Verordnungsanalyse.

Zur Durchführung der Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und zur Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte beauftragen die Vertragspartner ein oder mehrere unabhängige Forschungsinstitute. Darüber hinaus sollen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel einfließen (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feed-Back ist nur für den Arzt vorgesehen.

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

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

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

(1) Die orthopädisch/chirurgisch tätigen Ärzte bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT jeweils 2 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.

(2) Die Vorsitzenden der Landesverbände des BVOU zertifizieren gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V.“ ) jährlich Fortbildungsveranstaltungen, die sich insbesondere mit den orthopädischen Versorgungsschwerpunkten gem. Anlage 12 und Anlage 17 beschäftigen, namentlich Rückenschmerz, Arthrose, Osteoporose, rheumatische Erkrankungen. Dazu gehören auch die Rationale Pharmakotherapie, orthopädische Heil- und Hilfsmittel, bio-psycho-soziale Versorgung sowie präventive Information und motivationale Beratung.

(3) MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK zur Verfügung. Die AOK kann Vorschläge zu Qualitätszirkel- und Fortbildungsthemen einbringen.

## ABSCHNITT VI: Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 SGB V (Anhang 1 Anlage 2, § 5 Abs. 3 lit. c) des Vertrages)

Qualitätssicherung zur Indikationsstellung und ggf. Durchführung invasiver Verfahren (hier Arthroskopie)

Qualitätssicherungsmaßnahmen weiterer invasiver Verfahren können ergänzt werden.

## Abschnitt VII. Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat. Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

# Qualitätssicherung zur Indikationsstellung und ggf. Durchführung invasiver Verfahren (hier Arthroskopie)

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Qualitätssicherung zur Indikationsstellung und ggf. zur Durchführung invasiver Verfahren an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Indikationsstellung und Durchführung eines operativen Eingriffes bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine evidenzbasierte und leitliniengerechte sowie unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Indikation stellen und ggf. invasive Eingriffe durchführen.

Die Empfehlungen, welche in die Qualitätssicherungsmaßnahmen eingeflossen sind, sind von einem Gremium aus Experten, Ärzten der AOK und BKK sowie aus Vertretern von BVOU / BNC und MEDIVERBUND auf der Basis von medizinischen und ökonomischen Kriterien unter Einbeziehung systematischer Bewertungsverfahren erarbeitet worden. Es handelt sich dabei um einen permanenten Prozess, die Empfehlungen werden laufend fortgeschrieben und an die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen angepasst.

Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

## Qualitätssicherung der Arthroskopie des Kniegelenkes

**Zentrale Qualitätsanforderungen sind die**

- Indikationsstellung,
- Operationsdurchführung,
- Wiederholungseingriffe und
- Nachsorge.

**Hintergrund zu Qualitätssicherungsmaßnahmen bei der Arthroskopie des Kniegelenkes**

- die Eingriffszahlen sind hoch und weiterhin ansteigend.
- die Defizite bei der Leistungserbringung sind ausweislich der KBV-Qualitätsberichte

(Stichprobenprüfungen der KV-Kommissionen nach der QB-RL des G-BA) seit Jahren besonders hoch (40 % erhebliche und schwerwiegende Mängel), wobei eine Mängeldifferenzierung allerdings nicht mitgeteilt wird.

- der Erwerb besonderer Qualifikation (AGA-Arthroskopeur) ist fakultativ.
- es gibt zahlreiche arthroskopische Eingriffsarten; am häufigsten ist die „einfache" Meniskusteilresektion.

- die **Indikationsstellung** zu den einzelnen Eingriffsarten ist sehr wenig standardisiert.
- die Komplikationsrate der häufigsten Eingriffe (Meniskusresektion) ist gering, nicht jedoch bei komplexen Operationen, wie z.B. der Kreuzbandrekonstruktion.
- wiederholte Arthroskopien („repeat arthroscopy") sind häufig, was durch die Eingriffskleinheit gefördert wird.
- die **Nachsorge** erfolgt meistens weg vom „fallkundigen" Operateur.
- die subjektiven **Patientenergebnisse** werden zu wenig berücksichtigt

**Ziele und Maßnahmen zur Qualitätssicherung (QS) im 73c Vertrag**

- QS der Indikationsstellung
- QS des Operationsablaufes: Dokumentation
- Verlaufskontrolle durch den Operateur (z.B. 2 Wochen nach Resektion, 6 Wochen nach Meniskusnaht, 12 Wochen nach Kreuzbandrekonstruktion)
- Gute Indikationsstellung, mit Einbindung des Voroperateurs und Dokumentation bei Repeat-Arthroskopien (innerhalb von 2 Jahren)

**Vorgehen**

Zusammen mit der Formulierung von Qualitätsvorgaben sind QS-Instrumente festzulegen:

- Stichprobenverfahren
- datengestütztes Verfahren
- Abrechnungsdaten
- Patientenbefragung

## Qualitätssicherungsmaßnahmen und Qualitätsvorgaben

### a. Indikationsqualität

**AQUA-Abschlussbericht zur einrichtungs- und sektorenübergreifenden Qualitätssicherung der Arthroskopie am Kniegelenk (s. Anhang)**

27 Qualitätsindikatoren wurden entwickelt, wobei sich 5 Indikatoren explizit auf die Indikationsqualität beziehen (Nummern 1, 3, 7, 23, 26) (durch Stichprobenkontrolle / AOK Abrechnungsdatenerhebung zu überprüfen).

- Möglichst **selten arthroskopische Lavage oder arthroskopisches Débridement** bei Patienten mit führender Indikation **Gonarthrose** (Ind. Nr. 1).

Die Operationsindikation bei Vorliegen einer Gonarthrose muss plausibel begründet sein.

- Vorliegen mindestens einer der folgenden Voraussetzungen bei der Indikation zur **vorderen Kreuzbandrekonstruktion** (Ind. Nr. 3):
  1. Komplexe Knieverletzung mit Instabilität des vorderen Kreuzbandes und der Seitenbänder
  2. Objektive Instabilität mit deutlich positivem Pivot-Shift- oder Jerk-Test oder „++ Seitendifferenz“ im Lachman-Test
3. Kombination vordere Kreuzbandruptur und nahtfähige Meniskusläsion
4. Subjektive Instabilität beim Sport oder im täglichen Leben, rezidivierende Giving-way-Ereignisse mit Gelenkschwellungen
5. Wunsch nach Belastungsfähigkeit für kniebelastende Sportarten und berufliche Tätigkeit
6. Begleitende Meniskusläsion
7. Instabilitätsbedingter Knorpelschaden
8. Kombinationseingriff mit valgisierender Osteotomie

- **Alleinige diagnostische Arthroskopie am Kniegelenk** (Ind. Nr. 7):

Die Operationsindikation bei einer diagnostischen Arthroskopie muss plausibel begründet sein. D.h., dass z.B. trotz physikalischer Therapie oder adäquater analgetischer Behandlung Schmerzen und Funktionseinschränkungen fortbestehen und auch eine kernspintomographische Untersuchung keine Ursachenklärung erbracht hat.

- **Zur Indikationsstellung bei degenerativer Meniskusläsion ist folgender Algorithmus festgelegt (Ind. Nr. 26 und Nr. 23):**

**Lokalisation Kniegelenk**

**UND**

**Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen**

**ODER**

**Rezidivierender Gelenkerguss**

**UND**

**Ausschöpfung konservativer Therapiemaßnahmen**

**ODER**

**Gelenkblockierung**

**UND**

**Mindestens ein dokumentierter positiver klinischer Meniskustest**

**ODER**

**Nachweis einer Grad-3-Läsion des Meniskus in der MRT**

- Zur Indikationsstellung bei **akuter Meniskusläsion** ist folgender Algorithmus festgelegt, wobei unter einer akuten Meniskusläsion eine Läsion bei benennbarem Trauma (Kniegelenksdistorsion, v.a. Sportunfälle) zu verstehen sind, die Tage bis wenige Wochen zurückliegen.

| **Eingriff** | **Konservative Behandlung** | **Subjektive Beschwerden** | **Objektive Symptome** | **Bildgebung** |
|---|---|---|---|---|
| Diagnostische Arthroskopie | Medikamentöse Behandlung oder Physiotherapie<br>**UND** | anhaltender Schmerz und Funktionsein-schränkung trotz konservativer Behandlung | **UND** | Bildgebung erbringt keine Ursachenkläru ng |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Meniskektomie oder Wiederherstel-lung des Meniskus | (nicht bei Knieblockade erforderlich)<br><br>Medikamentöse Behandlung oder Physiotherapie oder Veränderung von Bewegungsabläuf en, Bewegungen<br><br>**UND** | Gelenkschmerz oder Schwellung oder Gefühl der Instabilität / Weggleiten oder Blockade, „clicking“, Herausspringen<br><br>**UND** | Positives Mc Murray’s Zeichen oder joint line tenderness oder Erguss oder Bewegungseinschr änkung oder Blockade, „clicking“, Herausspringen oder Reibung<br><br>**UND** | (nicht bei Knieblockade erforderlich)<br><br>MRI weist „meniscal tear“ auf |

Algorithmus des Workers‘ Compensation Board, 2. Auflage, 2013 (http://www.wcb.ny.gov/content/main/hcpp/MedicalTreatmentGuidelines/KneeInjuryMTG2012.pdf)

## b. Prozessqualität

**Richtlinie nach § 136 Abs. 2 SGB V**

In der Qualitätsbeurteilungs-Richtlinie „Arthroskopie“ (Inkrafttreten: 3. März 2010) des G-BA sind Anforderungen an die schriftliche und bildliche Dokumentation formuliert. Aufgrund der Unspezifität der Festlegungen ist es ohne Bedeutung, dass diese Richtlinie auch Schulterarthroskopien adressiert. Stichprobenprüfungen könnten nachweisen, ob die einzelnen Dokumentationsvorgaben **vollständig** sind und ob die Angaben **schlüssig** und **nachvollziehbar** sind.

Die empfohlenen Vorgaben entstammen der o.g. Richtlinie (§§ 3 und 4):

**Anforderungen an die schriftliche Dokumentation**

Aus dem Operationsbericht sollten folgende Angaben hervorgehen:

- Patientenidentifikation (Name, Vorname, Geburtsdatum)
- Operationsdatum
- Name des/der Operateur / In, ggf. der Assistenten / Innen und der Anästhesten / Innen
- Indikationsstellung
- Diagnose mit Seitenangabe
- Durchgeführte Operation n
- ggf. Blutsperrezeit/Blutleerezeit
- Lagerung der Patienten / Innen
- Operationsdauer
- bei Normalbefund entsprechende Feststellung
- bei pathologischem Befund detaillierte Beschreibung (Lokalisation mit Seitenangabe, Größe, Form, Struktur usw.)
- Beschreibung des operativen Vorgehens
- Beschreibung des Endbefundes nach Abschluss der Operation
- begründete Benennung nicht dargestellter bzw. in der Bilddokumentation nicht zu beurteilender Areale
- Angabe zur Indikation eventueller Folgeeingriffe oder konservativer Maßnahmen.

http://www.lni.wa.gov/ClaimsIns/Files/OMD/MedTreat/KneeSurgery.pdf (Zugriff: 8.2.13)

**Anforderungen an die bildliche Dokumentation**

- Die Dokumentation kann auf Videoband, Prints oder allgemein lesbaren digitalen Datenträgern (CD, DVD) erfolgen und muss zugreifbar archiviert sein. Sie muss klar und nachvollziehbar gekennzeichnet sein und eindeutig einer Patientin oder einem Patienten zuordnen bar sein.
- Zur eindeutigen Identifikation müssen aus der Bilddokumentation ersichtlich sein:
    - Patientenidentifikation
    - Operationsdatum
    - Name des/der Operateur / In und der Praxis bzw. Klinik

- Die Bilddokumentation muss einer Beurteilung des präoperativen Befundes und des Operationsergebnisses ermöglichen, ggf. unter Verwendung eines Tasthakens.
- Der präoperative Befund und das postoperative Ergebnis sollten aus einer vergleichbaren Perspektive und Kameraeinstellung vorgenommen werden.
- Falls im Ausnahmefall wegen eiens unvorhergesehenen technischen Defekts eine Bilddokumentation nicht möglich ist, muss dies im Operationsbericht unter Angabe der Gründe vermerkt werden.
- Bei allen Arthroskopien des Kniegelenks ist ein diagnostischer Rundgang zu dokumentieren mit obligater Darstellung aller Kompartimente einschließlich
  - Innenmeniskus mit Hinterhorn
  - Außenmeniskus mit Hinterhorn
  - Interkondylarregion (vorderes/hinteres Kreuzband)
  - Femuropatellagelennk
  - Ggf. Darstellung der Befunde, die wesentlich sind für die Indikation eines Folgeeingriffes oder das weitere konservative Vorgehen (z.B. Knorpelschäden, Synovitiden, Bandverletzungen).

Bei der Dokumentationsvorgabe zum Operationsgrund (gelb markiert) wird auf den Nachweis der Indikationsvorgaben zu den häufigsten Eingriffen, nämlich der Meniskusresektion (degenerative/akute), der Arthroskopie bei Gonarthrose und der Kreuzbandrekonstruktion verwiesen.

## c. Repeat-Arthroskopie

Es besteht eine Dokumentationspflicht jeder Repeat-Arthroskopie (Intervall: 2 Jahre), der Voroperateurs sollte in die Berichterstattung eingebunden werden, an die AOK. Ziel ist, „frustrane“ Arthroskopien zu vermeiden.

## d. Nachsorge

**Eine vertragliche Regelung beinhaltet eine verpflichtende Kontrolluntersuchung beim Operateur nach einem bestimmten Zeitintervall (siehe oben).**

In vielen Arthroskopie-Einrichtungen erfolgt nach dem Eingriff keine „fallkundige“ Nachsorge; sie wird vom überweisenden Orthopäden oder von Hausärzten übernommen. Damit entfällt die Gewährleistung einer eingriffsspezifisch kompetenten Versorgung mit Physiotherapie, verlaufsbezogenen Anweisungen und die etwaige Indizierung weiterer Maßnahmen. Zudem erhält der Operateur nicht oder zu spät die Rückspiegelung seines Ergebnisses durch den Patienten (Schmerzchronifizierung, doctor hopping etc.).

# Qualifikations- und Qualitätsanforderungen für die internistische Rheumatologie

## ABSCHNITT I: Qualitätsanforderungen im Rahmen des Vertrages

Die Qualitätsanforderungen beziehen sich auf die Qualifikation zur Erbringung von Leistungen im Rahmen der Anlage 12a des Vertrages. Sie teilen sich auf in persönliche Voraussetzungen und apparative bzw. Praxis-Ausstattung. Diese sind aufgeführt in Anlage 1a (Teilnahmeerklärung Arzt) und in dieser Anlage 2a. Basis sind die Anforderungen der Kassenärztlichen Vereinigung für deren Zulassungsvoraussetzungen und die speziell für diesen Vertrag angestrebte Qualitätsförderung.

**Folgende Voraussetzungen müssen von den teilnehmenden FACHÄRZTEN grundsätzlich und / oder für die Abrechnung bestimmter Leistungen aus Anlage 12a erfüllt werden:**

**Allgemein:**
Zulassung für Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie.

Vorhaltung des Geräts im Praxisgebäude zwingend erforderlich:

**(1) Sonographie**
Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonographie. Einhaltung der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils gültigen Fassung.

**(2) Farb-Duplex-Sonographie - Power-Doppler**
Apparative Voraussetzung zur Durchführung der Leistung Power-Doppler mit einem Gerät zur Farb-Duplex-Sonographie.

Vorhaltung des Geräts in Praxisnähe erforderlich (bei Gerätegemeinschaften einem Arzt zuzuordnen):

**(3) Konventionelles Röntgen**
Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen. Einhaltung der Verordnung über den Schutz vor Schäden durch Röntgenstrahlen (RöV) und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die

ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung. Die Fach- und Sachkunde ist regelmäßig zu rezertifizieren.

**(4) Osteodensitometrie (DXA)**

Zur Knochendichtemessung dürfen nur Geräte nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren eingesetzt werden. Arbeitstägliche Qualitätssicherung und Abschätzung der Varianz gemäß den Richtlinien der Rö-Verordnung und der S3-Leitlinie zur Osteoporose für Diagnostik und Therapie.

Voraussetzung zur Abrechnung der Einzelleistung RE1:

**(5) Patientenschulung StruPI (Strukturierte Patienteninformation)**

Erfolgreicher Abschluss eines Seminars zur Strukturierten Patientenschulung durch die rheumatologische Fortbildungsakademie (Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren, Berufsverband Deutscher Rheumatologen und Deutsche Rheuma-Liga).

Grundsätzliche Voraussetzungen, welche von den teilnehmenden FACHÄRZTEN erfüllt werden müssen:

**(6) Hygiene**

Einhaltung der Hygienestandards in der jeweils gültigen Fassung der Hygieneverordnung bei den Maßnahmen der Diagnostik und Therapie.

**(7) Für die Rehabilitation**

Versorgung betroffener Patienten mit medizinischen Rehabilitationsleistungen nach den §§ 40 und 41 SGB V auf Basis der Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über Leistungen zur medizinischen Rehabilitation (Rehabilitations-Richtlinie) in ihrer jeweils aktuellen Fassung. Qualifikation des verordnenden Arztes entsprechend § 11 der Richtlinie.

**(8) Einhaltung von Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetreiberverordnung**

Der Wegfall oder Änderungen der Voraussetzungen, die in den obengenannten Abschnitten benannt wurden, sind der Managementgesellschaft unverzüglich anzuzeigen.

## ABSCHNITT II: Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln zur Arzneimitteltherapie (§ 5 Abs. 3 lit. a) und b) des Vertrages) und zu vertragsspezifischen Themen

**(1) Teilnahme an Qualitätszirkeln im Rahmen des HZV-Vertrages gemäß § 5 Abs. 3 lit. a)**

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

**(2) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln im Rahmen dieses Vertrages für RHEUMATOLOGEN (gemäß § 5 Abs. 3 lit b) des Vertrages)**

Im Rahmen des Vertrages zur fachärztlichen Versorgung in Baden-Württemberg mit der AOK und BKK sollen 4 strukturierte Qualitätszirkel pro Kalenderjahr etabliert werden. In Abstimmung mit den Vertragspartnern können Qualitätszirkel auch als Webinare angeboten werden. Je vollendetem Halbjahr soll mindestens ein Qualitätszirkel / Webinar besucht bzw. durchgeführt werden. In einem Qualitätszirkel pro Kalenderjahr werden zwischen den Vertragspartnern festgelegte vertragsspezifische Themen behandelt, ggf. mit Unterstützung durch ein unabhängiges (Forschungs)-Institut.

Die Vertragspartner beabsichtigen die wesentlichen Versorgungsziele (z. B. frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung) z. B. durch multidisziplinäre Qualitätszirkel / Fortbildungen entsprechend zu vertiefen.

**(3) Erstellung von Verordnungsanalysen unter Nutzung von Verordnungs- und Diagnosedaten von HZV-Versicherten**

Der RHEUMATOLOGE erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1a) damit einverstanden, dass die AOK/BKK ihr vorliegende Verordnungs- und Diagnosedaten von AOK-/BKK-Versicherten in pseudonymisierter Form, ggf. durch ein unabhängiges (Forschungs-)Institut, z. B. für die Nutzung im Rahmen der Qualitätszirkelarbeit zur

Erstellung von Verordnungsanalysen aufbereiten lassen kann. Verantwortliche Stelle im Sin-

ne des Datenschutzrechts ist die AOK. Pseudonymisieren bedeutet das Ersetzen des Namens und anderer Identifikationsmerkmale des AOK-/BKK-Versicherten durch ein Kennzeichen/Pseudonym zu dem Zweck, die Bestimmung des Betroffenen auszuschließen oder wesentlich zu erschweren. Die Nutzung der Verordnungs- und Diagnosedaten in solchermaßen pseudonymisierter Form erfolgt für die Analyse der indikationsbezogenen Verordnungsweise des individuellen RHEUMATOLOGENS und ausschließlich für die Dauer der Teilnahme an einem Qualitätszirkel. Seine praxisindividuellen Verordnungsanalysen erhält der RHEUMATOLOGE, ggf. im Rahmen der Qualitätszirkel, ausschließlich persönlich. Die Verordnungsanalysen werden per Post an den RHEUMATOLOGEN versandt bzw. können zukünftig ggf. auch elektronisch übermittelt bzw. abrufbar bereitgestellt werden.

## ABSCHNITT III: Erstellung eines individuellen Arzt-Feedbacks mittels Patientenbefragungen von am AOK-FacharztProgramm / Facharzt-Programm der Bosch BKK teilnehmenden Versicherten in der internistisch rheumatologischen Versorgung

Der RHEUMATOLOGE erklärt sich mit Abgabe seiner Teilnahmeerklärung zum Vertrag (Anlage 1a) damit einverstanden, dass die AOK bzw. BKK ggf. über ein drittes unabhängiges Forschungsinstitut Patientenbefragungen durchführen kann. Ziel ist eine arzt- und patientenbezogene Evaluation, z. B. zu Prozessen, Patientenzufriedenheit sowie Elementen der Vertragsumsetzung (z. B. frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung, motivationale Beratung, gemeinsame bzw. partizipative Entscheidungsfindung).

Die Vertragspartner definieren, ggf. mit Unterstützung entsprechend qualifizierter Dritter das methodische Vorgehen zur Patientenbefragung.

Zur Durchführung möglicher Patientenbefragungen, zur Datenauswertung und Erstellung arztbezogener Feedback-Berichte können die Vertragspartner ein oder mehrere unabhängige Forschungsinstitute beauftragen. Es fließen ausschließlich anonymisierte Daten der Patientenbefragung in die Qualitätszirkel ein (siehe ABSCHNITT II. Abs. 2). Über die Einzelheiten der Inhalte der Beauftragung des Forschungsinstituts stimmen sich die Vertragspartner ab. Das individuelle Feedback ist nur für den Arzt vorgesehen.

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

Die Arbeitsgruppe Qualitätsförderung besteht aus Vertretern der Vertragspartner. Sie überprüft nach Bedarf die in diesem Vertrag zugrunde gelegten internistisch-rheumatologisch, evidenzbasierten, praxiserprobten Behandlungsempfehlungen, nach welchen die im § 5 Abs. 3 lit. b) und Abs. 5 lit. b) des Vertrages geregelte Versorgung der Patienten erfolgt und schlägt dem Beirat ggf. Änderungen vor. Die Behandlungsempfehlungen (siehe insbesondere Anlage 12a, Anlage 17) werden auf der Internetseite des MEDIVERBUNDES unter www.medi-verbund.de veröffentlicht. Der RHEUMATOLOGE stimmt einer Anpassung dieser Behandlungsempfehlungen schon jetzt zu.

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

Die RHEUMATOLOGEN bilden sich bereits jetzt entsprechend den berufs- und vertragsarztrechtlichen Pflichten fort. Pro Kalenderjahr sind vom RHEUMATOLOGEN jeweils mindestens 1 gemäß Abs. 2 zertifizierte Kurse bzw. Fortbildungen mit mindestens 8 Fortbildungspunkten zur Diagnostik und Behandlung der Krankheitsbilder der jeweiligen Fachgruppen zu absolvieren.

(1) Die Vorsitzenden des Landesverbands Baden-Württemberg des BDRh zertifizieren gemeinsam mit dem IFFM („Institut für fachübergreifende Fortbildung und Versorgungsforschung der MEDI Verbünde e.V.“) jährlich mindestens 1 Fortbildungsveranstaltung (ohne Pharmaindustrie), die sich mit der Rheumatologie gem. Anlage 12a und Anlage 17 beschäftigt. Dazu gehören in gemeinsamer Abstimmung zwischen allen Vertragspartnern vor allem folgende Themen:

- Unterstützung der bio-psycho-sozialen Informationsvermittlung, der motivationalen Beratung sowie der Umsetzung der Beratungsergebnisse nach gemeinsamer (partizipativer) Entscheidungsfindung v. a. zu nicht-medikamentösen und medikamentösen Themen
- Unterstützung der medikamentösen Maßnahmen z. B. gemäß aktuellem Stand der Rationalen Pharmakotherapie sowie auch der Rabattierung unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen, Nieren- und Leberfunktion, extraartikulärer Organmanifestationen und entsprechender Komorbiditäten sowie weiterer relevanter Komorbiditäten
- Unterstützung und Vernetzung der multidisziplinären bio-psycho-sozialen Versorgung zur entzündlichen Systemerkrankung des rheumatischen Formenkreises.

MEDIVERBUND führt eine kontinuierliche Liste über die Fortbildungsveranstaltungen und stellt sie der AOK/BKK zur Verfügung.

## Abschnitt VI. Evaluation

Die Vertragspartner können nach angemessener Vertragslaufzeit eine Evaluation des Vertrages durch Einschaltung eines externen universitären wissenschaftlichen Institutes durchführen. Über die Veröffentlichung der Ergebnisse entscheidet der Beirat. Dabei können insbesondere Verordnungs-, Diagnose- und Leistungsdaten sowie Daten aus Patienten-, Arzt-, MFA- bzw. EFA-Befragungen in anonymisierter Form genutzt werden. Die Verarbeitung und Nutzung der erhobenen Daten erfolgt jeweils unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften.

# Vertragssoftware und Hardware

## ABSCHNITT I: VERTRAGSSOFTWARE

### I. Zugelassene Vertragssoftwareprogramme

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

### II. Systemvoraussetzungen für die Vertragssoftwareprogramme

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

### III. Weitere technische Voraussetzungen für die Nutzung der Vertragssoftware

(1) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Anbindung über z.B. DSL. Empfohlen wird dabei die Nutzung einer Flatrate für die Datenübertragung.

(2) Ausstattung mit einem Arztinformationssystem/einer Praxissoftware mit Zertifizierung gemäß BMV-Ä.

### IV. Kosten für die Nutzung der Vertragssoftwareprogramme

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

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

## ABSCHNITT II: HARDWARE UND TRANSPORTVERSCHLÜSSELUNG

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

## I. Zulässige Datenübertragungswege

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

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

(2) Praxisbezogener HZV Online Key.

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

## ABSCHNITT III: TECHNISCHE FUNKTIONSSTÖRUNGEN

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

## Starterpaket FACHARZT

Das Starterpaket FACHARZT enthält insbesondere

- Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ für HzV-Versicherte;
- Teilnahmeerklärung „Bosch BKK-Facharztprogramm“ für HzV-Versicherte;
- „Merkblatt zum AOK-FacharztProgramm für Versicherte der AOK Baden-Württemberg“;
- „Merkblatt zum Facharztprogramm für Versicherte der Bosch BKK in Baden-Württemberg“;
- Bestellformulare für weitere Unterlagen

## PROZESSBESCHREIBUNG FACHARZT

## Vertragsbeitritt des FACHARZTES und Einschreibung von HzV-Versicherten in das AOK-FacharztProgramm und Bosch BKK-Facharztprogramm

# 0 Inhaltsverzeichnis

0 Inhaltsverzeichnis ... 1
1 FACHARZT ... 2
1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES ... 2
1.1.1 Versendung des Infopaketes ... 2
1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft ... 2
1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ ... 2
1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen ... 2
1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme ... 3
1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen ... 3
1.1.7 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses ... 3
1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand ... 3
1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand ... 3
1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg ... 4
1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland ... 4
1.2.4 Tod des FACHARZTES ... 4
1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ ... 4
1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT ... 4
1.3 Informationspflicht des FACHARZTES ... 5
2 Eingeschriebene Versicherte ... 5
2.1 Einschreibung der Versicherten (§ 4 Abs. 1 des Vertrages) ... 5
2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT ... 5
2.1.2 Beleglesung bei der AOK oder BKK ... 6
2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung ... 6
2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte ... 6
2.2 Änderungen im Versichertenbestand ... 7

# 1 FACHARZT

## 1.1 Vertragsteilnahme des FACHARZTES

### 1.1.1 Versendung des Infopaketes

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

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

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

### 1.1.2 Einschreibung als FACHARZT bei der Managementgesellschaft

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

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

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

### 1.1.3 Erfassung der teilnahmewilligen Ärzte/ MVZ

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

### 1.1.4 Überprüfung der Eingangs-Teilnahmevoraussetzungen

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

- Zulassung als Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Fachärzte für Chirurgie oder zugelassenes MVZ, das Leistungen nach diesem Vertrag durch o.g. tätige Ärzte erbringt, mit Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte in Baden-

Württemberg; persönlich ermächtigte Ärzte, die an diesem Vertrag teilnehmen, müssen die für die Behandlung notwendigen Räumlichkeiten in Baden-Württemberg nachweisen;

- Ausstattung mit einer Vertragssoftware;
- Vorhalten eines Konnektors/Online-Keys;
- Teilnahme des Arztes und mindestens einer/s medizinischen Fachangestellten (sofern vorhanden) an einer Vertragsschulung (Teilnahmebestätigung des Vertragsarztes bzw. angestellten Arztes im MVZ an einer Präsenzveranstaltung bzw. Online-Vertragsschulung); der Facharzt/das MVZ übermittelt die für ihn und den/die medizinische(n) Fachangestellte(n) ausgestellten Teilnahmenachweise an die Managementgesellschaft.

### 1.1.5 Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen und Beginn der Teilnahme

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

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

### 1.1.6 Versand des Starterpaketes bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen

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

### 1.1.7 Lieferung des Teilnehmerverzeichnisses

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

## 1.2 Änderungen im FACHARZT-Bestand

### 1.2.1 Relevante Änderungen im FACHARZT-Bestand

Änderungen im FACHARZT -Bestand können durch die FACH-ÄRZTE, die AOK und die BKK an die Managementgesellschaft gemeldet werden. Die Änderungsmitteilungen werden durch die Managementgesellschaft zeitnah geprüft und verarbeitet (vgl. zu den Informationspflichten

des FACHARZTES auch § 6 des Vertrages und unten Ziffer 1.3).

Folgende Änderungen haben Auswirkungen auf das Verzeichnis der FACHÄRZTE:

- Umzug des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg (Wechsel der Betriebsstätte, Wechsel der Betriebsstättennummer);
- Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland;
- Tod des FACHARZTES;
- Rückgabe/Entzug/Ruhen/Verzicht der/auf die Vertragsarztzulassung/Zulassung des MVZ;
- ordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung durch den FACHARZT;
- außerordentliche Kündigung gegenüber dem FACHARZT durch die Managementgesellschaft.
- Ablauf der persönlichen Ermächtigung, bei MVZ: Ausscheiden eines angestellten Arztes gemäß 1.1.4.

### 1.2.2 Wechsel des Vertragsarztsitzes innerhalb von Baden-Württemberg

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

### 1.2.3 Wechsel des Vertragsarztsitzes in ein anderes Bundesland

Zieht ein FACHARZT mit seinem Vertragsarztsitz aus Baden-Württemberg weg, endet automatisch die Vertragsteilnahme des FACHARZTES mit sofortiger Wirkung, ohne dass es einer Kündigung eines der Vertragspartner bedarf, da mit dem Wegzug die Zulassung in Baden-Württemberg endet (vgl. § 8 Abs. 1 des Vertrages).

### 1.2.4 Tod des FACHARZTES

Verstirbt ein FACHARZT, wird die Vertragsteilnahme zum Todestag beendet.

### 1.2.5 Wegfall der Zulassung als Vertragsarzt/MVZ

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

### 1.2.6 Kündigung durch oder gegenüber dem FACHARZT

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

### 1.3 Informationspflicht des FACHARZTES

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

## 2 Eingeschriebene Versicherte

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

#### 2.1.1 Einschreibung beim FACHARZT

Der Patient erklärt in der FACHARZT-Praxis seine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm. Der FACHARZT markiert in der Vertragssoftware den Patienten als potenziellen Teilnehmer und druckt die Teilnahmeerklärung aus. Das Formular Teilnahmeerklärung „AOK-FacharztProgramm“ bzw. „Facharztprogramm“ (BKK) darf durch den FACHARZT inhaltlich nicht verändert werden. Mit der Teilnahmeerklärung wird insbesondere

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

Darüber hinaus gelten alle Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 7.

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

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

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

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

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

### 2.1.2 Beleglesung bei der AOK oder BKK

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

### 2.1.3 Prüfung und Bestätigung der Versicherteneinschreibung

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

### 2.1.4 Übermittlung des Versichertenverzeichnisses und Teilnahmebeginn Versicherte

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

Wenn eine „Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm“ eines AOK-Versicherten bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn eines Abrechnungsquartals bei der AOK eingegangen ist (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November), führt dies in der Regel zur Einschreibung dieses Versicherten in das AOK-FacharztProgramm mit Wirkung zum nächsten Quartal. Die Managementgesellschaft erhält eine Liste der teilnehmenden Versicherten

grundsätzlich zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn des Abrechnungsquartals. Da diese Liste immer nur in Abhängigkeit zur aktuellen HZV-Liste erstellt werden kann, verständigen sich die Vertragspartner bei Abweichungen. Dasselbe gilt analog für die BKK und ihre Versicherten.

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

Die AOK und die BKK informieren ihre teilnehmenden Versicherten über den Teilnahmestatus und das Beginn-Datum.

## 2.2 Änderungen im Versichertenbestand

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

Änderungen im Versichertenbestand werden durch die AOK aufgenommen und im Rahmen der Lieferung eines historisierten Teilnehmerverzeichnisses (TVZ gemäß 2.1.4) an die Managementgesellschaft übermittelt. Dasselbe gilt für die BKK und ihre Versicherten.

## Teilnahmebedingungen HZV-Versicherte

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

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

+TE–ID+

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

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

**Mir ist bekannt, dass**

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.** In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartal erfolgen.
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

**Ich stimme zu, dass**

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Exemplar für den Patienten**

**Nur für AOK-FACHARZTPROGRAMM**

AOK FACHARZT PROGRAMM

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

+TE–ID+

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

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

**Mir ist bekannt, dass**

- **die Teilnahme am AOK-FacharztProgramm freiwillig ist.**
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem AOK-FacharztProgramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der AOK-Mitgliedschaft der Ausschluss aus dem AOK-FacharztProgramm und dem AOK-HausarztProgramm erfolgt.
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am AOK-FacharztProgramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am AOK-HausarztProgramm meine Teilnahme am AOK-FacharztProgramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im AOK-FacharztProgramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- **ich die hier abgegebene Einwilligung innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der AOK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann.** In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartal erfolgen.
- meine im Rahmen des AOK-FacharztProgramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem AOK-FacharztProgramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am AOK-Facharzt-Programm.
- aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnahmejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.
- im AOK-FacharztProgramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

**Ich stimme zu, dass**

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

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

**Exemplar für den Arzt**

Bitte das heutige Datum eintragen.

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |
| T | T | M | M | J | J | J | J |

<TE-Code:>

Unterschrift des Versicherten / gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

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

## 1. Was ist das AOK-FacharztProgramm?

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

## 2. Welche Verträge gehören zum AOK-FacharztProgramm?

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

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

## 3. Wer kann am AOK-FacharztProgramm teilnehmen?

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

## 4. Hinweise zu Ihrer Teilnahme sowie zur Dauer und Mindestbindung

### a) Allgemeines zur Teilnahme

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

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

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

MUSTER

**b) Beginn**

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

*Beispiele:*

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

**c) Dauer / Mindestbindung**

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

**d) Ende / Kündigung**

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

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

**e) Widerruf**

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

MUSTER

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

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

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

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

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

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

MUSTER

# Patienteninformation zum Datenschutz

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

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

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

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

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

**Wer ist die Managementgesellschaft?**

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

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
§ 140a Abs. 4 Satz 1 SGB V

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

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

**Allgemeine Daten:**

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

MUSTER

**Gesundheitsdaten:**

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

Rechtsgrundlagen für diese Verarbeitung im Rahmen der Behandlung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
§ 140a Abs. 5 Satz 1 SGB V

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

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

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

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

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

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

MUSTER

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

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

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

Rechtsgrundlagen für die Verarbeitung im Rahmen der Durchführung:
Art. 6 Abs. 1 Satz 1 lit. c) und e) EU-DSGVO
§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 13 SGB V
§ 295a Abs. 1 und 2 SGB V

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

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

### 4. Sonstiges zum Datenschutz

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

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

MUSTER

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

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

## Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

**Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass**

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

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnamejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.
- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

**Ich stimme zu, dass**

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen

T T M M J J J J

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Exemplar für den Patienten**

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

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

## Nur für Bosch BKK Facharztprogramm

+TE-ID+

**Hiermit erkläre ich gegenüber der Bosch BKK, dass**

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

**Mir ist bekannt, dass**

- die Teilnahme am Facharztprogramm freiwillig ist.
- ich bei Nichteinhaltung der Teilnahmebedingungen und vertraglichen Pflichten aus dem Facharztprogramm ausgeschlossen werden kann.
- ich für Aufwände, die durch nicht vertragskonformes Verhalten meinerseits entstehen, haftbar gemacht werden kann.
- mit Ende der Bosch BKK-Versicherung der Ausschluss aus dem Facharztprogramm und dem Hausarztprogramm erfolgt
- ich per Anschreiben rechtzeitig über meinen Teilnahmebeginn am Facharztprogramm informiert werde (i.d.R. beginnt die Teilnahme im Folgequartal).
- mit dem Ende meiner Teilnahme am Hausarztprogramm meine Teilnahme am Facharztprogramm endet; für den Fall, dass mein gewählter Hausarzt ausscheidet, verbleibe ich für das laufende Quartal und ein Folgequartal im Facharztprogramm, um mich bei einem neuen Hausarzt einschreiben zu können.
- ich die hier abgegebene Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen in Textform, elektronisch oder zur Niederschrift bei der Bosch BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen kann. In besonderen Härtefällen (z. B. Wegzug aus Baden-Württemberg) kann vor Ablauf des Teilnamejahres eine Kündigung zum nächstmöglichen Quartalsende erfolgen.
- meine im Rahmen des Facharztprogramms erhobenen und gespeicherten Daten auf der Grundlage der gesetzlichen Anforderungen (§ 304 SGB V i.V. mit § 84 SGB X) bei meinem Ausscheiden aus dem Facharztprogramm gelöscht werden, soweit sie für die Erfüllung der gesetzlichen Anforderungen nicht mehr benötigt werden, jedoch spätestens 10 Jahre nach Teilnahmeende am Facharztprogramm.
- im Facharztprogramm für jeden Versorgungsbereich (z. B. Kardiologie) individuelle Teilnahmevoraussetzungen wie z. B. Mindestalter vorgesehen sein können, die ich im jeweiligen aktuellen Merkblatt mitgeteilt bekomme.

**Ich stimme zu, dass**

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

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

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

Bitte das heutige Datum eintragen

| T | T | M | M | J | J | J | J |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | | | |

<TE-Code>

Unterschrift des Versicherten /gesetzlichen Vertreters / Betreuers

Arztstempel und Unterschrift des Arztes

**Exemplar für den Arzt**

# Merkblatt zum Facharztprogramm

## für Versicherte der Bosch BKK

**Facharztprogramm – was ist das?**

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

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

**Fachgebiete im Facharztprogramm**

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

**Ihre Vorteile auf einen Blick:**

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

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

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

**Einschreibung**

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

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

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

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

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

**Widerruf der Teilnahme**

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

**Kündigung**

Frühestens zum Ablauf der 12 Monate kann die Teilnahme am Facharztprogramm **insgesamt** ohne Angabe von Gründen mit einer Frist von 1 Monat vor Ablauf der 12 Monate gekündigt werden. Erfolgt keine Kündigung, verlängert sich die Teilnahme jeweils automatisch um weitere 12 Monate. Eine Kündigung ist schriftlich zu richten an:
Bosch BKK
Facharztprogramm Teilnahmemanagement
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart
Die Bosch BKK kann Ihre Teilnahme am Facharztprogramm kündigen, wenn Sie wiederholt gegen die Teilnahmebedingungen nach Ihrer Teilnahmeerklärung und diesem Merkblatt verstoßen (z. B. wiederholte Inanspruchnahme von Fachärzten außer Augenarzt/ Gynäkologe/Kinderarzt ohne Überweisung Ihres gewählten Hausarztes). Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr vor, erfolgt der Ausschluss aus dem Facharztprogramm.

**Einwilligung zum Datenschutz**

**Im Sozialgesetzbuch** wird die Datenerhebung, -nutzung, -verarbeitung und -speicherung durch die Bosch BKK für das Facharztprogramm geregelt. Für die Teilnahme am Facharztprogramm ist es erforderlich, dass der Versicherte eine zusätzliche Einwilligungserklärung zum Datenschutz

abgibt, unter anderem da die Abrechnung der ärztlichen Vergütung über eine Managementgesellschaft auf Grundlage von § 295a SGB V erfolgt.

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

**Versichertenbefragung**

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

**Befundaustausch**

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

**Versorgungsmanagement der BKK**

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

**Datenübermittlung und -zusammenführung**

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

Die Managementgesellschaft stellt elektronisch den am Hausarzt- und Facharztprogramm teilnehmenden Ärzten die Information über Ihren Teilnahmestatus zur Verfügung. Dies ist wichtig, denn nur wenn z. B. Ihr Hausarzt weiß, dass Sie am Facharztprogramm teil- nehmen, können Sie zu den teilnehmenden Ärzten überwiesen werden und von den Vorteilen des Facharztprogramms profitieren. Die teilnehmenden Ärzte/Therapeuten übermitteln Ihre Diagnosen sowie Leistungs-, Abrechnungs- und Verordnungsdaten zur Abrechnung an die Managementgesellschaft. Die Managementgesellschaft übermittelt diese Daten für die weitere Abrechnung und Abrechnungsprüfung an die Bosch BKK. Zusätzlich helfen diese Daten der Bosch BKK, Sie als Versicherte/n bei Bedarf zu beraten.

**Weitere Leistungs- und Abrechnungsdaten**

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

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

**Wissenschaftliche Begleitung**

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

**Schweigepflicht und Datenlöschung**

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

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

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

Bosch BKK
Kruppstr. 19
70469 Stuttgart

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

**2. Name und Kontaktdaten des Datenschutzbeauftragten**

Bosch BKK
Datenschutzbeauftragter
Kruppstr. 1970469 Stuttgart
E-Mail: Datenschutz@Bosch-BKK.de

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

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

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

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

**Wer ist die Managementgesellschaft?**

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

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

**Wer ist die Abrechnungsstelle?**

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

DAVASO GmbH
Sommerfelder Straße 120
04316 Leipzig

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

Allgemeine Daten:

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

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

Gesundheitsdaten:

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

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

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

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

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

**5. Worin bestehen Ihre Rechte?**

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

**6. Wie lange werden die Daten gespeichert?**

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

**67 Bei welcher Stelle können datenschutzrechtliche Beschwerden eingereicht werden?**

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

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

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

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

**Stand: März 2021**

## Definition Flächendeckung

Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Behandlung und Abrechnung von bereits am AOK-FacharztProgramm Orthopädie teilnehmenden Patienten bzw. die Neueinschreibung ins AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm erst dann erfolgt, wenn eine flächendeckende Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages gegeben ist.

Eine Flächendeckung ist dann gegeben, wenn landesweit in Baden-Württemberg mindestens 200 Fachärzte für Orthopädie bzw. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie an dem AOK-FacharztProgramm Orthopädie teilnehmen.

Zunächst sind je Planungsbezirk, in dem mehr als 6 Orthopäden/ Orthopäden und Unfallchirurgen kassenärztlich zugelassen sind, 3 Vertragsteilnehmer aus dem Fachgebiet der Orthopäden/ Orthopäden und Unfallchirurgen vorgesehen, bei weniger als 6 kassenärztlich zugelassenen Orthopäden/ Orthopäden und Unfallchirurgen sind es 2 Vertragsteilnehmer. Die Differenz aus dieser Teilnehmerzahl zu 200 geforderten kassenärztlich zugelassenen Orthopäden/ Orthopäden und Unfallchirurgen wird nach der Verteilung der HZV Teilnehmerzahlen je Bezirksdirektion auf die jeweiligen Bezirksdirektionen verteilt (gemäß Anhang 1 zu Anlage 8). Aus Gründen der Flächendeckung können auch Fachärzte für Chirurgie mit orthopädischem Teilleistungsspektrum, die am Vertrag teilnehmen, durch Einzelbeschluss des Beirats für das Quorum berücksichtigt werden.

1. Der Beirat stellt die Flächendeckung fest. Dabei kann er regionale Besonderheiten berücksichtigen. Die Managementgesellschaft teilt den Fachärzten, welche den Beitritt zum Vertrag erklärt haben, die Erreichung der Flächendeckung umgehend mit.

2. Die Flächendeckung gilt auch für die Bosch BKK.

# Verteilung der Flächendeckung

| Bezirksdirektion | Landkreis | | HZV Versicherte | Verteilung 1 | Verteilung 2 (DELTA) | 73c-Quorum |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Neckar-Fils | | 12% | **126.721** | 6 | 9 | 15 |
| | Esslingen | 8% | 82.498 | 3 | | |
| | Göppingen | 4% | 44.223 | 3 | | |
| Heilbronn-Franken | | 13% | **141.885** | 11 | 10 | 21 |
| | Heilbronn | 5% | 51.442 | 3 | | |
| | Hohenlohekreis | 2% | 19.263 | 2 | | |
| | Main-Tauber-Kreis | 2% | 24.820 | 3 | | |
| | Schwäbisch Hall | 4% | 46.360 | 3 | | |
| Ludwigsburg-Rems-Murr | | 9% | **99.775** | 6 | 7 | 13 |
| | Ludwigsburg | 5% | 52.634 | 3 | | |
| | Rems-Murr-Kreis | 4% | 47.141 | 3 | | |
| Ostwürttemberg | | 4% | **46.215** | 5 | 3 | 8 |
| | Heidenheim | 2% | 16.461 | 2 | | |
| | Ostalbkreis | 3% | 29.754 | 3 | | |
| Stuttgart-Böblingen | | 9% | **94.126** | 6 | 7 | 13 |
| | Stuttgart | 5% | 48.975 | 3 | | |
| | Böblingen | 4% | 45.151 | 3 | | |
| Nordschwarzwald | | 6% | **67.053** | 10 | 5 | 15 |
| | Calw | 2% | 22.098 | 3 | | |
| | Enzkreis | 1% | 14.370 | 3 | | |
| | Freudenstadt | 2% | 17.487 | 2 | | |
| | Pforzheim | 1% | 13.098 | 2 | | |
| Mittlerer Oberrhein | | 5% | **55.617** | 8 | 4 | 12 |
| | Baden-Baden | 0% | 1.563 | 2 | | |
| | Karlsruhe | 4% | 40.288 | 3 | | |
| | Rastatt | 1% | 13.766 | 3 | | |
| Rhein-Neckar-Odenwald | | 8% | **81.812** | 12 | 6 | 18 |
| | Heidelberg | 1% | 8.857 | 3 | | |
| | Mannheim | 1% | 14.167 | 3 | | |
| | Neckar-Odenwald-Kreis | 2% | 18.539 | 3 | | |
| | Rhein-Neckar-Kreis | 4% | 40.249 | 3 | | |
| Schwarzwald-Baar-Heuberg | | 6% | **66.303** | 9 | 5 | 14 |
| | Rottweil | 2% | 20.559 | 3 | | |
| | Schwarzwald-Baar-Kreis | 2% | 24.241 | 3 | | |
| | Tuttlingen | 2% | 21.503 | 3 | | |
| Südlicher Oberrhein | | 5% | **57.120** | 12 | 4 | 16 |
| | Breisgau-Hochschwarzwald | 1% | 10.819 | 3 | | |
| | Emmendingen | 1% | 12.583 | 3 | | |
| | Freiburg im Breisgau | 1% | 8.383 | 3 | | |
| | Ortenaukreis | 2% | 25.335 | 3 | | |
| Hochrhein-Bodensee | | 2% | **26.464** | 9 | 2 | 11 |
| | Konstanz | 1% | 13.285 | 3 | | |
| | Lörrach | 1% | 7.004 | 3 | | |
| | Waldshut | 1% | 6.175 | 3 | | |
| Bodensee-Oberschwaben | | 4% | **38.210** | 9 | 3 | 12 |
| | Bodenseekreis | 1% | 7.897 | 3 | | |
| | Ravensburg | 2% | 16.508 | 3 | | |
| | Sigmaringen | 1% | 13.805 | 3 | | |
| Neckar-Alb | | 10% | **110.833** | 9 | 8 | 17 |
| | Reutlingen | 6% | 62.829 | 3 | | |
| | Tübingen | 2% | 16.489 | 3 | | |
| | Zollernalbkreis | 3% | 31.515 | 3 | | |
| Ulm-Biberach | | 6% | **60.778** | 9 | 4 | 13 |
| | Alb-Donau-Kreis | 2% | 19.601 | 3 | | |
| | Biberach | 3% | 29.159 | 3 | | |
| | Ulm | 1% | 12.018 | 3 | | |
| AOK Baden-Württemberg | | | 1.072.912 | 121 | 79 | 200 |

Stand Juni 2013

## Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK

(1) Die Fachkonzepte zur Arzteinschreibung, Versicherteneinschreibung und Abrechnung regeln in Ergänzung zu den in der Prozessbeschreibung FACHARZT erläuterten Prozessen die prozessuale, insbesondere die technische Umsetzung der Bestimmungen des Vertrages. Sie enthalten die „Prozessbeschreibung Managementgesellschaft“ und eine „Prozessbeschreibung AOK und BKK“ und werden kontinuierlich fortgeschrieben.

(2) MEDIVERBUND, AOK und BKK stimmen sich jeweils zu Beginn eines Quartals über eine Erweiterung, Verbesserung und Aktualisierung der Fachkonzepte mit Wirkung zum Beginn des folgenden Quartals ab.

(3) Die Vertragspartner vereinbaren hinsichtlich der Prozesse folgende Arbeitsteilung:

a) Die AOK und BKK steuern und bearbeiten Prozesse, die ihre eingeschriebenen Versicherten betreffen.

b) Die AOK und die BKK führen insbesondere das Verzeichnis ihrer eingeschriebenen Versicherten (TVZ) und übermitteln diese gemäß der Vorgaben der Fachkonzepte an die Managementgesellschaft.

c) Sollte gemäß § 3 Abs. 3 lit. i) die Teilnahme an einem relevanten DMP erforderlich werden, prüft die AOK bzw. die BKK insbesondere die Teilnahme der FACHÄRZTE an diesem DMP und stellt der Managementgesellschaft die Prüfergebnisse gemäß den Vorgaben der Fachkonzepte zur Verfügung.

d) Die Managementgesellschaft erhält die für die Nutzung im Arzneimittelmodul erforderlichen Informationen (z. B. Arzneimittel, hinsichtlich derer die AOK bzw. die BKK Rabattverträge abgeschlossen haben, Substitutionslisten und die Algorithmen für die Substitution) in dem nach dem Fachkonzept vorgeschriebenen Format so, dass sie ohne Änderungen und Formatierungen verwendet werden können.

e) Die Managementgesellschaft erarbeitet insbesondere Prozesse, die die am Vertrag teilnehmenden FACHÄRZTE betreffen. Einzelheiten regeln die Fachkonzepte.

(4) Die Fachkonzepte sind Betriebsgeheimnisse der Managementgesellschaft bzw. der AOK oder BKK und werden daher vertraulich behandelt und nicht veröffentlicht.

(5) Die die FACHÄRZTE betreffenden Prozesse sind in der Prozessbeschreibung FACHARZT (**Anlage 6**) beschrieben.

## Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware

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

## ABSCHNITT I: Vertragssoftware

### I. Funktionen der Vertragssoftware

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

## ABSCHNITT II: Zulassungsverfahren

### I. Grundsätze des Zulassungsverfahrens

(1) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden die in ABSCHNITT I beschriebenen und künftig erforderlichen vertragsspezifischen Funktionalitäten der Vertragssoftware in einem Pflichtenheft („**Pflichtenheft**“) dokumentieren. Nichtvertragsspezifische Funktionalitäten werden im Pflichtenheft nicht beschrieben. Das Pflichtenheft ist für jeweils mindestens 1 Quartal abschließend, d.h. es gibt über die im Pflichtenheft niedergelegten Anforderungen hinaus keine weiteren Anforderungen an die Vertragssoftware.

(2) Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft werden dieses Pflichtenheft jeweils abstimmen und bei Änderungen das Quartal definieren, ab dem die neu beschriebenen vertragspezifischen Funktionalitäten verbindlich bzw. optional in einem neuen Release umzusetzen sind. Wird ein solches Pflichtenheft nicht spätestens neun Wochen vor einem Quartalsbeginn in einer abgestimmten Fassung veröffentlicht, müssen darin als verbindlich vorgeschriebene vertragsspezifische Funktionalitäten nicht vor dem Beginn des auf dieses Quartal folgenden Quartals umgesetzt sein.

(3) Das Pflichtenheft besteht aus vertraulichen Teilen, die Betriebsgeheimnisse der AOK, der BKK und der Managementgesellschaft enthalten, sowie öffentlichen Teilen**,** die nach Maßgabe der folgenden Absätze offen gelegt werden („**Teil A**“**)**. Bei dem Teil A handelt es sich um eine fachliche Beschreibung der Funktionalitäten für die Herstellung von Vertragssoftware. Die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft bestimmen im gegenseitigen Einvernehmen diejenigen Bestandteile des Pflichtenhefts, die vertrauliche Unternehmensgeheimnisse und/oder schützenswertes geistiges Eigentum darstellen und daher nicht öffentlich sind („**Teil B**“). Der Teil B beinhaltet insbesondere

a) Substitutionsalgorithmen und die Listen des Arzneimittelmoduls;

b) Datenbasierte Verschlüsselung für die Managementgesellschaft;

c) Beschreibung der Ansteuerung des Konnektors/Online-Keys;

d) Anbindung an einen elektronischen Patientenpass;

e) Online-Aktualisierung (z.B. des Arzneimittelmoduls);

f) Algorithmen zur Steuerung von Heil- und Hilfsmittelverordnungen

g) Anbindung an die elektronische Arztvernetzung gem. Anhang 9 zu Anlage 12 sowie gem. Anhang 5 zu Anlage 12a.

(4) Der Teil B wird Prüfmodul von vertragsspezifischen, nicht dekompilierbaren Softwarekomponenten und Schnittstellen umgesetzt („**gekapselter Kern**"). Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK ein geeignetes Unternehmen („**Entwickler**") mit der Entwicklung des Prüfmoduls beauftragen. Dabei ist sicherzustellen, dass Herstellern von Vertragssoftwareprogrammen („**Softwarehersteller**") eine Lizenz für die Nutzung des gekapselten Kerns erteilt werden kann.

(5) Die Managementgesellschaft wird verpflichtet, allen Softwareherstellern zu gleichen Bedingungen Zugriff auf den gekapselten Kern zu gewähren. Das Verhältnis zwischen dem Softwarehersteller und einem möglichen Entwickler des gekapselten Kerns bestimmt sich ausschließlich nach dem Lizenzvertrag über den gekapselten Kern. Weder die AOK noch die BKK noch die Managementgesellschaft haften für Schäden im Zusammenhang mit der Überlassung des gekapselten Kerns an Softwarehersteller.

(6) Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK jedem Softwarehersteller, der

a) einen schriftlichen Antrag zur Offenlegung des Teil A an sie richtet,

b) seine Fachkunde und Zuverlässigkeit nachweist,

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

(7) Die Managementgesellschaft kann mit Softwareherstellern eine Rahmenvereinbarung schließen, durch die im Hinblick auf die Nutzung durch FACHÄRZTE Rahmenbedingungen für die Belieferung von FACHÄRZTEN einschließlich der Lieferkapazitäten für

die Vertragssoftware und die Pflege und Wartung durch den Softwarehersteller vorgegeben werden.

(8) Die Herstellung und Sicherstellung der Funktionsfähigkeit der Vertragssoftware liegt in der alleinigen Verantwortung des Softwareherstellers. Mit der Überlassung des Teil A wird weder durch die AOK oder BKK noch durch die Managementgesellschaft eine Haftung für seine Eignung, Vollständigkeit oder Richtigkeit zur Herstellung von Vertragssoftware übernommen. Entsprechendes gilt für die Integrationsfähigkeit des gekapselten Kerns in ein Softwareprogramm des Softwareherstellers. Nicht vollständig umgesetzte und/oder veraltete Vertragssoftware-Versionen können zur Ablehnung von übermittelten Daten und zur Ablehnung von Vergütungen gemäß Abschnitte II und III der Anlage 12 führen.

(9) Die Frist, innerhalb derer die Managementgesellschaft in Abstimmung mit der AOK und der BKK über das Vorliegen der Voraussetzungen gemäß Absatz 6 und damit über die Offenlegung von Teil A entscheidet, soll 3 Wochen nach Eingang aller in Absatz 6 genannten vollständigen Unterlagen bei der Managementgesellschaft nicht überschreiten.

## II. Zulassung von Vertragssoftwareprogrammen

(1) Das Pflichtenheft gemäß vorstehender Ziffer I ist die Grundlage des Zulassungsverfahrens für Softwareprogramme als Vertragssoftware. Auf dem Pflichtenheft aufbauend wird durch die AOK, die BKK und die Managementgesellschaft ein Kriterienkatalog erstellt, der die Grundlage für die Prüfung von Vertragssoftwareprogrammen ist. Er enthält Pflichtfunktionen und kann optionale Funktionen enthalten bzw. Funktionen, die erst nach einem Übergangszeitraum von optionaler Funktion zur Pflichtfunktion werden. Die Managementgesellschaft wird in Abstimmung mit der AOK und der BKK auf der Basis des Pflichtenhefts und des Kriterienkatalogs die Durchführung des Zulassungsverfahrens entweder selbstständig oder durch Beauftragung einer neutralen Prüfstelle durchführen.

(2) Die Zulassung muss für jede neue Programmkomponente, die Kriterien des Kriterienkatalogs nach dem vorstehenden Absatz 1 berührt, und bei erheblichen Abweichungen von bestehenden Programmkomponenten nach Maßgabe von Absatz 2 neu durchgeführt und erteilt werden. Werden Pflichtfunktionen bezüglich einzelner Programmkomponenten nach Prüfung durch die Prüfstelle nicht zugelassen, entfällt die Zulassung des jeweiligen Softwareprogramms als Vertragssoftware insgesamt.

(3) Mit der Regelung nach diesem ABSCHNITT II vereinbaren die Vertragspartner ausdrücklich eine Abweichung zu § 73 Abs. 8 Satz 7 SGB V im Sinne von § 73c Abs. 4 Satz 3 SGB V, wonach die Zulassung einer Vertragssoftware durch die Kassenärztliche Bundesvereinigung erforderlich ist. Eine solche Zulassung ist für Vertragssoftware zusätzlich nicht erforderlich, damit sie von den FACHÄRZTEN/ genutzt werden kann.

(4) Die Managementgesellschaft oder die gemäß Abs. 1 beauftragte Prüfstelle kann auf Veranlassung der Managementgesellschaf, der AOK oder BKK eine bereits zugelassene Vertragssoftware einer außerordentlichen Kontrollprüfung unterziehen. Bei einem sich aus einer solchen außerordentlichen Kontrollprüfung ergebendem, begründeten Verdacht, dass Pflichtfunktionen nicht ordnungsgemäß umgesetzt sind, kann die Managementgesellschaft die Zulassung entziehen. Die betreffenden Pflichtfunktionen sind insbesondere solche mit Auswirkung auf

(1) die Arzneimittelverordnung,

(2) die Abrechnung (insbes. ordnungsgemäße Erfassung von Leistungen, Leistungsdatum, Impf- und Diagnoseziffern),

(3) die Verarbeitung von Formularen z. B. (Überweisungen, Krankenhauseinweisung, Arbeitsunfähigkeitsbescheinigung),

(4) die Erfassung- und Verwaltung des Teilnehmerstatus des FACHARZTES,

(5) die elektronischen Einschreibung von Versicherten und Erfassung von Versichertenstammdaten,

(6) die Online-Aktualisierungsfähigkeit bezogen auf die für die Nutzung des Arzneimittelmoduls erforderlichen Informationen.

## ABSCHNITT III: Datenübermittlung

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

## ABSCHNITT IV: Managementgesellschaft

Der FACHARZT übermittelt sämtliche Leistungsdaten und Verordnungsdaten nach Maßgabe dieses Vertrages über die von ihm genutzte Vertragssoftware an die gemäß § 295a SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite tätige Managementgesellschaft zu übermitteln.

## Schlichtungsverfahren

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

### § 1 Grundsätze des Schlichtungsverfahrens

(1) Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit dem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des in dieser Anlage geregelten Schlichtungsverfahrens zulässig (§ 4 Abs. 3, § 6).

(2) Die Parteien werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern, um im Falle einer unterbliebenen Einigung im Schlichtungsverfahren eine gerichtliche Auseinandersetzung ohne unangemessene zeitliche Verzögerung zu ermöglichen.

(3) Die Parteien sollen sich vor einem gerichtlichen Verfahren in einem oder mehreren Schlichtungsgesprächen um eine einvernehmliche Beilegung der Streitigkeit bemühen.

### § 2 Person des Schlichters

(1) Die Parteien bestimmen spätestens bis zum 01.12.2011 die Person eines Schlichters („**Erster Schlichter**“). Der Erste Schlichter muss die Befähigung zum Richteramt haben. Er soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben.

(2) Die Parteien bestimmen darüber hinaus spätestens bis zum 01.12.2011 einen Stellvertreter des Schlichters, der im Falle der Verhinderung des Ersten Schlichters ein Schlichtungsverfahren durchführen kann. Er muss ebenfalls die Befähigung zum Richteramt haben und soll Erfahrung in schiedsgerichtlichen Verfahren haben. (Erster Schlichter und Stellvertreter einzeln oder zusammen auch „**Schlichter**“).

(3) Die Schlichter werden jeweils aufgrund einer gesonderten Vereinbarung mit einer Laufzeit von zwei Jahren als Schlichter verpflichtet. Spätestens einen Monat vor dem Auslaufen dieser Vereinbarungen bestimmen die Parteien einen neuen Schlichter, wenn sie sich bis dahin nicht mit dem jeweiligen Schlichter über eine Fortführung seiner Tätigkeit für jeweils zwei weitere Jahre geeinigt haben. Dies gilt auch im Falle der vorzeitigen Beendigung der Vereinbarung mit dem Schlichter. Die Parteien verständigen sich zum Zwecke des Abschlusses einer solchen Vereinbarung über eine angemessene Vergütung für die Schlichter.

(4) Der Schlichter hat keine Weisungsrechte und verhält sich grundsätzlich neutral. Er kann jedoch auf Wunsch der beteiligten Parteien eine aktive Vermittlungsrolle einnehmen.

(5) Die Organisation des Schlichtungsverfahrens wird dem Schlichter übertragen. Einzelheiten hierzu regelt die Vereinbarung mit dem Schlichter.

## § 3 Einleitung des Schlichtungsverfahrens

(1) Jede Partei ist zur Einleitung eines Schlichtungsverfahrens über jeden Gegenstand berechtigt, der im Verhältnis zur anderen Partei Gegenstand eines bei einem Gericht anhängigen Rechtsstreits sein kann. Die Einleitung erfolgt durch schriftliche Mitteilung einer Partei an den Ersten Schlichter und die jeweils andere Partei unter

a) genauer Bezeichnung des Streitgegenstandes und

b) Übermittlung zur Darstellung ihrer Rechtsauffassung geeigneter Unterlagen sowie

c) die Bitte an den Schlichter, Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 durchzuführen.

(2) Durch die an den Ersten Schlichter gemäß dem vorstehenden Absatz übermittelten Unterlagen wird der Gegenstand des Schlichtungsverfahrens bestimmt („**Schlichtungsgegenstand**"). Im Falle seiner Verhinderung oder voraussichtlichen Verhinderung in Schlichtungsverhandlungen nach § 4 übermittelt der Erste Schlichter die zur Einleitung oder Fortführung des Verfahrens erforderlichen Unterlagen unverzüglich an seinen Stellvertreter und informiert die Parteien. Dies gilt entsprechend bei einer späteren Verhinderung des Erstens Schlichters an einem mit den Parteien nach § 4 abgestimmten Termin für das erste Schlichtungsgespräch.

(3) Die an einem Schlichtungsverfahren gemäß dem vorstehenden Absatz 1 beteiligten Parteien können nach Einleitung des Schlichtungsverfahrens durch Übermittlung des Schlichtungsbegehrens an den Schlichter nur noch übereinstimmend durch wechselseitige schriftliche Erklärung auf die Durchführung von Schlichtungsverhandlungen gemäß § 4 verzichten. Durch diesen Verzicht gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

## § 4 Schlichtungsverhandlungen

(1) Der Schlichter (§ 2 Abs. 2) fordert die Parteien spätestens 2 Wochen nach Eingang der Mitteilung des Schlichtungsbegehrens nach § 3 Abs. 1 auf, im Hinblick auf den Schlichtungsgegenstand Schlichtungsverhandlungen zu beginnen. Der Schlichter schlägt den Parteien mindestens 2 geeignete Termine vor und berücksichtigt dabei die Belange der Parteien.

(2) Die eingeladenen Parteien sind verpflichtet, sich innerhalb einer von dem Schlichter gesetzten angemessenen Frist mit der Angabe zu melden, zu welchem Termin und mit

welchen Teilnehmern sie an den Schlichtungsverhandlungen teilnehmen werden. Das erste Schlichtungsgespräch soll spätestens 3 Wochen nach der Aufforderung durch den Schlichter stattfinden. Terminverlegungen auf einen späteren Zeitpunkt als 3 Wochen nach Aufforderung des Schlichters sind in begründeten Ausnahmefällen möglich.

(3) Die jeweils andere Partei ist verpflichtet, an diesen Schlichtungsverhandlungen teilzunehmen. Die Parteien werden mindestens einen Schlichtungstermin durchführen.

(4) Die Parteien können sich im Schlichtungstermin von Rechtsanwälten begleiten oder vertreten lassen. Im Sinne einer zielführenden Schlichtung ist jedoch die Anwesenheit mindestens eines solchen Vertreters jeder beteiligten Partei erforderlich, der zur Entscheidung über eine Einigung über den Schlichtungsgegenstand berechtigt ist.

(5) Im Sinne einer zielführenden Schlichtung sollen etwaige schriftliche Stellungnahmen mindestens 3 Werktage vor den Schlichtungsverhandlungen an die beteiligte(n) Partei(en) und den Schlichter versandt werden.

(6) Im Rahmen der Schlichtungsverhandlungen soll möglichst darauf verzichtet werden, den Schlichtungsgegenstand ohne sachlichen Grund und ohne sachgemäße Vorbereitungsmöglichkeit für die übrigen Beteiligten zu ändern oder zu erweitern. Die jeweils andere Partei ist berechtigt, eine Änderung oder Erweiterung des Schlichtungsgegenstandes abzulehnen.

## § 5 Beendigung des Schlichtungsverfahrens

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

(2) Wird in den Schlichtungsverhandlungen eine Einigung erzielt, und erklären alle beteiligten Parteien, dass sie die Vereinbarung als verbindlich anerkennen, ist darüber ein Protokoll zu fertigen, das von allen an der Schlichtung beteiligten Parteien sowie dem Schlichter zu unterzeichnen ist. In das Protokoll ist ausdrücklich aufzunehmen, dass eine Einigung erzielt wurde. Mit der Unterzeichnung des Protokolls über die Einigung durch die im Schlichtungstermin anwesenden Parteien und den Schlichter gilt das Schlichtungsverfahren als beendet.

(3) Das über die Schlichtungsverhandlungen nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 geführte Protokoll ist ein Ergebnis-, kein Verlaufsprotokoll. Das Protokoll kann eine Vertraulichkeitsvereinbarung enthalten. Sämtliche Parteien erhalten unverzüglich eine Abschrift des Protokolls.

(4) Wird in dem Schlichtungsverfahren keine Einigung im Sinne des vorstehenden Absatz 2 erzielt, kann jede der Parteien des Schlichtungsverfahrens den Rechtsweg beschreiten. Die Beendigung des Schlichtungsverfahrens steht einem einvernehmlichen Neubeginn nicht entgegen.

(5) Die Parteien des Schlichtungsverfahrens sind damit einverstanden, dass der Lauf gesetzlicher oder vertraglicher Verjährungsfristen in Bezug auf den Schlichtungsgegenstand bis zum Abschluss des obligatorischen Schlichtungsverfahrens gehemmt ist. § 203 BGB gilt entsprechend.

## § 6 Vertraulichkeit

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

## § 7 Kosten des Schlichtungsverfahrens

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

| Vergü-tungs-position | Versorgungs- und Leistungsinhalt | Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln | Betrag |
|---|---|---|---|
| **O R T H O P A E D I E** | | | |
| **1. Pauschalen**<br>**Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.** | | | |
| **Grund-pauschale**<br><br>**P1** | **Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte**<br>**Grundversorgung**<br><br>*Hausarztebene*<br><br>o *Begleitschreiben vom HAUSARZT Überweisungsformular (Anhang 2.2 zu Anlage 17 HZV Vertrag)*<br>o *Überweisung zum FACHARZT, v.a. bei spezifischen Schmerzen und gemäß u.g. Versorgungsschwerpunkte, auch zur Minderung von Chronifizierungsbeschwerden, Förderung der Lebensqualität und der Teilhabe am Leben durch fachärztlich unterstützend gezielte Diagnostik, Beratung und Therapie*<br>o *ggf. Vorbefunde (Labor, Bildgebung)*<br>o *Informationen zu Mitbehandlungen oder anderweitigen Maßnahmen, Risikofaktoren auch psychosozialer Art,*<br>o *Komorbiditäten körperlicher und seelischer Art*<br><br>**Orthopädische Leistungen**<br><br>**1. Korrekte Diagnosestellung nach ICD-10 als Grundlage für eine evidenzbasierte bzw. leitliniengerechte Therapie** (Anlage 12 Anhang 2 und auf der Basis von Anlage 17),<br><br>**2. Bio-psycho-soziale Anamnese (Anlage 17)**<br><br>**Grundsatz**<br>**Erhebung der körperlichen Beschwerden und Funktionsfähigkeit sowie nicht körperlicher Beschwerden und Ursachen, v.a. bei drohender Chronifizierung von Schmerzen, d.h. Gesprächsbereitschaft ohne allzu voreilige bildgebende oder invasive Diagnostik (sorgfältige Indikationsstellung für therapeutische Konsequenzen), außer in Notfällen bzw. Akutsituation z. B.** | Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern<br>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat<br><br>Ausnahme:<br>• Nicht abrechenbar durch persönlich Ermächtigte mit fachärztlichem Überweisungsvorbehalt.<br><br>• P1 ist vom FACHARZT oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen §73c-/§140a- Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES/ FACHARZTES vorliegt.<br><br>• Nicht im selben Quartal mit V1 und/oder Auftragsleistungen abrechenbar. | 26,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | o Vorgeschichte, Vorerkrankungen, (Anfangs-) Beschwerden, familiäre Krankheitsgeschichte, eigene Vorerkrankungen und Verletzungen, angeborene Leiden in der Verwandtschaft<br>o Alter, Geschlecht, Größe, Gewicht-(sverlust)<br>o Beruf, Familie, (Freizeit-) Verhalten, Lebensgewohnheiten, Belastungen körperlich und seelisch, Einstellungen/Überzeugungen<br>o Zeitdauer, Lokalisation, Hergang und Charakter der aktuellen Beschwerden<br>o Schmerzanamnese: akut/ chronisch - ausreichende medizinische Erklärbarkeit<br>o neurologische Defizite, Fieber<br>o Medikamentenanamnese, Kontraindikationen, Allergien usw.<br>o Komorbiditäten, insbesondere auch psychische Störungen usw.<br><br>**3. Klinische Untersuchung**<br>o z. B. Inspektion zu Haltung, Körperstatik, Bewegungsablauf, Gangbild, Bewegungsausmaß (Neutral-Null-Methode)<br><br>**4. Manuelle Untersuchung**<br>o z. B. Palpation von Haut, Untersuchung aktiv und passiv, Konsistenz, Funktionen, Sensibilität usw. von Gelenken, Muskeln, Sehnen, Nerven, Gefäßen usw.<br><br>**5. Ggf. apparative Diagnostik nach den o.g. Punkten**<br>o z. B. Röntgenuntersuchung wenn therapeutische Konsequenzen wie Korrektureingriffe (Endoprothesen usw.), ggf. Veranlassung von Schnittbildg ebung (Bandscheibenvorfälle, Frakturen usw. unter Beachtung von Kontraindikationen wie Herzschrittmacher u.a.), Kontrastmittelaufnahmen, Szintigraphie, Sonographie usw.<br><br>**6. Ggf. Laboruntersuchungen, ggf. Veranlassung**<br>o z. B. bei entzündlichen, systemischen Erkrankungen usw. (wie z. B. BSG, BB, CRP, Harnsäure, Phosphatase, Kalzium, Vitamin D, Parathormon, Rheumafaktoren, Antinukleäre Antikörper)<br><br>**7. Ggf. invasive Untersuchungen**<br>o Beachtung sorgfältiger Indikationsstellung, falls nicht ersetzbar durch Bildgebung bzw. nichtinvasive Verfahren<br>o ggf. Punktionen zur Druckentlastung, Schmerzlinderung, Applikation von Medikamenten, Kontrastmitteln, Flüssigkeitsgewinnung (Diagnostik)<br><br>**8. Präventive Information und auch motivationale Beratung (siehe auch Anlage 17)**<br>**Leitgedanke**<br>• **Mit der präventiven Information und motivationalen Beratung soll** | HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine P1 abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | o **eine vertrauensvolle Arzt-Patientenbeziehung aufgebaut werden,**<br>o **Selbstmanagement, Eigenverantwortung und Copingstrategien des Patienten zur Bewältigung bio-psycho-sozialer (Stress-) Faktoren (gem. Anlage 17) gefördert und unterstützt werden,**<br>o **Ängste und Vermeidungsverhalten abgebaut und**<br>o **Behandlungserwartungen gemeinsam besprochen werden.**<br>o z. B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden/Fehl-Belastungen<br><br>**9. Ggf. Veranlassung konservativer Maßnahmen und nichtoperativer Therapien z. B.**<br>o physikalische Therapie, ggf. manuelle Medizin (Chirotherapie)<br>o Rehasport oder Funktionstraining<br>o Verbände, Gips<br>o Heilmittel<br>o Indikationsstellung zur Hilfsmittelversorgung sowie deren Kontrolle<br>o Hilfsmittelverordnung grundsätzlich unter Angabe einer 7-stelligen Positionsnummer des Hilfsmittelverzeichnisses oder durch Angabe der Produktart. Hilfsmittelverordnungen über die 10-stellige Positionsnummer erfordern gemäß Hilfsmittel-Richtlinie eine entsprechende medizinische Begründung.<br>o Empfehlung und Verordnung von wie auch Nachbetreuung nach medizinischer Rehabilitation, beruflicher Rehabilitation und Leistungen zur Teilhabe am Leben in der Gemeinschaft (§ 5 SGB IX; Zusatzinformation: Zugehörige Kostenträger lt. § 6 SGB IX)<br>o Weiterer supportiver bzw. therapeutischer Maßnahmen wie Psychotherapie<br>o ggf. Akupunkturbehandlung<br><br>**10. Ggf. invasive Verfahren als Therapie**<br>o z. B. Neuraltherapie, Facettentherapie, Infiltrationen, intraartikuläre, periartikuläre Injektionen usw.<br><br>**11. Ggf. Indikationsstellung, Darstellung und Einleitung operativer Verfahren z. B.**<br>➢ **wenn ein körperlicher Schaden als wesentliche Ursache der Schmerzen benannt wird**<br>➢ **und psychische Gesichtspunkte nicht gegen einen Operationserfolg sprechen.**<br>o Operationen an Knochen, Gelenken, Wirbelsäule, Sehnen und Muskeln, Nerven, Haut mit sorgfältiger Planung, Vorbereitung, Durchführung, postoperativer Phase, Rehabilitation, Nachsorge usw.<br>o unter strenger Indikationsstellung und relativer Indikation zur Beseitigung von Schmerzen, Ausgleich einer Fehlform und Funktionsverbesserung<br>o dringliche Indikation z. B. bei aktueller Lähmungsgefahr oder Stabilitätsverlust<br><br>**12. Ggf. Erstellung eines individuellen Versorgungsplans zu o.g. Empfehlungen, Maßnahmen und Verfahren z. B. zur**<br>o Zielvereinbarung mit dem Patienten z. B. zur Alltagsbewegung und zur Motivation bezüglich körperlicher und sonstiger Aktivitäten | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | o Wiedervorstellung mit Kontrolle des Behandlungserfolgs<br>o Einleitung weiterer Maßnahmen wie frühzeitige Rehabilitation, Überprüfung der Wirksamkeit von Heil- und Hilfsmittelverordnungen usw.<br>o Überprüfung der Medikation, Verträglichkeit, Nebenwirkungen usw. im Verlauf<br>o Koordination weiterer Maßnahmen zur Unterstützung auch im Verlauf<br><br>**13. Berichte/Dokumentation**<br>o Strukturierter Befundbericht für den HAUSARZT vom FACHARZT<br><br>**14. Sonstiges situativ z. B.**<br>o prä- und postoperative Betreuung gemäß Anhang 1 (Gesamtziffernkranz)<br>o Veranlassung von Laborleistungen respektive Abnahme von Blut gemäß Anhang 1 (Gesamtziffernkranz) und ggf. Vorort-Labor<br><br>15. Chirurgische Leistungen gemäß EBM-Gesamtziffernkranz Anhang 1, sofern diese nicht in anderen Vergütungspositionen dieser Anlage geregelt sind.<br><br>**Der FACHARZT kann die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit dem Einverständnis des Patienten in allen dafür geeigneten Fällen in Anspruch nehmen** | | |
| **Grund-pauschale**<br><br>**P1A** | **Siehe P1** | Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern<br>• **eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt.**<br>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.<br><br>Nur additiv zu P1 abrechenbar. | 5,00 € |
| **2. Spezielle Orthopädie**<br>**Leitliniengerechte Versorgung laut Leistungsbeschreibung gemäß Anlage 12 Anhang 1 (gemäß Gesamtziffernkranz), insbesondere** | | | |
| **Zusatz-pauschale** | Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit unspezifischen Rückenschmerzen | • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen | 16,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **P2A** | *Hausarztebene*<br>• *Überweisung zum Orthopäden bei unspezifischem Rückenschmerz, wenn z. B. 2-4 Wochen Arbeitsunfähigkeit oder Schmerzdauer über 6 Wochen besteht und eine Betreuung beim Hausarzt erfolgt*<br>• *Laborparameter*<br>• *Befunddokumentation an den Orthopäden gemäß Befundbericht*<br>*Überweisung zum FACHARZT sowie umfassende Befundübermittlung zur Patientenkarriere, Komorbiditäten und Besonderheiten*<br><br>Orthopädische Leistungen<br><br>➢ Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15<br>➢ sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP2 A<br>➢ und spezifisch zu den folgenden Punkten<br><br>1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung<br>o die ICD-Kategorie M54.- Rückenschmerzen enthält mehrere Schlüsselnummern, die vordergründig nur das Symptom Rückenschmerz und keine spezifische Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens beschreiben, daher spezifische und korrekte Verschlüsselung<br>o ggf. zu verschlüsseln sind auch F45.4, F45.40, F45.41 chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren bei seit 6 Monaten bestehenden Schmerzen (genaue Definition in Anlage 17)<br>o ggf. abzugrenzen sind u.a. F62.80 andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom, R52.1, R52.2 oder F54 psychologische oder Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten.<br>o ggf. zu ergänzen auch Adipositas mit jeweiligem Schweregrad E66.-<br><br>2. Bio-psycho-soziale Anamnese z. B.<br>o Ausschluss red flags bzw. Ausschluss spezifischer Ursachen<br>o zum biomechanischen Belastungsprofil z. B. berufs- bzw. arbeitsplatzbezogen<br>o Berücksichtigung arbeitsplatzbezogener, soziodemografischer und psychologischer bzw. erhaltensbezogener Risikofaktoren und Belastungen (sog. auch yellow flags), privater oder/und beruflicher Distress usw.<br>o umfassende Berücksichtigung evtl. weiterer seelischer oder körperlicher Beschwerden<br>o zu Medikamentengebrauch, Arztwechsel, zu der Vermeidung von Bewegung und sozialen Kontakten (beruflich/privat)<br>o Abgrenzung Somatisierungstendenzen mit ängstlicher Vermeidungsstrategie und ggf. somatoformer Störungen usw.<br>o Klärung der Überzeugungen und Erwartungen der Patienten<br><br>5. Testverfahren z. B. | von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12.<br><br>• Nicht neben P2B abrechenbar.<br><br>• Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P3 oder P4 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig. | |

- zur bio-psycho-sozialen Befindlichkeit HKF R 10
- Stress-Fragebögen z. B. Kaluza Stressbewältigung, Checkliste 2011 zu alltäglichen Belastungen usw.
- 2-Fragen-Test zur Depressivität
- bei höherem Chronifizierungsstadium Fragebogen nach Gerbershagen,

**8. Präventive Information und motivationale Beratung**

**Leitgedanke (siehe P1) sowie**

- Eine Chronifizierung sollte unter allen Umständen vermieden werden. Die Bildgebung sollte zurückhaltend eingesetzt werden, auch weil diese eine Chronifizierung begünstigen kann.

**Information und Beratung**

- zu Rückenschmerzen als Krankheitsbild und auch als Zivilisationserscheinung,
- zu begünstigenden Faktoren für Rückenschmerzen, z. B. einseitige, ggf. wiederkehrende körperliche oder/und seelische Belastungen und Fehlhaltungen
- zur Funktionsweise der Wirbelsäule/Bandscheibe, Veränderungen im Sitzen/Stehen versus Laufen/Liegen usw.
- Erläuterungen zur Vermeidung unnötiger bildgebender Verfahren wie Röntgen, Kernspintomografie usw.
- Informationen zum Alltagsverhalten, ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells
- zur Bedeutung von muskulärer Aktivierung (Ausdauer, Kraft, Dehnung, Koordination, Entspannung) zur Stärkung der Bandscheiben gegen einseitige Fehlbelastungen
- zu Patienteninformationen (z. B. RückenAktiv - Schulungsportal online der AOK, IQWiG etc.) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- Anleitungen zu praktischen Bewegungsübungen, z. B. Hockergymnastik, Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote usw.) mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen
- zur Selbsthilfe (z. B. Rheuma-Liga)
- zum Abbau psychosozialer Stressfaktoren beruflich oder/und privat,
- zu örtlichen Angeboten zur Bewegung, Entspannung, Ernährung usw., auch in Gruppen bei chronischen Verläufen
- Follow-up mit beratender Unterstützung zu Lebenszielen, Lebensqualität, Aktivität, Selbstbewältigungsstrategien, Emotionen etc. zur Vermeidung von Exazerbationen und Vermeidung einer Schmerzfokussierung
- Gemeinsame Zielvereinbarungen und Festlegung im Versorgungsplan

**9. Konservative Therapie z. B.**

- Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport
- Ggf. Verordnung für AOK-RückenKonzept (AOK-Rückenstudios)
- ggf. temporär Medikation wie Analgetika Paracetamol oder NSAR, Muskelrelaxantien - unter Beachtung von Allergien, Komorbiditäten, Alter bzw. Risikofaktoren nach festgesetztem Zeitschema
- interdisziplinäre Versorgung je nach individuellem Risikoprofil, s.o.
- ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1)
- ggf. Heilmittelverordnung

**10. Vertrauliche und vertrauensvolle Zusammenarbeit des FACHARTZES mit dem Sozialen Dienst der AOK / der Patientenbegleitung der Bosch BKK wird initiiert**

- bei Vorliegen einer drohenden Chronifizierung, bzw. bei chronifizierten Rückenschmerzen (M54.-) und
- in Verbindung mit einem Verdacht oder Vorliegen einer psychischen Komorbidität (vor allem F32.-, F45.40, F45.41). Abhängig von Art und Schweregrad der psychischen Erkrankung wird i.d.R. vom HAUSARZT eine zeitnahe und leitlinienorientierte Koordination und Kooperation zu einem FACHARZT/PSYCHOTHERAPEUTEN des Facharztvertrages Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (PNP-Vertrag) eingeleitet (siehe Anlage 17 PNP-Vertrag).

- bei Vorliegen von mindestens einem relevanten psychosozialen Kontextfaktor, diese sind
  - Seelische Belastungen im privaten oder beruflichen Umfeld (u.a. Arbeitsplatzkonflikt, siehe Anlage 17 ORTHOPÄDIE-Vertrag, Anlage 17 HZV-Vertrag)

- Bei Vorliegen von Unterstützungs- und Vermittlungsbedarf bei der Umsetzung ärztlich verordneter Maßnahmen, z. B.
  - Organisation und Nachsorge von Rehabilitationsmaßnahmen
  - Vernetzung regionaler Versorgungsangebote

Die Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK Baden-Württemberg / der Patientenbegleitung Bosch BKK soll in der Regel über den Hausarzt erfolgen.

**13. Dokumentation**

- Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17

| | | | |
|---|---|---|---|
| **Zusatz-pauschale**<br><br>**P2B** | **Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit spezifischen Rückenschmerzen**<br>*Hausarztebene*<br>• *ggf. Überweisung bei spezifischem Rückenschmerzen je nach klinischem Befund und zugrunde liegendem morphologischem Korrelat bzw. auch nach klinischer Notfallversorgung zur Nachsorge bzw. zum Follow-up*<br>• *Laborparameter*<br>• *Bildbefunde usw.*<br><br>**Orthopädische Leistungen**<br><br>**Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15**<br><br>und bei spezifischen Rückenschmerzen, z. B. mit ausgeprägten neurologischen Symptomen<br>o weiteres Vorgehen je nach Ursache und Klinik, diagnostischem Befund und Prognose weiteres Vorgehen<br>o ggf. zu Selbsthilfegruppen<br>o zu Bewegungsangeboten<br>o zu Funktionstraining oder Rehasport z. B. operativ bei Stabilitätsgefährdung<br>o z. B. interventionell bei Radiculopathien<br>o ggf. unabhängige Zweitmeinung bei chronischen Schmerzzuständen usw.<br>o umfassende Betreuung, Versorgungsplan sowie Vor- und Nachsorge in enger interdisziplinärer Abstimmung<br>o ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1)<br>o ggf. Heilmittelverordnung<br><br>**13. Dokumentation**<br><br>Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17 | • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12.<br><br>• Nicht neben P2A abrechenbar.<br><br>• **Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P3 oder P4 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig.** | 16,00 € |
| **Zusatz-pauschale**<br><br>**P3** | **Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit Gon- und Koxarthrose**<br>*Hausarztebene*<br>• *Überweisung zum Orthopäden z. B. Veranlassung der Bildgebung zur Erstdiagnose, Mitberatung und –betreuung durch den Orthopäden zur Förderung der Lebensqualität, Teilhabe am Leben und Minderung von Chronifizierung*<br>• *Laborparameter auch zur Differentialdiagnose*<br>• *Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Befundbericht*<br>*Überweisung zum FACHARZT,*<br>*Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten*<br><br>**Orthopädische Leistungen** | • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12.<br><br>• **Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P2A oder P2B oder P4 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig.** | 15,00 € |

- **Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15**
- **sowie Grad der Evidenzbasierung unter PB 3**
- **und spezifisch zu folgenden Punkten**

**1. korrekte Diagnoseverschlüsselung**

- o korrekte endstellige ICD-Kodierung gemäß Anlage 12 Anhang 2
- o die Kodierung der Arthrosen aus M16-M19 mit dem Zusatzkennzeichen „G“ setzt eine bildgebende Diagnostik mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus, nur sinnvoll bei gelenkbezogenen Symptomen
- o Kodierung von Adipositas (BMI > 30) zu verschlüsseln als E66.-

**1. Klinische Untersuchung z. B.**

- o spezifische Funktions- und Schmerztests, Ganganalyse usw.

**5. Apparative Diagnostik**

- o üblicherweise radiologisch bei Beschwerden v.a. gelenkbezogenen Schmerzen über der Leiste bei Koxarthrose und im Bereich Kniegelenk bei Gonarthrose
- o Kellgren-Lawrence-Score
- o weitergehende Bildgebung in Sonderfällen abhängig von der Art der Beschwerden

**8. Präventive Information und motivationale Beratung z. B.**

**Leitgedanke (siehe P1) sowie**

- Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau und Gewichtsreduzierung bei Übergewicht bei vorliegender Gon-oder Koxarthrose sind frühzeitig einzuleiten um Gelenkstrukturen und -funktionen so lange wie möglich zu erhalten und somit invasive Therapiemaßnahmen zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- von längerfristiger medikamentöser Behandlung, Opioidbehandlung, Radiosynoviorthese, pulsierender Signal-, Magnetfeld-Therapie ist aufgrund unzureichender Evidenzbasierung abzuraten.
- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind evtl. somatoforme oder depressive Störungen und andere Komorbiditäten (und dadurch bedingte Antriebsstörungen etc.) zu berücksichtigen.
- Bei Entfernung von Meniskusgewebe ist auf das entstehende Arthroserisiko hinzuweisen
- Von einer sog. Gelenktoilette, Knorpelglättung o.ä. ist abzuraten, da sie langfristig die Arthroseentwicklung nicht verhindern kann.

**Information und Beratung**

- o zum Krankheitsbild und -verlauf
- o zur Bedeutung von Lebensstilfaktoren und Auswirkungen von Gewichtszunahmen bzw. Übergewicht auf den Krankheitsverlauf v.a. bei Kniearthrose,

- zu Fehlhaltungen und –belastungen, auch arbeitsplatzbezogen oder in der Freizeit
- zum Alltagsverhalten und zu Risikofaktoren ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Eigenaktivität
- zur Bedeutung muskulärer Aktivität und dem richtigen Bewegungsverhalten, Minderung von Übergewicht, langfristigem Training (wenn frei von entzündlicher Symptomatik) im Alltag zur Stärkung der gelenkschützenden Muskulatur usw.
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen, ggf. mit Einbezug des Partners
- zu örtlichen Bewegungsangeboten (z. B. Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote)
- zu Patienteninformationen (z. B. IQWiG) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. zur Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- zur Selbsthilfe (z. B. Rheuma-Liga)
- zu lokalen Maßnahmen auch zu topischen
- zu medikamentösen Maßnahmen wie Paracetamol (wenn keine Ergussbildung), bei „aktivierter Arthrose“ nichtsteroidale Antirheumatika begrenzt z. B. auf 4 Wochen unter Beachtung von Komorbiditäten v.a. Bluthochdruck, bei Fortbestehen ggf. Kortison intraartikulär nach Aufklärung zu Wirksamkeit und zu Risiken usw.
- zu medikamentösen Nebenwirkungen (z. B. bei NSAR, siehe Rote-Hand-Brief Diclofenac, bei Kortikoiden)
- ggf. zu technischen Hilfen
- ggf. zu sonstigen Maßnahmen, wie z. B. kritische Bewertung von Hyaluronsäure intraartikulär, Glukosamin-, Chondroitinsulfat usw.
- ggf. zur operativen Therapie nach Ausschluss psychischer Störungen bzw. deren Behandlung und bei eindeutigem Zusammenhang zwischen Gelenkschaden, Schmerz und Funktionsstörung
- ggf. zu sonstigen Verfahren, auch zu der Zweitmeinung
- ggf. zur Endoprothese bei Arthrose in der Hüfte, Grad 3-4, nach Kellgren und Lawrence usw. und entsprechender schmerzhafter Funktionseinschränkung
- ggf. auch nach endoprothetischer Versorgung bei Chronifizierung von Schmerzen und nach Ausschluss von Implantatkomplikationen, weil etwa 10 % der Patienten mit einer Hüftendoprothese und etwa 30% der Patienten mit einer Knieendoprothese nicht zufrieden sind

### 9. Konservative Therapie

- ggf. Muskelkräftigung, Koordinationsschulung, vor allem Schwimmen, Radfahren, Spazieren
- ggf. Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport (ggf. TEP-Gruppen)
- ggf. Schmerzlindernde Therapiemaßnahmen wie z. B. flexible Verbände, physikalische Therapie, Rationale Pharmakotherapie, ggf. Punktion in Einzelfällen, ggf. nur in Ausnahmefällen Röntgenbestrahlung
- ggf. Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1)
- ggf. Heilmittel

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **10. Operative Therapie**<br>o strenge Indikationsstellung unter Beachtung von Komorbiditäten, wenn die subjektive Beschwerdesymptomatik, die klinischen und radiologischen Befunde übereinstimmen und die konservativen Maßnahmen ausgereizt wurden<br>o Durchführung der Qualitätssicherungs-Maßnahmen zur Arthroskopie gemäß Anhang 1 zu Anlage 2<br>o ggf. auch Zweitmeinung, z. B. Korrektur von Deformitäten<br>o ggf. gelenkerhaltende Operationen, z. B. Osteotomie bei Beinachsendeformitäten<br>o ggf. Endoprothese (z. B. Arthrose Hüfte Grad 3-4 nach Kellgren und Lawrence)<br>o ggf. Unterstützung bei der Krankenhausempfehlung durch den AOK-Krankenhausnavigator<br>o ggf. Information über AOK-proReha<br><br>**13. Dokumentation**<br>o Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17 | | |
| **Zusatz-pauschale**<br><br>**P4** | **Orthopädische leitliniengerechte Versorgungsinhalte von Patienten mit Osteoporose**<br>*Hausarztebene*<br>• *Überweisung zum Orthopäden insbesondere bei Fraktur (-gefährdung) zur Durchführung diagnostischer Maßnahmen. Im Verlauf auch mit entsprechender Beratung.*<br>• *Risikoassessment mit klinischen Risikofaktoren und Basisdiagnostik je nach Möglichkeit beim HAUSARZT oder FACHARZT.*<br>• *Laborparameter auch wegen Differentialdiagnose;*<br>• *Befunddokumentation an Orthopäden gemäß Begleitschreiben: Überweisung zum FACHARZT, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten.*<br>• *Wenn bei der Basisdiagnostik eine DXA Messung und ggf. Röntgendiagnostik notwendig ist möglichst bei Orthopäden*<br>• *Folgeverordnungen finden sofern der Hausarzt diese verordnen kann und möchte beim HAUSARZT statt.*<br>• *Überweisung zum FACHARZT zu Verlaufskontrollen gemäß Leitlinie.*<br><br>**Orthopädische Leistungen**<br>➢ **Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15**<br>➢ **sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP4**<br>➢ **und spezifisch zu Punkt**<br><br>**1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung** | • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang zur Anlage 12.<br><br>• **Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P2A oder P2B oder P3 oder P5 im Quartal abrechnungsfähig.**<br><br>• **Eine parallele privatärztliche Rechnungsstellung für eine Knochendichtemessung DXA ist unzulässig, soweit sie nach den Regelungen dieses Vertrages abrechenbar ist.** | 20,00 € |

- o die Kodierung der Osteoporose erfordert neben der Lokalisationsangabe eine Differenzierung nach der Ätiologie und danach, ob eine pathologische Fraktur vorliegt oder nicht, “G” setzt einen radiologischen Nachweis mindestens zur Sicherung der Erstdiagnose voraus (Anlage 17)

**2. Testverfahren**

Risikoassessment und ggf. Basisdiagnostik inkl. Muskeltest

- o anamnestische und klinische Erhebung von Risikofaktoren einer Osteoporose (Anlage 17)
- o ggf. Sturzrisiko v.a. bei verminderter Muskelkraft, Sehstärke, kardiovaskulären und neurologischen Beschwerden oder Komorbiditäten, Einnahme von Sedativa, Schmerzmitteln usw.

**5 Apparative Diagnostik**

- o ggf. Röntgen bei bei Patienten/Patientinnen über 50 Jahre bei Größenverlust über 4 cm und bei früherer Wirbelfraktur oder einer anderen osteoporotischen Fraktur (DXA-Messung bei einem 10-Jahresrisiko über 20% sekundärem Osteoporoserisiko etc.)
- o ggf. DXA zur Diagnosestellung, Therapieeinleitung und ggf. zur Überprüfung einer Osteoporosetherapie, z. B. 6 bis 24 Monate
- o ggf. Labor in Abstimmung mit dem HAUSARZT zum Ausschluss einer sekundären Osteoporose z. B. bei Plasmozytom usw.

**1. Präventive Information und motivationale Beratung z. B.**

**Leitgedanke (siehe P1) sowie**

- Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau, Kraft- und Koordinationstraining, Bewegung an der frischen Luft sowie calciumreiche Ernährung bei vorliegender Osteoporose sind frühzeitig einzuleiten um das Fortschreiten der Osteoporose sowie pathologische Frakturen so lange wie möglich zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind mögliche depressive Verstimmungen mit vermindertem Antrieb z. B. körperlicher oder sozialer Aktivitäten zu berücksichtigen.
- Neben der Förderung der körperlichen Aktivität ist eine leitliniengerechte medikamentöse Behandlung einzuleiten.

**Information und Beratung**

- o zum Krankheitsverlauf und zum Risiko weiterer osteoporotischer Frakturen ,
- o zum Einfluss von Lebensstilfaktoren (Bewegung, Ernährung, Entspannung bzw. Disstress, Konsumverhalten) auf den Krankheitsverlauf, da z. B. körperliche Inaktivität das Krankheitsbild fördert
- o zur Bedeutung von Muskelkräftigungen der Beckenmuskulatur mit Ermutigung zum Gehen und Förderung der Geschicklichkeit usw.

| | | | |
|---|---|---|---|
| | o zur Bedeutung der Ernährung und Ernährungsberatung z. B., zur Calciumaufnahme über die Nahrung, ggf. Vitamin D-Zufuhr, ggf. auch Unterstützung mit Calciumrechner<br>o zu Auswirkungen von Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum auf den Krankheitsverlauf und ggf. Weitervermittlung in AOK / BKK-Gesundheitsangebote<br>o zur Sturzprophylaxe zur Verminderung des Sturzrisikos auch zur Reduzierung von Stolperfallen im häuslichen Umfeld, zu örtlichen Bewegungsangeboten (z. B. Sportvereine, AOK / BKK-Gesundheitsangebote und zur Sturzprophylaxe)<br>o Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen<br>o zum Alltagsverhalten und Risikofaktoren ggf. Berücksichtigung des Stress-Diathese- bzw. Vermeidungs-Durchhalte-Modells zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Eigenaktivität<br>o Zu Selbsthilfegruppen (z. B. Rheuma-Liga)<br>o zu Patienteninformationen, z. B. der DVO, IQWiG zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität<br>o zur medikamentösen Schmerztherapie vorübergehend v.a. nach frischer Fraktur<br>o zur Beachtung der verminderten Wirkung von Opoiden auch bei depressiver Störung, Opoide nur bei selten Besonderheiten, Ausschleichen von Schmerzmitteln<br>o zur Basistherapie mit besonderer Beachtung der Arzneimittelrichtlinie (Anlage 17) und in Kombination mit Bewegungstherapie zur Reevaluation mit DXA-Messung gemäß DVO-Leitlinie (bzw. auch je nach individueller Risikokonstellation)<br><br>**2. Ggf. Konservative Therapie**<br>o Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport<br>o Hilfsmittelverordnung bei Indikationsstellung durch den FACHARZT (siehe P1).<br>o Verordnung von Heilmitteln<br><br>**13. Dokumentation**<br>o Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17<br><br>**14. Wiedervorstellung z. B.**<br>o abhängig vom Risikoprofil 6 bis 24 Monate,<br>o bei akuten Beschwerden, Unverträglichkeiten oder Medikamentenwechsel frühzeitig | | |
| **Zusatz-pauschale**<br><br>**P5** | **Orthopädische evidenzbasierte Versorgungsinhalte von Patienten mit rheumatoiden Gelenkerkrankungen**<br>*Hausarztebene*<br>• *Entscheidung des HAUSARZTES über eine Überweisung zur weiteren fachärztlichen differentialdiagnostischen Abklärung bei. V.a rheumatische Gelenkerkrankung und ggf. Einleitung* | • Abrechenbar 1 x pro Quartal additiv zu P1 bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12. | 25,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | *einer Therapie zum Orthopäden und/oder Internistischen Rheumatologen. Ein Termin zur fachärztlichen Differentialdiagnostik sollte innerhalb 14 Tagen spätesten nach 21 Tagen nach erfolgter hausärztlicher Überweisung stattfinden.*<br>• *Befunddokumentation an Orthopäden/Internistischen Rheumatologen gemäß Begleitschreiben, Befundübermittlung zu Risikofaktoren, Komorbiditäten und Besonderheiten*<br><br>**Orthopädische Leistungen**<br><br>➢ **Vorgehen siehe Themenkatalog unter P1 Punkt 1-15**<br>➢ **sowie Grad der Evidenzbasierung unter BP 5**<br>➢ **und spezifisch zu Punkt**<br><br>**1. Korrekte Diagnoseverschlüsselung**<br>o der spezifischen Form wie z. B. M05-M07 usw., auch Morbus Bechterew als seronegative Spondylarthropathien<br><br>**3 Klinische Untersuchung**<br>o Inspektion, Palpation von Gelenken, Erkennung der synovialitischen Gelenkschwellung, Neutral-Null-Methode,<br>• Funktionsfähigkeit der Hand,<br>• Erhebung der Leitsymptome wie z. B. Gelenkschmerz mit Entzündungszeichen, verändertes Gangbild, Schonhaltungen, andere Schmerzen,<br>• Erfassung von Gelenkzerstörungen mit Fehlstellungen<br>• Ggf. Nachweis von Rheumaknoten<br>• Ggf. zur Beteiligung weiterer Organe (z. B. zum kardovaskulären Risiko)<br><br>**4 Fragebögen zur Befindlichkeit einmal im Quartal**<br>o bzw. zur Funktionsfähigkeit z. B. DAS28 nach van Gestel, Funktionsfragebogen Hannover FFbH, BASDAI<br><br>**5 Bildgebende Diagnostik gemäß Anlage 17**<br>o Ggf. Röntgen beider Hände, Füße, HWS<br>o Ggf. Arthrosonografie<br>o Ggf. MRT, Szintigrafie selten<br><br>**6 Weiterführende Diagnostik gemäß Anlage 17**<br>o Z. B. Laboruntersuchungen (BSG, CRP, immunologische Befunde wie Rheumafaktor, ACPA IgG-Ak, Anti CCP, MCV-Ak, ANA, Blutbild, Glukose, Kreatinin, Leberenzyme) | • **Maximal neben einer weiteren Zusatzpauschale P2A oder P2B oder P3 oder P4 im Quartal abrechnungsfähig.** | |

**8. Präventive Information und motivationale Beratung z. B.**

**Leitgedanke (siehe P1) sowie**

- Präventive Therapiemaßnahmen wie Muskelaufbau, Kraft- und Koordinationstraining bei vorliegender rheuamtischer Gelenkerkrankung sind frühzeitig einzuleiten, um das Fortschreiten der Erkrankung so lange wie möglich zu vermeiden bzw. zu verzögern.
- Die motivationale Beratung sollte als entscheidender Erfolgsparameter für die Schmerzbewältigung kontinuierlich im Krankheitsverlauf stattfinden, damit lebenslange bewegungstherapeutische Maßnahmen sichergestellt und Vermeidungsverhalten überwunden werden können.
- Bei der Erstellung eines Versorgungsplans sind mögliche depressive Verstimmungen mit vermindertem Antrieb z. B. körperlicher oder sozialer Aktivitäten zu berücksichtigen.
- Einleitung einer interdisziplinären Versorgung im Krankheitsverlauf

**Information und Beratung**

- zum Krankheitsbild und –verlauf sowie zum Einfluss von Lebensstilfaktoren auf den Krankheitsverlauf
- frühzeitig zur Bedeutung der Bewegungstherapie (Schulung usw.) und zu sporttherapeutischen Programmen
- zur Meidung von Sturzgefahren sowie zur Motivations- und Eigenaktivitätsförderung
- zur Selbsthilfe (z. B. Rheuma-Liga usw.)
- Anleitung zu praktischen Bewegungsübungen (z. B. zum Ausdauertraining, zur Gymnastik mit stabilisierenden Reizen und Dehnungsübungen, Kreislauftraining etc.) mit gezielter Ausgabe von Patienteninformationen
- zu örtlichen Bewegungsangeboten (AOK / BKK-Gesundheitsangebote, Sportvereine)
- zu Patienteninformationen zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten, ggf. Gewichtsnormalisierung und v.a. zur Eigenaktivität
- Anpassung der Therapiemaßnahmen an entzündliche Schübe
- kontinuierliche Überprüfung der Bewegungsmaßnahmen
- bei Schmerzschüben vorübergehend NSAR, die nicht den Gesamtverlauf beeinflussen, ansonsten Kortikoide,
- Basistherapie mit umfassender Beratung und Kontrollen der medikamentösen Behandlung (Wirkung / Nebenwirkung, siehe Anlage 17) zur Unterstützung der Compliance, ggf. auch step-down, ansonsten Eskalation
- TNF-Alpha-Blocker bei erheblichem Nebenwirkungsrisiko durch den internistisch/orthopädisch rheumatologischen Facharzt/FACHARZT
- frühzeitige Einleitung von Rehabilitation usw.
- ggf. operative Therapie z. B. Entfernung von chronisch persistierenden Synovialitiden, ggf. endoprothetischer Ersatz
- zu den Möglichkeiten der Hilfsmittelversorgung
- Vorstellung beim Rheumatologen

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **9. konservative Therapie**<br>o ggf. Frühzeitige Anleitung zu Eigenübungen (Selbstmanagement)<br>o ggf. Verordnung von Funktionstraining oder Rehasport<br>o ggf. Frühzeitige Einleitung einer stationären/ambulanten Rehabilitation<br>o ggf. Ggf. Heilmittel und Hilfsmittelverordnung indikationsbezogen durch den FACHARZT (siehe P1).<br>o ggf. Frühzeitige Rationale Pharmakotherapie inkl. Basistherapie<br><br>**13. Dokumentation**<br>o Nach definiertem Arztbrief siehe Anhang 2 zu Anlage 17<br><br>**14. Wiedervorstellung beim Orthopäden**<br>o Zur Überprüfung der Gelenkfunktionsdiagnostik zur nicht-medikamentösen, motivationalen und medikamentösen Beratung und ggf. Therapie je nach Verlauf zwischen 6 bis 12 Wochen | | |
| **Beratungs-pauschalen**<br><br>**BP2A oder**<br><br>**BP2B oder**<br><br>**BP3 oder**<br><br>**BP4 oder**<br><br>**BP5**<br><br>**zu den Zusatz-pauschalen P2A oder P2B oder P3 oder P4 oder P5** | **Präventive Information und auch motivationale Beratung z. B. zur Vorsorge und Vermeidung weiterer Schäden/Fehl-Belastungen usw. (siehe auch Anlage 17)**<br><br>**Grundsatz**<br><br>**Beratung zu Gesundheitsinformationen auf Basis von Evidenzbasierung und (Patienten-) Leitlinien (z. B. IQWIG, Gemeinsamer Bundesausschuss, DIMDI-HTA-Berichte usw. gemäß Anlage 17) v.a. hinsichtlich Eigenübungen, frühzeitiger Rehabilitation, sorgfältiger Indikationsstellung und Beratung zu Arzneimitteln, Beratung gemäß Hilfs- und/oder Heilmittelrichtlinien, Themenkatalog v.a.**<br>o zur Anatomie/Physiologie z. B. der Bandscheiben und geringe Spezifität von Bildbefunden bei nicht spezifischen Schmerzen<br>o zur Änderung von Verhaltensweisen, Fehlbelastungen, z. B. fehlende Effektivität von Bettruhe<br>o zu Kraft-, Geschicklichkeits- und Ausdauertraining z. B. zur Sturzprophylaxe, bei Osteoporose usw.<br>o zur Anleitung von Eigenübungen<br>o zu frühzeitigen Maßnahmen v.a. nicht-medikamentöser Art<br>o zum Lebensstil, Risikofaktoren wie z. B. Gewichtsbelastung auf Kniegelenke<br>o zu Kontrollen, Nachsorge, Schulung z. B. AOKSports, Rückenschule usw.<br>o Informationen zu spezifischen Angeboten der AOK/Bosch BKK, z. B. Gesundheitsangebote Sport, Ernährung, Entspannung<br>o zu Behandlungsalternativen wie z. B. Akupunktur<br>o zu Selbsthilfegruppen, z. B. Rheuma-Liga | • Beratungspauschale auf P2A und B, P3, P4, P5 abrechenbar<br><br>• **Dauer mindestens 20 Minuten**<br><br>• maximal 2x im Krankheitsfall (Krankheitsbilder P2A, P2B, P3, P4, P5) abrechenbar.<br><br>• maximal 1x im Quartal und insgesamt 4x in 4 aufeinander folgenden Quartalen abrechenbar. | 20,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | o zur Rationalen Pharmakotherapie unter Beachtung von Indikationsstellung, Nebenwirkungen und Risiken, Dauer usw. sowie auch der Rabattierung<br>➢ ggf. temporär: z. B. Überlastungsschäden, Sehnenverletzung, HWS-Syndrom, postoperativ, posttraumatisch inkl. Sportverletzungen<br>➢ ggf. längerfristig: z. B. bei rheumatoider Arthritis (siehe Versorgungsschwerpunkte), chronischem Lumbalsyndrom, Tumorkrankheiten<br>o ggf. zur perioperativen Analgesie usw.<br>o ggf. Empfehlung/Veranlassung zu regelmäßiger Leber- und Nierenfunktionsprüfung z. B. bei andauernder Medikation<br>o ggf. zur transdermalen Pharmakotherapie (Externa), Anästhetika, auch Chondroprotektiva usw.<br>o ggf. Darstellung und Erläuterung der Vor- und Nachteile wirksamer verschiedener Behandlungsverfahren und –alternativen | | |
| **3. Einzelleistungen**<br>**Einzelleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal pro Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen.** | | | |
| **E1** | **Spezielle Schmerztherapie**<br>Nachweis der KV-Abrechnungsgenehmigung<br>Analog EBM-Ziffern 30700, 30702, 30704, 30706,30708<br>gemäß der Qualitätssicherungsvereinbarung zur schmerztherapeutischen Versorgung chronisch schmerzkranker Patienten nach §135 Abs. 2 SGB V | Vom FACHARZT einmal pro Quartal abrechenbar.<br>• Nicht neben P1, P2A und P2B, P3, P4, P5 abrechenbar.<br>• Ausnahme: P1 nur dann neben E1 abrechenbar, wenn die Schmerztherapie innerhalb derselben BAG neben der orthopädisch/ chirurgischen Behandlung durch einen anderen FACHARZT im gleichen Quartal erbracht wird.<br>• Nicht neben E2 abrechenbar | 94,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **E2** | **Leistung Fallkonferenz Rücken**<br><br>Um Diagnostik und Therapie chronifizierter Rückenschmerzen zu verbessern, sollen interdisziplinäre Fallkonferenzen eingerichtet werden.<br>Die Indikation dazu stellt der ORTHOPÄDE mit dem Ziel der Koordination der Fallkonferenz. Der HAUSARZT bzw. Soziale Dienst (SD) bzw. die Patientenbegleitung der Bosch BKK (PBG) können dem ORTHOPÄDEN eine Indikationsprüfung für die Fallkonferenz vorschlagen. Der ORTHOPÄDE organisiert grundsätzlich die Fallkonferenz. Mindestteilnehmer einer Fallkonferenz sind der ORTHOPÄDE und der betreuende HAUSARZT sowie der behandelnde PSYCHOTHERAPEUT, sofern Letzterer dem ORTHOPÄDEN bzw. dem HAUSARZT bekannt ist (Ausnahme: HZV-Patient hat der Befundweiterleitung im Rahmen seiner PT-Behandlung widersprochen bzw. der HAUSARZT ist über die Therapie nicht informiert) und ggf. der SD/PBG.<br><br>**1. Zielgruppe**<br>o Patienten mit chronischen Rückenschmerzen, bei denen erhebliche psychosoziale Risikofaktoren zur Chronifizierung beitragen<br>o Schmerzen sollten über 12 Wochen betragen oder AU ab oder über 4 Wochen bestehen<br>o neben einer spezifischen M54-Diagnose (M54.0-, M54.1-, M54.2, M54.3, M54.4, M54.5, M54.6, M.54.8- oder M.54.9-) ist zusätzlich Voraussetzung eine der ICD Codes F45.40, F45.41, F62.80<br><br>**2. Leistungsinhalt**<br>**ORTHOPÄDE**<br>o Organisation der Fallkonferenz und Koordination des interdisziplinären Teams<br>o Information und Abstimmung mit HAUSARZT und ggf. PSYCHOTHERAPEUTEN (z. B. Differentialdiagnostik, ggf. Auswertung Fragebögen)<br>o Ggf. Information und Abstimmung mit dem SD/PBG mittels Beratungsbogen Fallkonferenz (gem. Anlage 12, Anhang 6)<br>o Abstimmung erfolgt über einen persönlichen Kontakt<br>o Sichtung Bildgebung<br>o Aushändigung der Testfragebögen vor der Fallkonferenz an den Patienten wie z. B. Funktionsfragebogen Rücken (FfbH-R), Schmerzbogen nach Korff, Arbeitsplatzbogen<br>o Auswertung Funktionsfragebogen Rückenschmerz vor der Fallkonferenz<br>o Vorbericht zur Vorstellung in der Fallkonferenz mit Schmerzanamnese, Schmerzmedikation, jetzige Beschwerden, med. Vorgeschichte, klinischer Befund incl. Auswertung FFbH-R, Synopse Bildgebung<br><br>**3. Durchführung**<br>o Die Fallkonferenz kann wahlweise auch z. B. durch Telefon oder Videokonferenz durchgeführt werden, Dauer etwa 20 Minuten. Die Teilnahme an einer Fallkonferenz erfolgt durch alle erforderlichen Teilnehmer gleichzeitig. | • Einmal im Krankheitsfall abrechenbar.<br><br>• Abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2 zur Anlage 12<br><br>• Nicht neben der E1 Spezielle Schmerztherapie im selben Quartal abrechenbar<br><br>• Dauer ca. 20 Minuten<br><br>Nicht abrechenbar, wenn die Mindestteilnehmer (ORTHOPÄDE und HAUSARZT) am gleichen Tag nicht erfüllt sind. | 50,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | o Allen Teilnehmern müssen die Ergebnisse der Vorberichte und Test- bzw. Funktionsfragebögen vorliegen (grundsätzlich postalische Versendung)<br>o Hierauf wird vom ORTHOPÄDEN ein Bericht erstellt, in dem Behandlungsvorschläge und ggf. zusätzliche organisatorische Interventionen z. B. im psychosozialen Kontext gemacht werden. Der Bericht wird vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Tagen an die Teilnehmer der Fallkonferenz verschickt.<br><br>**4. Mögliche multimodale Therapieansätze**<br>o aktivierende Bewegungstherapie<br>o psychologische Interventionen, z. B. kognitive Verhaltenstherapie<br>o Entspannungstechniken<br>o Einleitung interdisziplinäre multimodale Therapie | | |
| **E3** | **Therapeutische Proktoskopie** | • Bis zu 4 mal im Abrechnungsquartal | 18,50 € |
| **E4A** | **Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK)**<br>obligatorisch: persönlicher APK,<br>Leistungsinhalte:<br>z. B. Wundversorgung, postoperative Kontrollen, Gipswechsel und -kontrollen, Kontrolle der Heil- und Hilfsmittelverordnung, Pharmakotherapie, psychosomatische Grundversorgung, wiederholte Beratung, Chirotherapie, physikalische Therapie<br><br>**Ausschluss: Akupunktur** | • Abrechenbar frühestens ab dem 3. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb eines Quartals bis maximal zum 10. Kontakt. Die Honorierung erfolgt erst ab dem 3. APK (maximal 8 x im Quartal).<br>• Jeder Arzt-Patientenkontakt ist zu dokumentieren und zu übermitteln.<br>• Maximal 1 x pro Tag abrechenbar, nicht am gleichen Tag mit E4B zusammen abrechenbar.<br>• Bei Abrechnung von E4A und E4B im gleichen Quartal bleibt die maximale Anzahl der vergüteten APKs für E4A | 15,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | und E4B zusammengenommen auf 8 beschränkt. | |
| **E4B** | **Zusätzlicher Arzt Patienten Kontakt (APK)**<br>obligatorisch: persönlicher APK,<br>Leistungsinhalte:<br>Akupunktur bei chronisch schmerzerkrankten Patienten **nach den Vorgaben in Kapitel 30.7.3 EBM** (derzeit Akupunktur nur bei chronischen Schmerzen der Lendenwirbelsäule und im Kniegelenk bei Gonarthrose). | • Abrechenbar frühestens ab dem 3. persönlichen Arzt-Patienten-Kontakt innerhalb eines Quartals bis maximal zum 10. Kontakt. Die Honorierung erfolgt erst ab dem 3. APK (maximal 8 x im Quartal).<br>• Jeder Arzt-Patienten-Kontakt ist zu dokumentieren und zu übermitteln. Die für mehr als 10 Einheiten notwendige Begründung kann von den Vertragspartnern zu Abrechnungsprüfzwecken angefordert werden.<br>• Maximal 1 x pro Tag abrechenbar, nicht am gleichen Tag mit E4A zusammen abrechenbar.<br>• Bei Abrechnung von E4A und E4B im gleichen Quartal bleibt die maximale Anzahl der vergüteten APKs für E4A und E4B zusammengenommen auf 8 beschränkt. | 15,00 € |
| **E AOP** | **Ambulantes Operieren**<br>**Siehe Anhang 5 zu Anlage 12** | • Siehe Anhang 5 zu Anlage 12 | |

| 4.Qualitätszuschläge | | | |
|---|---|---|---|
| **Q1** | **Strukturzuschlag für Sonografie**<br>Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonographie der Bewegungsorgane und der Säuglingshüfte. | • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 1,00 € |
| **Q2** | **Strukturzuschlag für Röntgen**<br>Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen des Skelettes.<br>Einhaltung der Rö-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungs- Maßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung. | • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 7,00 € |
| **Q3** | **Strukturzuschlag für Osteodensitometrie (DXA)**<br>Nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren | • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 4,00 € |
| **Q4** | **Strukturzuschlag für Duplex** | • Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 8,00 € |
| **Q5** | **Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie**<br>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware | • Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale P1 oder E1 gemäß Anhang 3 | 4,00 € |
| **Q6** | **Qualitätszuschlag für zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen gemäß Anhang 4 Anlage 12** | • Zuschlag auf P2B | 2,00 € |
| **Q7** | **Strukturzuschlag Schmerztherapie** | • Zuschlag auf E1 oder A2 | 30,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | Für schmerztherapeutische Einrichtungen analog den Voraussetzungen EBM 30704. | | |
| **Q8** | **Strukturzuschlag EFA®** | • Zuschlag auf BP2A oder BP2B oder BP3 oder BP4 oder BP5 oder E1<br>• Der Zuschlag wird je EFA® in Abhängigkeit des Tätigkeitsumfangs wie folgt zugesetzt:<br>  • 100%-Tätigkeit (wöchentliche. Arbeitszeit mind. 38,5 Std.) bis zu 200 Zuschläge<br>  • 75%-Tätigkeit (wöchentliche. Arbeitszeit mind. 28 Std.) bis zu 150 Zuschläge<br>  • 50%-Tätigkeit (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Std.) bis zu 100 Zuschläge<br>**Das Nähere ist abschließend in Anhang 8 zu Anlage 12 geregelt.** | 5,00 € |
| **Q11** | **Strukturzuschlag Extrakorporale Stoßwellentherapie (ESWT) bei Fasciitis plantaris** (ICD M 72.2)<br>Für die Durchführung der ESWT gelten die **Vorgaben in Kapitel 30.4 EBM** | Zuschlag auf P1 oder E1 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2 | 0,50 € |

| Elektronische Arztvernetzung | | | |
|---|---|---|---|
| **Q9*** | **Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung**<br><br>Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 9 und Anhang 10 zu Anlage 12 | Der Zuschlag wird automatisch auf die Vergütungsziffer P1 oder E1 im Quartal aufgeschlagen, insgesamt maximal einmal pro Quartal.<br><br>Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung des FACHARZTES an der elektronischen Arztvernetzung durch die Managementgesellschaft ausgestellt wird, sofern die Teilnahmebestätigung bis zum 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats erfolgte. Spätere Teilnahmen werden ab dem Folgequartal vergütet. | 5,00 €/ Quartal |
| **Q10*** | **Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung**<br><br>Umsetzung der IT-Fachanwendungen gem. Anhang 9 Abs. 1 lit. b) und c) zu Anlage 12 | Der Erfolgsbonus wird automatisch auf die Vergütungsziffer P1 oder E1 im Quartal, insgesamt maximal einmal im Quartal, aufgeschlagen, wenn die in Anhang 9 unter „IV.“ näher geregelten Voraussetzungen erfüllt werden. | 2,00 €/ Quartal |
| **ZITV*** | **Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung**<br><br>Organisatorische Maßnahmen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 9 zu Anlage 12 (bspw. Anwendungsschulung und Installation des Vertragssoftwaremoduls) | Der Zuschuss wird einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ (inklusive NBSNRn) vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung | Einmalig<br><br>2.500,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | gem. Anhang 9 zu Anlage 12 vorliegt.<br><br>Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der einmalige Zuschuss über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Orthopädie/Rheumatologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme der/des Praxis/BAG/MVZs an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der einmalige Zuschuss insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt einmalig in dem Vertrag mit der längsten Vertragslaufzeit, an dem die/das Praxis/BAG/MVZ auch an der elektronischen Vernetzung teilnimmt.<br><br>Die aktive Teilnahme wird im Rahmen der Teilnahmeerklärung durch den Arzt per Selbstauskunft ausdrücklich bestätigt. | |

| 5. Vertretungsleistungen | | | |
|---|---|---|---|
| **V1** | **Vertretungspauschale** | • Nicht im selben Quartal abrechenbar neben P1-P5.<br>• Neben V1 bei Vorliegen der Voraussetzungen abrechenbar sind E1-E4A/ E4B, E AOP | 20,00 € |

## 6. Auftragsleistungen

**Auftragsleistungen sind, soweit für die jeweilige Vergütungsposition in der Spalte „ Vergütungsregeln“ nicht abweichend geregelt, pro Patient nur einmal im Quartal abrechenbar. Hiervon ausgenommen sind begründete Verschlechterungen und Notfälle. Der FACHARZT kann nicht für denselben Versicherten im selben Quartal Auftragsleistungen und Einzelleistungen nebeneinander abrechnen. Die Abrechnung von Auftragsleistungen schließt die Abrechnung von Grundpauschalen, Zusatzpauschalen und Einzelleistungen und Vertreterpauschalen aus.**

**Abrechenbar bei Vorliegen eines Zielauftrags eines anderen FACHARZTES, sofern der überweisende FACHARZT selbst nicht über die entsprechenden qualifikationsgebundenen bzw. technischen Voraussetzungen nach diesem Vertrag verfügt.**

| | | | |
|---|---|---|---|
| **A1** | **Grundpauschale für die Erbringung der Auftragsleistung** | • Einmal im Quartal abrechnungsfähig. Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E3,<br>E AOP abrechenbar. | 12,50 € |
| **A2** | **Spezielle Schmerztherapie** | • Vom FACHARZT einmal pro Quartal abrechenbar.<br>• Nicht abrechenbar neben P1 bis P5 und A1 sowie E1 bis E3, E AOP | 94,00 € |
| **A3** | **Duplex** | • Nicht neben P1 bis P5 und E 1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. | 30,00 € |
| **A4** | **Osteodensitometrie (DXA)** | • Vom FACHARZT einmal pro Quartal abrechenbar.<br>• Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. | 30,00 € |
| **A5** | **Sonografie inkl. Säuglingshüfte** | • Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. | 20,00 € |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **A6** | **Röntgen** | • Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. | 15,00 € |
| **A7** | **Therapeutische Proktoskopie** | • Vom FACHARZT viermal pro Quartal abrechenbar.<br>• Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E4A/ E4B, E AOP abrechenbar. | 18,50 € |
| **A AOP** | **Ambulantes Operieren**<br>Analog Anhang 5 zu Anlage 12 | • Nicht neben P1 bis P5 und E1 bis E3 und E AOP abrechenbar.<br>• Siehe Anhang 5 zu Anlage 12 | |
| **Z1** | **Investitionskostenzuschlag** | • Maximal auf die ersten 100 Patienten bei der ersten abgerechneten Ziffer abrechenbar<br>• Nicht abrechenbar neben Auftragsleistungen A1 bis A7<br>• Bis zum 31.12.2014 abrechenbar | 15,00 € |

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

## ABSCHNITT II: LAUFZEIT

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

## ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

### I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1)

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

### II. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des AOK-FacharztProgrammes bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie in Anspruch genommen haben

**(1)** Der FACHARZT rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I (”Vergütungspositionen”) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrages.

(2) **Verfügt ein am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie teilnehmender FACHARZT nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich – im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen FACHARZT überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

(3) **Im Rahmen dieses Vertrages muss der FACHARZT alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der FACHARZT - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrages erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im** AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm **erbracht hat bzw. weiter erbringt.** Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrages von einem FACHARZT angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär").

Der FACHARZT muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über den Qualitätszuschlag vergütet werden, erbringen.

(4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.

## III. Abrechnung des FACHARZTES für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale V1 über das AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie abgerechnet.

## IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

(1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**") im Sinne dieses Vertrages sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse

a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder

b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder

c) MVZ untereinander

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

(2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.

(3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden FACHARZT, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 73c SBG V mit der AOK bzw. BKK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages.

(4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrages tätig werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrages gem. § 73c SGB V kann der Beirat gem. § 23 des Vertrages Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

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

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein FACHARZT weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind.

## VI. Doppel- und Fehlabrechnungen

(1) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrages kann zu einem Schaden der AOK bzw. BKK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V aufgrund einer Auszahlung des von dem FACHARZT abgerechneten Betrages durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK bzw. der BKK führt. Die Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK bzw. BKK im Falle einer Doppelabrechnung den

gegenüber der KV von dem FACHARZT abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der FACHARZT nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des FACHARZTES nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrages für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

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

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

## ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

### I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

(1) Der FACHARZT ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem FACHARZT -Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.

(2) Der FACHARZT ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.

(3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem FACHARZT erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.

(4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den FACHARZT auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

### II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK nach diesem Vertrag

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

(2) Die Managementgesellschaft ermittelt, sofern die Datengrundlage vorhanden ist, für jeden FACHARZT die abrechnungsrelevanten Kriterien zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Struktur-, Qualitäts- und sonstigen Zuschläge.

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

- Q6: Qualitätszuschlag Zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen gemäß Anhang 4 zu Anlage 12

(4) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des FACHARZTES nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK und die BKK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („**Kassen-Prüffrist**"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK bzw. die BKK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**"). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

a) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist keine Rüge, ist die AOK bzw. BKK innerhalb einer Zahlungsfrist von 8 Kalendertagen („**Zahlungsfrist**") zum Ausgleich des in der AOK- bzw. BKK-Abrechnung genannten Betrages verpflichtet. Die Zahlungsfrist beginnt mit Ablauf der Prüffrist. Die AOK und die BKK erhalten unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung nach dem vorstehenden Satz über diesen Betrag eine Rechnung. Die nach Ablauf der Prüffrist unbeanstandete AOK- bzw. BKK-Abrechnung gilt als abgestimmte Kassen-Abrechnung („**abgestimmte Kassen-Abrechnung**"). Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen werden die AOK und die BKK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrages verwiesen.

b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK bzw. BKK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.

c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK- bzw. BKK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK bzw. BKK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrages als abgestimmte Kassen-

Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenen Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrages läuft ab Zugang dieser Rechnung.

(5) Die AOK und die BKK haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und der BKK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**") zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK bzw. die BKK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.

(6) Die AOK und die BKK leisten an die Managementgesellschaft jeweils monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro Abrechnungsfall (keine Auftragsleistungen) auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK und die BKK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 12 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechnungsdaten von der Managementgesellschaft nicht mindestens 12 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.

(7) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 6 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.

(8) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrages) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**"). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**").

(9) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.

(10) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der

Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK bzw. BKK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.

(11) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt. In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrages erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

## ABSCHNITT V: ANHÄNGE

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

**Anhang 1 zu Anlage 12:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Orthopädie

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

**Anhang 3 zu Anlage 12:** Zuschläge Rationale Pharmakotherapie

**Anhang 4 zu Anlage 12:** Qualitätszuschlag zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen

**Anhang 5 zu Anlage 12:** Ambulantes Operieren

**Anhang 6 zu Anlage 12:** Beratungsbogen Sozialer Dienst/Patientenbegleitung

**Anhang 7 zu Anlage 12:** Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung

**Anhang 8 zu Anlage 12:** Entlastungsassistent/-in der Facharztpraxis („EFA®“)

**Anhang 9 zu Anlage 12:** ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

**Anhang 10 zu Anlage 12:** Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

## Auszug aus der ICD-Liste

Die Anforderungen an die richtige Diagnosestellung laut Dimdi sind zwingend einzuhalten --> www.dimdi.de

## Anlage 12 Anhang 2 - Orthopädie

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54 in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| F45.40 | Anhaltende somatoforme Schmerzstörung | | | | | | X* | |
| F45.41 | Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren | | | | | | X* | |
| F62.80 | Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom | | | | | | X* | |
| G55.1 | Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Bandscheibenschäden | | X | | | | | |
| G55.2 | Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei Spondylose | | X | | | | | |
| G55.3 | Kompression von Nervenwurzeln und Nervenplexus bei sonstigen Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens | | X | | | | | |
| G99.2 | Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten | | X | | | | | |
| L40.5 | Psoriasis-Arthropathie | | | | | X | | |
| M00.00 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M00.01 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M00.02 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M00.03 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M00.04 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M00.05 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M00.06 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M00.07 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M00.08 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M00.09 | Arthritis und Polyarthritis durch Staphylokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M00.10 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M00.11 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M00.12 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M00.13 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M00.14 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M00.15 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M00.16 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M00.17 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M00.18 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M00.19 | Arthritis und Polyarthritis durch Pneumokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M00.20 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M00.21 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M00.22 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M00.23 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M00.24 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M00.25 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M00.26 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M00.27 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M00.28 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M00.29 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige Streptokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M00.80 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M00.81 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M00.82 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M00.83 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M00.84 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M00.85 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M00.86 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M00.87 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M00.88 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M00.89 | Arthritis und Polyarthritis durch sonstige näher bezeichnete bakterielle Erreger: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M00.90 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M00.91 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M00.92 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M00.93 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M00.94 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M00.95 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M00.96 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M00.97 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M00.98 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M00.99 | Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.00 | Arthritis durch Meningokokken: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.01 | Arthritis durch Meningokokken: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.02 | Arthritis durch Meningokokken: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.03 | Arthritis durch Meningokokken: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.04 | Arthritis durch Meningokokken: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.05 | Arthritis durch Meningokokken: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.06 | Arthritis durch Meningokokken: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.07 | Arthritis durch Meningokokken: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.08 | Arthritis durch Meningokokken: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.09 | Arthritis durch Meningokokken: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.10 | Tuberkulöse Arthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.11 | Tuberkulöse Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.12 | Tuberkulöse Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.13 | Tuberkulöse Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.14 | Tuberkulöse Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.15 | Tuberkulöse Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.16 | Tuberkulöse Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.17 | Tuberkulöse Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.18 | Tuberkulöse Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.19 | Tuberkulöse Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.20 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.21 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M01.22 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.23 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.24 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.25 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.26 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.27 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.28 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.29 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.30 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.31 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.32 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.33 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.34 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.35 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.36 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.37 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.38 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.39 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten bakteriellen Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.40 | Arthritis bei Röteln: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.41 | Arthritis bei Röteln: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.42 | Arthritis bei Röteln: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.43 | Arthritis bei Röteln: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.44 | Arthritis bei Röteln: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.45 | Arthritis bei Röteln: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.46 | Arthritis bei Röteln: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.47 | Arthritis bei Röteln: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M01.48 | Arthritis bei Röteln: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.49 | Arthritis bei Röteln: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.50 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.51 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.52 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.53 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.54 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.55 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.56 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.57 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.58 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.59 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Viruskrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.60 | Arthritis bei Mykosen: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.61 | Arthritis bei Mykosen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.62 | Arthritis bei Mykosen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M01.63 | Arthritis bei Mykosen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.64 | Arthritis bei Mykosen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.65 | Arthritis bei Mykosen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.66 | Arthritis bei Mykosen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.67 | Arthritis bei Mykosen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.68 | Arthritis bei Mykosen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.69 | Arthritis bei Mykosen: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M01.80 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M01.81 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M01.82 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M01.83 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M01.84 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M01.85 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M01.86 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M01.87 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M01.88 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M01.89 | Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M02.00 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M02.01 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M02.02 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M02.03 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M02.04 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M02.05 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M02.06 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M02.07 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M02.08 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M02.09 | Arthritis nach intestinalem Bypass: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M02.10 | Postenteritische Arthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M02.11 | Postenteritische Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M02.12 | Postenteritische Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M02.13 | Postenteritische Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M02.14 | Postenteritische Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M02.15 | Postenteritische Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M02.16 | Postenteritische Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M02.17 | Postenteritische Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M02.18 | Postenteritische Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M02.19 | Postenteritische Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M02.20 | Arthritis nach Impfung: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M02.21 | Arthritis nach Impfung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M02.22 | Arthritis nach Impfung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M02.23 | Arthritis nach Impfung: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M02.24 | Arthritis nach Impfung: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M02.25 | Arthritis nach Impfung: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M02.26 | Arthritis nach Impfung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M02.27 | Arthritis nach Impfung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M02.28 | Arthritis nach Impfung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M02.29 | Arthritis nach Impfung: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M02.30 | Reiter-Krankheit: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M02.31 | Reiter-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M02.32 | Reiter-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M02.33 | Reiter-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M02.34 | Reiter-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M02.35 | Reiter-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M02.36 | Reiter-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M02.37 | Reiter-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M02.38 | Reiter-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M02.39 | Reiter-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M02.80 | Sonstige reaktive Arthritiden: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M02.81 | Sonstige reaktive Arthritiden: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M02.82 | Sonstige reaktive Arthritiden: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M02.83 | Sonstige reaktive Arthritiden: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M02.84 | Sonstige reaktive Arthritiden: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M02.85 | Sonstige reaktive Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M02.86 | Sonstige reaktive Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M02.87 | Sonstige reaktive Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M02.88 | Sonstige reaktive Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M02.89 | Sonstige reaktive Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M02.90 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M02.91 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M02.92 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M02.93 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M02.94 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M02.95 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M02.96 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M02.97 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M02.98 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M02.99 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M03.00 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M03.01 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M03.02 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M03.03 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M03.04 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M03.05 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M03.06 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M03.07 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M03.08 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M03.09 | Arthritis nach Meningokokkeninfektion: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M03.10 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M03.11 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M03.12 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M03.13 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M03.14 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M03.15 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M03.16 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M03.17 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M03.18 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M03.19 | Postinfektiöse Arthritis bei Syphilis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M03.20 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M03.21 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M03.22 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M03.23 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M03.24 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M03.25 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M03.26 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M03.27 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M03.28 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M03.29 | Sonstige postinfektiöse Arthritiden bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M03.60 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M03.61 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M03.62 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M03.63 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M03.64 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M03.65 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M03.66 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M03.67 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M03.68 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M03.69 | Reaktive Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M05.00 | Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M05.01 | Felty-Syndrom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M05.02 | Felty-Syndrom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M05.03 | Felty-Syndrom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M05.04 | Felty-Syndrom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M05.05 | Felty-Syndrom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M05.06 | Felty-Syndrom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M05.07 | Felty-Syndrom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M05.08 | Felty-Syndrom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M05.09 | Felty-Syndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M05.10 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M05.11 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M05.12 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M05.13 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M05.14 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M05.15 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M05.16 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M05.17 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M05.18 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M05.19 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M05.20 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M05.21 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M05.22 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M05.23 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M05.24 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M05.25 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M05.26 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M05.27 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M05.28 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M05.29 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M05.30 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M05.31 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M05.32 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M05.33 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M05.34 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M05.35 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M05.36 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M05.37 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M05.38 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M05.39 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M05.80 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M05.81 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M05.82 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M05.83 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M05.84 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M05.85 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M05.86 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M05.87 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M05.88 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M05.89 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M05.90 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M05.91 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M05.92 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M05.93 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M05.94 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M05.95 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M05.96 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M05.97 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M05.98 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M05.99 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.00 | Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.01 | Seronegative chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.02 | Seronegative chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.03 | Seronegative chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.04 | Seronegative chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.05 | Seronegative chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.06 | Seronegative chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M06.07 | Seronegative chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M06.08 | Seronegative chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.09 | Seronegative chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.10 | Adulte Form der Still-Krankheit: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.11 | Adulte Form der Still-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.12 | Adulte Form der Still-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.13 | Adulte Form der Still-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.14 | Adulte Form der Still-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.15 | Adulte Form der Still-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.16 | Adulte Form der Still-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M06.17 | Adulte Form der Still-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M06.18 | Adulte Form der Still-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.19 | Adulte Form der Still-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.20 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.21 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.22 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.23 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.24 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.25 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.26 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M06.27 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M06.28 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.29 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.30 | Rheumaknoten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.31 | Rheumaknoten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.32 | Rheumaknoten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.33 | Rheumaknoten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.34 | Rheumaknoten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.35 | Rheumaknoten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.36 | Rheumaknoten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M06.37 | Rheumaknoten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M06.38 | Rheumaknoten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.39 | Rheumaknoten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.40 | Entzündliche Polyarthropathie: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.41 | Entzündliche Polyarthropathie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.42 | Entzündliche Polyarthropathie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.43 | Entzündliche Polyarthropathie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.44 | Entzündliche Polyarthropathie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.45 | Entzündliche Polyarthropathie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.46 | Entzündliche Polyarthropathie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M06.47 | Entzündliche Polyarthropathie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M06.48 | Entzündliche Polyarthropathie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.49 | Entzündliche Polyarthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.80 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.81 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.82 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.83 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.84 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.85 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.86 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M06.87 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M06.88 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.89 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M06.90 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M06.91 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M06.92 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M06.93 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M06.94 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M06.95 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M06.96 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M06.97 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M06.98 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M06.99 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M07.00 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M07.04 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M07.07 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M07.09 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M07.10 | Arthritis mutilans: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M07.11 | Arthritis mutilans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M07.12 | Arthritis mutilans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M07.13 | Arthritis mutilans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M07.14 | Arthritis mutilans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M07.15 | Arthritis mutilans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M07.16 | Arthritis mutilans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M07.17 | Arthritis mutilans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M07.18 | Arthritis mutilans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M07.19 | Arthritis mutilans: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M07.2 | Spondylitis psoriatica | | | | | X | | |
| M07.30 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M07.31 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M07.32 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M07.33 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M07.34 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M07.35 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M07.36 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M07.37 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M07.38 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M07.39 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M07.40 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M07.41 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M07.42 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M07.43 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M07.44 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M07.45 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M07.46 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M07.47 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M07.48 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M07.49 | Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M07.50 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M07.51 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M07.52 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M07.53 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M07.54 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M07.55 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M07.56 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M07.57 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M07.58 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M07.59 | Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M07.60 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M07.61 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M07.62 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M07.63 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M07.64 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M07.65 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M07.66 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M07.67 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M07.68 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M07.69 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.00 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M08.01 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.02 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M08.03 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.04 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.05 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M08.06 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.07 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.08 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.09 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.10 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M08.11 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.12 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M08.13 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.14 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.15 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M08.16 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.17 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.18 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.19 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.20 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M08.21 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.22 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M08.23 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.24 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.25 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M08.26 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.27 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.28 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.29 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.3 | Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form | | | | | X | | |
| M08.40 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M08.41 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.42 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M08.43 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.44 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.45 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M08.46 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.47 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.48 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.49 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.70 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M08.71 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.72 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M08.73 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.74 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.75 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M08.76 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.77 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.78 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.79 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.80 | Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M08.81 | Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.82 | Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M08.83 | Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.84 | Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.85 | Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M08.86 | Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.87 | Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.88 | Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.89 | Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M08.90 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M08.91 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M08.92 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M08.93 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M08.94 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M08.95 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M08.96 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M08.97 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M08.98 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M08.99 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M09.00 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M09.01 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M09.02 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M09.03 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M09.04 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M09.05 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M09.06 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M09.07 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M09.08 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M09.09 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M09.10 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M09.11 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M09.12 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M09.13 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M09.14 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M09.15 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M09.16 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M09.17 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M09.18 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M09.19 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M09.20 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M09.21 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M09.22 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M09.23 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M09.24 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M09.25 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M09.26 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M09.27 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M09.28 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M09.29 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M09.80 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M09.81 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M09.82 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M09.83 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |
| M09.84 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M09.85 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M09.86 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M09.87 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M09.88 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M12.30 | Palindromer Rheumatismus: Mehrere Lokalisationen | | | | | X | | |
| M12.31 | Palindromer Rheumatismus: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | | X | | |
| M12.32 | Palindromer Rheumatismus: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | | X | | |
| M12.33 | Palindromer Rheumatismus: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M12.34 | Palindromer Rheumatismus: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | | X | | |
| M12.35 | Palindromer Rheumatismus: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | | X | | |
| M12.36 | Palindromer Rheumatismus: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | | X | | |
| M12.37 | Palindromer Rheumatismus: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | | X | | |
| M12.38 | Palindromer Rheumatismus: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | | X | | |
| M16.0 | Primäre Koxarthrose, beidseitig | | | X | | | | |
| M16.1 | Sonstige primäre Koxarthrose | | | X | | | | |
| M16.2 | Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig | | | X | | | | |
| M16.3 | Sonstige dysplastische Koxarthrose | | | X | | | | |
| M16.4 | Posttraumatische Koxarthrose, beidseitig | | | X | | | | |
| M16.5 | Sonstige posttraumatische Koxarthrose | | | X | | | | |
| M16.6 | Sonstige sekundäre Koxarthrose, beidseitig | | | X | | | | |
| M16.7 | Sonstige sekundäre Koxarthrose | | | X | | | | |
| M17.0 | Primäre Gonarthrose, beidseitig | | | X | | | | X |
| M17.1 | Sonstige primäre Gonarthrose | | | X | | | | X |
| M17.2 | Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig | | | X | | | | X |
| M17.3 | Sonstige posttraumatische Gonarthrose | | | X | | | | X |
| M17.4 | Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig | | | X | | | | X |
| M17.5 | Sonstige sekundäre Gonarthrose | | | X | | | | X |
| M30.0 | Panarteriitis nodosa | | | | | X | | |
| M30.1 | Panarteriitis mit Lungenbeteiligung | | | | | X | | |
| M30.2 | Juvenile Panarteriitis | | | | | X | | |
| M30.3 | Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] | | | | | X | | |
| M30.8 | Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände | | | | | X | | |
| M31.0 | Hypersensitivitätsangiitis | | | | | X | | |
| M31.1 | Thrombotische Mikroangiopathie | | | | | X | | |
| M31.3 | Wegener-Granulomatose | | | | | X | | |
| M31.4 | Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] | | | | | X | | |
| M31.5 | Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica | | | | | X | | |
| M31.6 | Sonstige Riesenzellarteriitis | | | | | X | | |
| M31.7 | Mikroskopische Polyangiitis | | | | | X | | |
| M31.8 | Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien | | | | | X | | |
| M32.0 | Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes | | | | | X | | |
| M32.1 | Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen | | | | | X | | |
| M32.8 | Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes | | | | | X | | |
| M33.0 | Juvenile Dermatomyositis | | | | | X | | |
| M33.1 | Sonstige Dermatomyositis | | | | | X | | |
| M33.2 | Polymyositis | | | | | X | | |
| M34.0 | Progressive systemische Sklerose | | | | | X | | |
| M34.1 | CR(E)ST-Syndrom | | | | | X | | |
| M34.2 | Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert | | | | | X | | |
| M34.8 | Sonstige Formen der systemischen Sklerose | | | | | X | | |
| M35.0 | Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] | | | | | X | | |
| M35.1 | Sonstige Overlap-Syndrome | | | | | X | | |
| M35.2 | Behcet-Krankheit | | | | | X | | |
| M35.3 | Polymyalgia rheumatica | | | | | X | | |
| M35.4 | Eosinophile Fasziitis | | | | | X | | |
| M35.5 | Multifokale Fibrosklerose | | | | | X | | |
| M35.6 | Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit] | | | | | X | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M36.0 | Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen | | | | | X | | |
| M36.8 | Systemkrankheiten des Bindegewebes bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten | | | | | X | | |
| M45.00 | Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M45.01 | Spondylitis ankylosans: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | X | | |
| M45.02 | Spondylitis ankylosans: Zervikalbereich | | | | | X | | |
| M45.03 | Spondylitis ankylosans: Zervikothorakalbereich | | | | | X | | |
| M45.04 | Spondylitis ankylosans: Thorakalbereich | | | | | X | | |
| M45.05 | Spondylitis ankylosans: Thorakolumbalbereich | | | | | X | | |
| M45.06 | Spondylitis ankylosans: Lumbalbereich | | | | | X | | |
| M45.07 | Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich | | | | | X | | |
| M45.08 | Spondylitis ankylosans: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | X | | |
| M46.00 | Spinale Enthesopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M46.01 | Spinale Enthesopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M46.02 | Spinale Enthesopathie: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M46.03 | Spinale Enthesopathie: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.04 | Spinale Enthesopathie: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.05 | Spinale Enthesopathie: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.06 | Spinale Enthesopathie: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.07 | Spinale Enthesopathie: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M46.08 | Spinale Enthesopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M46.1 | Sakroiliitis, anderenorts nicht klassifiziert | | X | | | | | |
| M46.20 | Wirbelosteomyelitis: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M46.21 | Wirbelosteomyelitis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M46.22 | Wirbelosteomyelitis: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M46.23 | Wirbelosteomyelitis: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.24 | Wirbelosteomyelitis: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.25 | Wirbelosteomyelitis: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.26 | Wirbelosteomyelitis: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.27 | Wirbelosteomyelitis: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M46.28 | Wirbelosteomyelitis: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M46.30 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M46.31 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M46.32 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M46.33 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.34 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.35 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.36 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.37 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M46.38 | Bandscheibeninfektion (pyogen): Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M46.40 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M46.41 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M46.42 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M46.43 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.44 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.45 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.46 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.47 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M46.48 | Diszitis, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M46.50 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M46.51 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M46.52 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M46.53 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.54 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M46.55 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.56 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M46.57 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M46.58 | Sonstige infektiöse Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M46.80 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M46.81 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | X | | |
| M46.82 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Zervikalbereich | | | | | X | | |
| M46.83 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Zervikothorakalbereich | | | | | X | | |
| M46.84 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Thorakalbereich | | | | | X | | |
| M46.85 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Thorakolumbalbereich | | | | | X | | |
| M46.86 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Lumbalbereich | | | | | X | | |
| M46.87 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Lumbosakralbereich | | | | | X | | |
| M46.88 | Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | X | | |
| M46.90 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M46.91 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | X | | |
| M46.92 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich | | | | | X | | |
| M46.93 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich | | | | | X | | |
| M46.94 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich | | | | | X | | |
| M46.95 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich | | | | | X | | |
| M46.96 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich | | | | | X | | |
| M46.97 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich | | | | | X | | |
| M46.98 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | X | | |
| M47.00 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M47.01 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M47.02 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M47.03 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M47.04 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakalbereich | | X | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M47.05 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M47.06 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M47.07 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M47.08 | Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M47.10 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M47.11 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M47.12 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M47.13 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M47.14 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M47.15 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | X |
| M47.16 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbalbereich | | X | | | | | X |
| M47.17 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M47.18 | Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M47.20 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M47.21 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M47.22 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M47.23 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M47.24 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M47.25 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | X |
| M47.26 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbalbereich | | X | | | | | X |
| M47.27 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M47.28 | Sonstige Spondylose mit Radikulopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M47.85 | Sonstige Spondylose: Thorakolumbalbereich | | | | | | | X |
| M47.86 | Sonstige Spondylose: Lumbalbereich | | | | | | | X |
| M47.87 | Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich | | | | | | | X |
| M47.88 | Sonstige Spondylose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | | | X |
| M48.01 | Spinal(kanal)stenose: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M48.02 | Spinal(kanal)stenose: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M48.03 | Spinal(kanal)stenose: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.04 | Spinal(kanal)stenose: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.05 | Spinal(kanal)stenose: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | X |
| M48.06 | Spinal(kanal)stenose: Lumbalbereich | | X | | | | | X |
| M48.07 | Spinal(kanal)stenose: Lumbosakralbereich | | X | | | | | X |
| M48.08 | Spinal(kanal)stenose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | X |
| M48.15 | Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Thorakolumbalbereich | | | | | | | X |
| M48.16 | Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Lumbalbereich | | | | | | | X |
| M48.17 | Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Lumbosakralbereich | | | | | | | X |
| M48.18 | Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | | | X |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M48.25 | Baastrup-Syndrom: Thorakolumbalbereich | | | | | | | X |
| M48.26 | Baastrup-Syndrom: Lumbalbereich | | | | | | | X |
| M48.27 | Baastrup-Syndrom: Lumbosakralbereich | | | | | | | X |
| M48.28 | Baastrup-Syndrom: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | | | X |
| M48.31 | Traumatische Spondylopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M48.32 | Traumatische Spondylopathie: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M48.33 | Traumatische Spondylopathie: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.34 | Traumatische Spondylopathie: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.35 | Traumatische Spondylopathie: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M48.36 | Traumatische Spondylopathie: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M48.37 | Traumatische Spondylopathie: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M48.38 | Traumatische Spondylopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M48.40 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M48.41 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M48.42 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M48.43 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.44 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.45 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M48.46 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M48.47 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M48.48 | Ermüdungsbruch eines Wirbels: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M48.50 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M48.51 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M48.52 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M48.53 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.54 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.55 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M48.56 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M48.57 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M48.58 | Wirbelkörperkompression, anderenorts nicht klassifiziert: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M48.80 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M48.81 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M48.82 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M48.83 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.84 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M48.85 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | X |
| M48.86 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Lumbalbereich | | X | | | | | X |
| M48.87 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Lumbosakralbereich | | X | | | | | X |
| M48.88 | Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | X |
| M49.00 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M49.01 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M49.02 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M49.03 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.04 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.05 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.06 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.07 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M49.08 | Tuberkulose der Wirbelsäule: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M49.10 | Spondylitis brucellosa: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M49.11 | Spondylitis brucellosa: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | X | | |
| M49.12 | Spondylitis brucellosa: Zervikalbereich | | | | | X | | |
| M49.13 | Spondylitis brucellosa: Zervikothorakalbereich | | | | | X | | |
| M49.14 | Spondylitis brucellosa: Thorakalbereich | | | | | X | | |
| M49.15 | Spondylitis brucellosa: Thorakolumbalbereich | | | | | X | | |
| M49.16 | Spondylitis brucellosa: Lumbalbereich | | | | | X | | |
| M49.17 | Spondylitis brucellosa: Lumbosakralbereich | | | | | X | | |
| M49.18 | Spondylitis brucellosa: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | X | | |
| M49.20 | Spondylitis durch Enterobakterien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M49.21 | Spondylitis durch Enterobakterien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | X | | |
| M49.22 | Spondylitis durch Enterobakterien: Zervikalbereich | | | | | X | | |
| M49.23 | Spondylitis durch Enterobakterien: Zervikothorakalbereich | | | | | X | | |
| M49.24 | Spondylitis durch Enterobakterien: Thorakalbereich | | | | | X | | |
| M49.25 | Spondylitis durch Enterobakterien: Thorakolumbalbereich | | | | | X | | |
| M49.26 | Spondylitis durch Enterobakterien: Lumbalbereich | | | | | X | | |
| M49.27 | Spondylitis durch Enterobakterien: Lumbosakralbereich | | | | | X | | |
| M49.28 | Spondylitis durch Enterobakterien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | X | | |
| M49.30 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | X | | |
| M49.31 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | X | | |
| M49.32 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Zervikalbereich | | | | | X | | |
| M49.33 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Zervikothorakalbereich | | | | | X | | |
| M49.34 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Thorakalbereich | | | | | X | | |
| M49.35 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Thorakolumbalbereich | | | | | X | | |
| M49.36 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Lumbalbereich | | | | | X | | |
| M49.37 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Lumbosakralbereich | | | | | X | | |
| M49.38 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | X | | |
| M49.40 | Neuropathische Spondylopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M49.41 | Neuropathische Spondylopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M49.42 | Neuropathische Spondylopathie: Zervikalbereich | | X | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M49.43 | Neuropathische Spondylopathie: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.44 | Neuropathische Spondylopathie: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.45 | Neuropathische Spondylopathie: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.46 | Neuropathische Spondylopathie: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.47 | Neuropathische Spondylopathie: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M49.48 | Neuropathische Spondylopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M49.50 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M49.51 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M49.52 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M49.53 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.54 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.55 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.56 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.57 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M49.58 | Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M49.80 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M49.81 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M49.82 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M49.83 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.84 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M49.85 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.86 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich | | X | | | | | |
| M49.87 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich | | X | | | | | |
| M49.88 | Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | |
| M50.0 | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie | | X | | | | | |
| M50.1 | Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie | | X | | | | | |
| M51.0 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie | | X | | | | | X |
| M51.1 | Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie | | X | | | | | X |
| M53.20 | Instabilität der Wirbelsäule: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | | |
| M53.21 | Instabilität der Wirbelsäule: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | | |
| M53.22 | Instabilität der Wirbelsäule: Zervikalbereich | | X | | | | | |
| M53.23 | Instabilität der Wirbelsäule: Zervikothorakalbereich | | X | | | | | |
| M53.24 | Instabilität der Wirbelsäule: Thorakalbereich | | X | | | | | |
| M53.25 | Instabilität der Wirbelsäule: Thorakolumbalbereich | | X | | | | | X |
| M53.26 | Instabilität der Wirbelsäule: Lumbalbereich | | X | | | | | X |
| M53.27 | Instabilität der Wirbelsäule: Lumbosakralbereich | | X | | | | | X |
| M53.28 | Instabilität der Wirbelsäule: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | | X |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M53.3 | Krankheiten der Sakrokokzygealregion, anderenorts nicht klassifiziert | | | | | | | X |
| M53.88 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | | | X |
| M53.89 | Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | | | | | | |
| M53.90 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | | | |
| M53.91 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | | | |
| M53.92 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich | | | | | | | |
| M53.93 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich | | | | | | | |
| M53.94 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich | | | | | | | |
| M53.95 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich | | | | | | | |
| M53.96 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich | | | | | | | |
| M53.97 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich | | | | | | | |
| M53.98 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | | | |
| M53.99 | Krankheit der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | | | | | | |
| M54.00 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | | | | | X* | |
| M54.01 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | | | | | X* | |
| M54.02 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Zervikalbereich | | | | | | X* | |
| M54.03 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Zervikothorakalbereich | | | | | | X* | |
| M54.04 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Thorakalbereich | | | | | | X* | |
| M54.05 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Thorakolumbalbereich | | | | | | X* | |
| M54.06 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Lumbalbereich | | | | | | X* | |
| M54.07 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Lumbosakralbereich | | | | | | X* | |
| M54.08 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | | | | | X* | |
| M54.09 | Pannikulitis in der Nacken- und Rückenregion: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | | | | | | |
| M54.10 | Radikulopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | | X | | | | X* | |
| M54.11 | Radikulopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | | X | | | | X* | |
| M54.12 | Radikulopathie: Zervikalbereich | | X | | | | X* | |
| M54.13 | Radikulopathie: Zervikothorakalbereich | | X | | | | X* | |
| M54.14 | Radikulopathie: Thorakalbereich | | X | | | | X* | |
| M54.15 | Radikulopathie: Thorakolumbalbereich | | X | | | | X* | X |
| M54.16 | Radikulopathie: Lumbalbereich | | X | | | | X* | X |
| M54.17 | Radikulopathie: Lumbosakralbereich | | X | | | | X* | X |
| M54.18 | Radikulopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | | X | | | | X* | |
| M54.19 | Radikulopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | | | | | | |
| M54.2 | Zervikalneuralgie | | | | | | X* | |
| M54.3 | Ischialgie | | | | | | X* | |
| M54.4 | Lumboischialgie | X | | | | | X* | X |
| M54.5 | Kreuzschmerz | X | | | | | X* | X |
| M54.6 | Schmerzen im Bereich der Brustwirbelsäule | X | | | | | X* | |
| M54.80 | Sonstige Rückenschmerzen: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | X | | | | | X* | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M54.81 | Sonstige Rückenschmerzen: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | X | | | | | X* | |
| M54.82 | Sonstige Rückenschmerzen: Zervikalbereich | X | | | | | X* | |
| M54.83 | Sonstige Rückenschmerzen: Zervikothorakalbereich | X | | | | | X* | |
| M54.84 | Sonstige Rückenschmerzen: Thorakalbereich | X | | | | | X* | |
| M54.85 | Sonstige Rückenschmerzen: Thorakolumbalbereich | X | | | | | X* | X |
| M54.86 | Sonstige Rückenschmerzen: Lumbalbereich | X | | | | | X* | X |
| M54.87 | Sonstige Rückenschmerzen: Lumbosakralbereich | X | | | | | X* | X |
| M54.88 | Sonstige Rückenschmerzen: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | X | | | | | X* | |
| M54.89 | Sonstige Rückenschmerzen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | | | | | | |
| M54.90 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule | X | | | | | X* | |
| M54.91 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich | X | | | | | X* | |
| M54.92 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich | X | | | | | X* | |
| M54.93 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich | X | | | | | X* | |
| M54.94 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich | X | | | | | X* | |
| M54.95 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich | X | | | | | X* | X |
| M54.96 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich | X | | | | | X* | X |
| M54.97 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich | X | | | | | X* | X |
| M54.98 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich | X | | | | | X* | |
| M54.99 | Rückenschmerzen, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation | | | | | | | |
| M80.00 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.01 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.02 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.03 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.04 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.05 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.06 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.07 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.08 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.09 | Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M80.10 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.11 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.12 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.13 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M80.14 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.15 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.16 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.17 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.18 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovarektomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.20 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.21 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.22 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.23 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.24 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.25 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.26 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.27 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.28 | Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.30 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.31 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.32 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.33 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.34 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.35 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.36 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.37 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M80.38 | Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.40 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.41 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.42 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.43 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.44 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.45 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.46 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.47 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.48 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.49 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.50 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.51 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.52 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.53 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.54 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.55 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.56 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.57 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.58 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.59 | Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.80 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.81 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.82 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.83 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.84 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.85 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M80.86 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.87 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.88 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M80.89 | Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.90 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M80.91 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M80.92 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M80.93 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M80.94 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M80.95 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M80.96 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M80.97 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M80.98 | Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.00 | Postmenopausale Osteoporose: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.01 | Postmenopausale Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.02 | Postmenopausale Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M81.03 | Postmenopausale Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.04 | Postmenopausale Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.05 | Postmenopausale Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.06 | Postmenopausale Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.07 | Postmenopausale Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.08 | Postmenopausale Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.10 | Osteoporose nach Ovarektomie: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.11 | Osteoporose nach Ovarektomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.12 | Osteoporose nach Ovarektomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M81.13 | Osteoporose nach Ovarektomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.14 | Osteoporose nach Ovarektomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.15 | Osteoporose nach Ovarektomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.16 | Osteoporose nach Ovarektomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.17 | Osteoporose nach Ovarektomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.18 | Osteoporose nach Ovarektomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.20 | Inaktivitätsosteoporose: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.21 | Inaktivitätsosteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.22 | Inaktivitätsosteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M81.23 | Inaktivitätsosteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.24 | Inaktivitätsosteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.25 | Inaktivitätsosteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.26 | Inaktivitätsosteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.27 | Inaktivitätsosteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.28 | Inaktivitätsosteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.30 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.31 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.32 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M81.33 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.34 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.35 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.36 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.37 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.38 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.39 | Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M81.40 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.41 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.42 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M81.43 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.44 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.45 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.46 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.47 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.48 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.49 | Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M81.50 | Idiopathische Osteoporose: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.51 | Idiopathische Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.52 | Idiopathische Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M81.53 | Idiopathische Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.54 | Idiopathische Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.55 | Idiopathische Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.56 | Idiopathische Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.57 | Idiopathische Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.58 | Idiopathische Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.60 | Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.65 | Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.66 | Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.67 | Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.80 | Sonstige Osteoporose: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.81 | Sonstige Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.82 | Sonstige Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M81.83 | Sonstige Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.84 | Sonstige Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.85 | Sonstige Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.86 | Sonstige Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.87 | Sonstige Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.88 | Sonstige Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M81.90 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M81.91 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M81.92 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M81.93 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M81.94 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M81.95 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M81.96 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M81.97 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M81.98 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M81.99 | Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M82.00 | Osteoporose bei Plasmozytom: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M82.01 | Osteoporose bei Plasmozytom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M82.02 | Osteoporose bei Plasmozytom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M82.03 | Osteoporose bei Plasmozytom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M82.04 | Osteoporose bei Plasmozytom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M82.05 | Osteoporose bei Plasmozytom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M82.06 | Osteoporose bei Plasmozytom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M82.07 | Osteoporose bei Plasmozytom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M82.08 | Osteoporose bei Plasmozytom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M82.09 | Osteoporose bei Plasmozytom: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M82.10 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M82.11 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M82.12 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M82.13 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M82.14 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M82.15 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M82.16 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M82.17 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M82.18 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M82.19 | Osteoporose bei endokrinen Störungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen | | | | | | | |
| M82.80 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen | | | | X | | | |
| M82.81 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] | | | | X | | | |
| M82.82 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] | | | | X | | | |
| M82.83 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] | | | | X | | | |
| M82.84 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] | | | | X | | | |
| M82.85 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] | | | | X | | | |
| M82.86 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] | | | | X | | | |
| M82.87 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] | | | | X | | | |
| M82.88 | Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | | | X | | | |
| M86.08 | Akute hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M86.18 | Sonstige akute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M86.28 | Subakute Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M86.38 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M86.48 | Chronische Osteomyelitis mit Fistel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M86.58 | Sonstige chronische hämatogene Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M86.88 | Sonstige Osteomyelitis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M87.08 | Idiopathische aseptische Knochennekrose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M87.18 | Knochennekrose durch Arzneimittel: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M87.28 | Knochennekrose durch vorangegangenes Trauma: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M87.38 | Sonstige sekundäre Knochennekrose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M88.88 | Osteodystrophia deformans sonstiger Knochen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M88.98 | Osteodystrophia deformans, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M89.48 | Sonstige hypertrophische Osteoarthropathie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M89.58 | Osteolyse: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M90.08 | Knochentuberkulose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M90.58 | Knochennekrose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] | | X | | | | | |
| M99.00 | Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Kopfbereich [okzipitozervikal] | X | | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M99.01 | Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal] | X | | | | | | |
| M99.02 | Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal] | X | | | | | | |
| M99.03 | Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral] | X | | | | | | |
| M99.04 | Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | X | | | | | | |
| M99.08 | Segmentale und somatische Funktionsstörungen: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral] | X | | | | | | |
| M99.20 | Subluxationsstenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal] | | X | | | | | |
| M99.21 | Subluxationsstenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal] | | X | | | | | |
| M99.22 | Subluxationsstenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal] | | X | | | | | |
| M99.23 | Subluxationsstenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral] | | X | | | | | |
| M99.24 | Subluxationsstenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | | X | | | | | |
| M99.29 | Subluxationsstenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen | | X | | | | | |
| M99.30 | Knöcherne Stenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal] | | X | | | | | |
| M99.31 | Knöcherne Stenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal] | | X | | | | | |
| M99.32 | Knöcherne Stenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal] | | X | | | | | |
| M99.33 | Knöcherne Stenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral] | | X | | | | | |
| M99.34 | Knöcherne Stenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | | X | | | | | |
| M99.39 | Knöcherne Stenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen | | X | | | | | |
| M99.40 | Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Kopfbereich [okzipitozervikal] | | X | | | | | |
| M99.41 | Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Zervikalbereich [zervikothorakal] | | X | | | | | |
| M99.42 | Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Thorakalbereich [thorakolumbal] | | X | | | | | |
| M99.43 | Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Lumbalbereich [lumbosakral] | | X | | | | | |
| M99.44 | Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | | X | | | | | |
| M99.49 | Bindegewebige Stenose des Spinalkanals: Abdomen und sonstige Lokalisationen | | X | | | | | |
| M99.50 | Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Kopfbereich [okzipitozervikal] | | X | | | | | |
| M99.51 | Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Zervikalbereich [zervikothorakal] | | X | | | | | |
| M99.52 | Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Thorakalbereich [thorakolumbal] | | X | | | | | |
| M99.53 | Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Lumbalbereich [lumbosakral] | | X | | | | | |
| M99.59 | Stenose des Spinalkanals durch Bandscheiben: Abdomen und sonstige Lokalisationen | | X | | | | | |
| M99.60 | Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Kopfbereich [okzipitozervikal] | | X | | | | | |
| M99.61 | Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Zervikalbereich [zervikothorakal] | | X | | | | | |
| M99.62 | Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Thorakalbereich [thorakolumbal] | | X | | | | | |
| M99.63 | Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Lumbalbereich [lumbosakral] | | X | | | | | |
| M99.64 | Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | | X | | | | | |

| Diagnosen | | Orthopädie | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ICD-Kode | ICD-Klartext | P2A_unspezifischer Rückenschmerz | P2B_ Spezifischer Rückenschmerz | P3_Arthrose | P4_Osteoporose | P5_Rheumatoide Gelenk-erkrankungen | E2_ Fallkonferenz Rücken (*eine spezif. M54- in Kombination mit einer F-Diag. erforderlich) | E4b_ Zusätzlicher Arzt-Patienten-Kontakt (APK) - Akupunktur |
| M99.69 | Stenose der Foramina intervertebralia, knöchern oder durch Subluxation: Abdomen und sonstige Lokalisationen | | X | | | | | |
| M99.70 | Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Kopfbereich [okzipitozervikal] | | X | | | | | |
| M99.71 | Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Zervikalbereich [zervikothorakal] | | X | | | | | |
| M99.72 | Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Thorakalbereich [thorakolumbal] | | X | | | | | |
| M99.73 | Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Lumbalbereich [lumbosakral] | | X | | | | | |
| M99.74 | Stenose der Foramina intervertebralia, bindegewebig oder durch Bandscheiben: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | | X | | | | | |
| M99.80 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Kopfbereich [okzipitozervikal] | X | | | | | | |
| M99.81 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Zervikalbereich [zervikothorakal] | X | | | | | | |
| M99.82 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Thorakalbereich [thorakolumbal] | X | | | | | | |
| M99.83 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Lumbalbereich [lumbosakral] | X | | | | | | |
| M99.84 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | X | | | | | | |
| M99.85 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Beckenbereich [Hüft- oder Schambeinregion] | X | | | | | | |
| M99.88 | Sonstige biomechanische Funktionsstörungen: Brustkorb [kostochondral, kostovertebral, sternochondral] | X | | | | | | |
| M99.90 | Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Kopfbereich [okzipitozervikal] | X | | | | | | |
| M99.91 | Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich [zervikothorakal] | X | | | | | | |
| M99.92 | Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich [thorakolumbal] | X | | | | | | |
| M99.93 | Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich [lumbosakral] | X | | | | | | |
| M99.94 | Biomechanische Funktionsstörung, nicht näher bezeichnet: Sakralbereich [sakrokokzygeal, sakroiliakal] | X | | | | | | |

## Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt dabei voll gewahrt. Der FACHARZT soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der FACHARZT sowohl in den Qualitätszirkeln gem. Anlage 2 als auch in der Vertragssoftware.

## 1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

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

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

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

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

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

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

**Blau** hinterlegt sind:
Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die Rabattverträge nach § 130 a Abs. 8 SGB V abgeschlossen wurden.

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

**Rot** hinterlegt sind:
Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

**Nicht farblich** hinterlegt sind:
Alle übrigen Arzneimittel.

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

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen gegenüber Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.
Verordnungen von grün hinterlegten Arzneimitteln sollen bevorzugt werden.
Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

## Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in
1. einen Zuschlag Rot (2,50€),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (1,00€) und
3. einen Zuschlag Blau (0,50€).

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

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

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

| | |
|---|---|
| Rot | <= 3% |
| Rabatt-Grün | >= 90% |
| Blau | >= 70% |

Über weitere Plausibilisierungsmaßnahmen verständen sich die Vertragspartner und ergänzen diese Anlage.

# Qualitätszuschlag für zielgenaue Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen

Durch das AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie wird eine verbesserte ambulante Versorgung realisiert. Die Vertragspartner verbinden damit die Erwartung, dass insbesondere bei HZV-Versicherten medizinisch nicht notwendige stationäre Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule reduziert werden. Gleichwohl ist mit diesem Vertrag für jeden in die HZV eingeschriebenen Versicherten auch weiterhin das Recht verbunden, im medizinisch erforderlichen Fall uneingeschränkt Krankenhausbehandlungen gemäß SGB V in Anspruch nehmen zu können.

Die am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie teilnehmenden und abrechnenden FACHÄRZTE gemäß Abschnitt II, § 2 Hauptvertrag erhalten im Analysejahr einen Bonus Q6 auf die Zusatzpauschale P2b „spezifischer Rückenschmerz“, wenn sich im Zuge der Umsetzung einer zielgenauen Indikation und Einweisung zu Wirbelsäulenoperationen die Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule über alle HZV-Versicherten gemäß der in dieser Anlage beschriebenen Berechnung gegenüber dem jeweils zugeordneten Basisjahr verringert.

Für die Berechnung des Qualitätszuschlags Q6 haben sich die Vertragspartner ab dem Analysejahr 2014 auf folgende Berechnungsmethode verständigt.

## 1. Basisdaten:

### 1.1 Bildung von Versichertenkollektiven

Zur Ermittlung der Größe „Anzahl WS-OP“ werden je Analysejahr jeweils Kollektive für Versicherte, die an der HZV teilnehmen (**HZV-Kollektiv**), und für Versicherte, die im Rahmen der Regelversorgung (RV) ambulant behandelt werden (**RV-Kollektiv**), gebildet.

In beiden Kollektiven werden nur Versicherte berücksichtigt, die im untersuchten Kalenderjahr an mindestens 360 Tagen versichert waren, das 18. Lebensjahr bereits vollendet und mindestens einen Hausarztkontakt in Anspruch genommen haben. Darüber hinaus bleiben Versicherte, die im Analyse- oder Folgejahr verstorben sind, von der Betrachtung ausgeschlossen.

Von diesen Versicherten werden im HZV-Kollektiv nur diejenigen berücksichtigt, die an mindestens 360 Tagen des Analysejahres an der HZV teilnahmen und wenigstens eine vertragskonforme Behandlung bei einem HZV-Arzt in Anspruch genommen haben. Weiterhin werden für das HZV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine hausärztliche Behandlung im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

Im RV-Kollektiv werden hingegen nur die Versicherten herangezogen, die weder im Analysejahr, noch in den drei davorliegenden Kalenderjahren an der HZV teilgenommen haben. Weiterhin werden für das RV-Kollektiv nur Versicherte berücksichtigt, die im Analysejahr höchstens eine Behandlung bei einem HZV-Arzt im Rahmen der Regelversorgung in Anspruch genommen haben.

In beiden Kollektiven werden ambulante Notfall- oder Vertreter-Behandlungen nicht berücksichtigt.

### 1.2 Basisjahr

Bis zum Analysejahr 2018 wird das Jahr 2013 als Basisjahr herangezogen. Für die Folgejahre wird jeweils das 5. Jahr vor dem jeweiligen Analysejahr als Basisjahr verwendet. Somit gilt beispielsweise für das Analysejahr 2019 das Jahr 2014 als Basisjahr. Hierdurch sollen Verzerrungen, z.B. durch jährliche ICD-10-Änderungen, reduziert werden.

## 2. Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule im Analysejahr

### 2.1 Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen im Analysejahr

Es werden zunächst die stationären Krankenhausbehandlungen je 10.000 Versicherte mit Wirbelsäulenoperationen im Analyse- und Basisjahr sowohl für das HZV-Kollektiv als auch für das RV-Kollektiv in Form von Rohwerten ermittelt. Dafür werden alle stationären Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen berücksichtigt, deren Aufnahmetag im untersuchten Kalenderjahr liegt und in der zugehörigen Abrechnung gem. § 301 SGB V entsprechende OPS der OPS-Gruppe 5-83 "Operationen an der Wirbelsäule" übermittelt werden.

## 2.2 Standardisierung

Da das HZV-Kollektiv und das RV-Kollektiv eine unterschiedliche Struktur aufweisen, erfolgt eine Standardisierung des RV-Kollektivs nach der Struktur des HZV-Kollektivs hinsichtlich Alter, Geschlecht und relativem Risikowert. Im Ergebnis werden dadurch die standardisierten Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte im RV-Kollektiv ermittelt, welche dann der Anzahl der Krankenhausausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte im HZV-Kollektiv gegenüber gestellt werden.

## 2.3 Ermittlung der Quote „Einsparung an Krankenhausbehandlungen“

Zur Ermittlung der Quote „Einsparungen an Krankenhausbehandlungen“ werden jeweils für das Analyse- und Basisjahr die gem. 2.1 ermittelten stationären Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte des HZV-Kollektivs von den standardisierten Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte des RV-Kollektivs subtrahiert. Anschließend wird die ermittelte Differenz im Basisjahr von der Differenz im Analysejahr abgezogen. Diese Differenz wird anschließend ins Verhältnis zu der Anzahl der stationären Krankenhausbehandlungen mit Wirbelsäulenoperationen je 10.000 Versicherte des RV-Kollektivs im Analysejahr gesetzt. Das Ergebnis stellt die Quote „Einsparungen an Krankenhausbehandlungen“ mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule je 10.000 Versicherte des HZV-Kollektivs dar.

## 3. Vereinbarte Quoten

Der Qualitätszuschlag Q6 wird an alle teilnehmenden FACHÄRZTE, die nach Anlage 12 Abschnitt 1 Teil B abrechnen, ausgeschüttet, wenn folgende Voraussetzungen erfüllt sind:

Die absolute Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule im Analysejahr je 10.000 Versicherte **des HZV-Kollektivs** verringerte sich gegenüber dem Basisjahr um 20,0%.
Der Zuschlag wird – wenn die vertraglichen Voraussetzungen erfüllt sind – rückwirkend auf die im Analysejahr abgerechneten Entgelte aufgeschlagen.

## 4. Verfahren zur Ermittlung und Auszahlung

Die Ermittlung der absoluten Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule je 10.000 Versicherte **des HZV-Kollektivs** und damit die Ermittlung, ob die Quote Q6 erreicht wurde, erfolgt erstmals im 3. Quartal 2016 für das Jahr 2014. Die AOK ermittelt hierfür bis 30.09. die Entwicklung der absoluten Häufigkeit von stationären Krankenhausbehandlungen mit operativen Eingriffen an der Wirbelsäule im

Analysejahr je 10.000 Versicherte **des HZV-Kollektivs** und stellt den Vertragspartnern unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Bestimmungen die Informationen zur Verfügung, die erforderlich sind, um diese Ermittlung nachvollziehen zu können. Die Vertragspartner stellen gemeinsam auf Basis dieser Daten bis 30.09. fest, ob die Voraussetzungen für die Ausschüttung dieses Qualitätszuschlags erfüllt sind. Falls die Voraussetzungen gemäß dieser Anlage erfüllt sind, erfolgt die Ausschüttung mit der nächstmöglichen Abrechnung.

Bei Erreichen der Quote Q6 gem. o.g. Regeln erfolgt die Vergütung auch durch die Bosch BKK.

## Ambulantes Operieren

**Ziffern zum Ambulanten Operieren, zu Anästhesien, zur postoperativen Überwachung sowie zu den zuzuordnenden Sachkosten.**
**Zusammen mit den folgenden Abrechnungsziffern und den Diagnosen ist der OPS-Code anzugeben.**
**Für die Zuordnung der OPS-Codes zu den jeweiligen Operationen gilt der Anhang 2 des EBM.**

| | | |
|---|---|---|
| **Körperoberfläche** | | |
| 31101 | Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A1 gem. EBM | 99,60 € |
| 31102 | Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A2 gem. EBM | 162,60 € |
| 31103 | Dermatochirurgischer Eingriff der Kategorie A3 gem. EBM | 232,20 € |
| 31108 | Zuschlag zu den EL 31101 bis 31103 bei Simultaneingriffen gem. EBM | 52,40 € |
| **Extremitäten** | | |
| 31121 | Eingriff der Kategorie C1 gem. EBM | 107,80 € |
| 31122 | Eingriff der Kategorie C2 gem. EBM | 174,40 € |
| 31123 | Eingriff der Kategorie C3 gem. EBM | 250,80 € |
| 31124 | Eingriff der Kategorie C4 gem. EBM | 331,00 € |
| 31125 | Eingriff der Kategorie C5 gem. EBM | 445,00 € |
| 31126 | Eingriff der Kategorie C6 gem. EBM | 568,40 € |
| 31127 | Eingriff der Kategorie C7 gem. EBM | 621,20 € |
| 31128 | Zuschlag zu den EL 31121 bis 31126 bei Simultaneingriffen sowie zu der EL 31127 gem. EBM | 57,40 € |
| **Knochen und Gelenke** | | |

| | | |
|---|---|---|
| 31131 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D1 gem. EBM | 136,00 € |
| 31132 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D2 gem. EBM | 220,20 € |
| 31133 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D3 gem. EBM | 310,40 € |
| 31134 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D4 gem. EBM | 402,80 € |
| 31135 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D5 gem. EBM | 594,40 € |
| 31136 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D6 gem. EBM | 726,20 € |
| 31137 | Eingriff an Knochen und Gelenken der Kategorie D7 gem. EBM | 799,00 € |
| 31138 | Zuschlag zu den EL 31131 bis 31136 bei Simultaneingriffen sowie zu der EL 31137 gem. EBM | 64,00 € |
| **Arthroskopien**<br>Qualitätssicherungsmaßnahmen zur Arthroskopie gemäß Anhang 1 zu Anlage 2 | | |
| 31141 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E1 gem. EBM | 176,00 € |
| 31142 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E2 gem. EBM | 253,20 € |
| 31143 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E3 gem. EBM | 357,00 € |
| 31144 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E4 gem. EBM | 469,80 € |
| 31145 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E5 gem. EBM | 611,60 € |
| 31146 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E6 gem. EBM | 765,20 € |
| 31147 | Endoskopischer Gelenkeingriff (Arthroskopie) der Kategorie E7 gem. EBM | 841,00 € |
| 31148 | Zuschlag zu den EL 31141 bis 31146 bei Simultaneingriffen sowie zu der EL 31147 gem. EBM | 73,40 € |
| **Visceralchirurgie** | | |
| 31151 | Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F1 gem. EBM | 105,00 € |

| | | |
|---|---|---|
| 31152 | Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F2 gem. EBM | 174,80 € |
| 31153 | Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F3 gem. EBM | 251,40 € |
| 31154 | Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F4 gem. EBM | 327,60 € |
| 31155 | Visceralchirurgischer Eingriff der Kategorie F5 gem. EBM | 439,60 € |
| 31158 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31151 bis 31155 | 57,40 € |
| **Proktologie** | | |
| 31171 | Proktologischer Eingriff der Kategorie H1 gem. EBM | 139,00 € |
| 31172 | Proktologischer Eingriff der Kategorie H2 gem. EBM | 197,60 € |
| 31173 | Proktologischer Eingriff der Kategorie H3 gem. EBM | 248,40 € |
| 31174 | Proktologischer Eingriff der Kategorie H4 gem. EBM | 318,80 € |
| 31175 | Proktologischer Eingriff der Kategorie H5 gem. EBM | 436,20 € |
| 31178 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31171 bis 31175 | 54,00 € |
| **Periphere Neurochirurgie** | | |
| 31241 | Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O1 gem. EBM | 103,20 € |
| 31242 | Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O2 gem. EBM | 167,20 € |
| 31243 | Peripherer neurochirurgischer Eingriff der Kategorie O3 gem. EBM | 238,80 € |
| 31248 | Zuschlag zu den Gebührenordnungspositionen 31241 bis 31243 | 54,00 € |
| **Sachkostenpauschalen für Arthroskopien gemäß EBM** | | |
| 40750 | Kostenpauschalen für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend den EL 31141 und 31142 | 122,00 € |
| 40752 | Kostenpauschalen für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend | 200,00 € |

| | | |
|---|---|---|
| | den EL 31143 und 31144 | |
| 40754 | Kostenpauschalen für die Sachkosten in Zusammenhang mit der Durchführung von endoskopischen Gelenkeingriffen (Arthroskopien) entsprechend den EL 31145 bis 31147 | 333,00 € |
| **Sonstige Sachkostenpauschalen** | | |
| Sachkosten zur Abrechnung tatsächlich entstandener Kosten für Implantate bei den o.g. ambulanten Operationen können über ein Eingabefeld Ihrer Vertragssoftware erfasst werden. Soweit möglich, bleibt der Bezug über Sprechstundenbedarf unberührt. | | |
| **Anästhesien** | | |
| AOP1 | Regionalanästhesie gem. 31800<br>Nur durch den Operateur durchführbar | 42,80 € |
| AOP2 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31101, 31121, 31131, 31141, 31151, 31171 und/oder 31241<br><br>Entspricht EBM 31821 | 109,60 € |
| AOP3 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31102, 31122, 31132, 31142, 31152, 31172 und/oder 31242<br><br>Entspricht EBM 31822 | 142,20 € |
| AOP4 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31103, 31123, 31133, 31143, 31153, 31173 und/oder 31243<br><br>Entspricht EBM 31823 | 174,40 € |
| AOP5 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31124, 31134, 31144, 31154 und/oder 31174<br><br>Entspricht EBM 31824 | 206,80 € |
| AOP6 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den 31125, 31135, 31145, 31155 und/oder 31175<br><br>Entspricht EBM 31825 | 272,00 € |
| AOP7 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den 31126, 31136 und/oder 31146<br><br>Entspricht EBM 31826 | 323,20 € |
| AOP8 | Anästhesieleistung für die ambulanten Operationen gem. den EL 31127, 31137 und/oder 31147 | 336,40 € |

| | | |
|---|---|---|
| | Entspricht EBM 31827 | |
| AOP9 | Zuschlag auf 31821- 318 27 für Simultaneingriff<br>Entspricht EBM 31828 | 32,40 € |
| **Postoperative Überwachung** | | |
| AOP10 | Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31101, 31121, 31131, 31141 und/oder 31241<br>Entspricht EBM 31502 | 29,20 € |
| AOP11 | Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31102, 31122, 31132, 31142, 31151,31152, 31171, 31172 und/oder 31242<br>Entspricht EBM 31503 | 58,00 € |
| AOP12 | Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31103, 31123, 31124, 31133, 31134, 31143, 31144 und/oder 31243<br>Entspricht EBM 31504 | 84,00 € |
| AOP13 | Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31125, 31135, 31145, 31153, 31154, 31173 und/oder 31174<br>Entspricht EBM 31505 | 116,60 € |
| AOP14 | Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31126, 31136, 31146, 31155 und/oder 31175<br>Entspricht EBM 31506 | 168,80 € |
| AOP15 | Postoperative Überwachung im Anschluss an die EL 31127, 31137, 31147Entspricht EBM 31507 | 223,80 € |
| | **Qualitätszuschlag** | |
| **QZ8** | **Bonus Praxisbedarf** | |

## 1. Sachkostenziffern

Zur Überprüfung der Übereinstimmung der geltend gemachten Sachkosten bei Implantaten mit den tatsächlich entstandenen Kosten wird die Managementgesellschaft je Quartal stichprobenhaft für 5 v. H. der operierenden Praxen und jeweils 5 v. H. der Fälle dieser Praxen Rechnungsnachweise anfordern. Ggf. erfolgt eine Rückvergütung des übersteigenden Betrages

## 2. Anästhesieziffern

Die Abrechnung dieser Leistungen erfolgt durch den Teilnehmer am Vertrag nach § 73c SGB V zur Orthopädie (FACHARZT). Dies gilt auch dann, wenn die Leistung nicht durch den Operateur, sondern durch einen Anästhesisten durchgeführt wird. In diesem Fall leitet der Vertragsteilnehmer (FACHARZT) die für die Anästhesien im Vertrag nach § 73c SGB V zur Orthopädie vorgesehene Vergütung an den Anästhesisten weiter. Für den Ziffernkranz ist nur die Anästhesie maßgeblich, die im Zusammenhang mit einer Operation gem. der oben vereinbarten Operationen abgerechnet wird.

Auf Wunsch des Anästhesisten erteilt der Operateur der MEDIVERBUND AG den Auftrag, die Vergütung für die Anästhesie unmittelbar an den Anästhesisten weiterzuleiten.
Die technischen Voraussetzungen hierfür werden baldmöglichst geschafften.

## 3. Postoperative Überwachung und Behandlung

### 3.1 Postoperative Überwachung

Die Abrechnung der postoperativen Überwachung erfolgt durch den Teilnehmer am Vertrag nach § 73c SGB V zur Orthopädie (FACHARZT). Dies gilt auch dann, wenn die Leistung nicht durch den Operateur, sondern durch einen anderen Arzt durchgeführt wird. In diesem Fall leitet der Vertragsteilnehmer (FACHARZT) die für die postoperative Betreuung im Vertrag nach § 73c SGB V zur Orthopädie vorgesehene Vergütung an den anderen Arzt weiter.

Für den Ziffernkranz ist nur die postoperative Überwachung maßgeblich, die im Zusammenhang mit einer in dieser Anlage geregelten ambulanten Operation, abgerechnet wird.

### 3.2 Postoperative Behandlung

Die postoperative Behandlung ist - für den Fall der Durchführung durch den an der HZV teilnehmenden Hausarzt – im Ziffernkranz des Hausarztvertrages enthalten. Im Fall der Durchführung durch den Teilnehmer am Vertrag nach § 73c SGB V zur Orthopädie erfolgt die Abrechnung über zusätzliche Arzt-Patienten-Kontakte (siehe Anlage 12, EL 4 ab dem 3. Arzt-Patienten-Kontakt abrechenbar).

## 4. Wirtschaftlicher Praxisbedarf

Die Vertragspartner streben an, zunächst für den Bereich der nach tatsächlichem Aufwand abzurechnenden Implantate (siehe Nr. 3) einen kostengünstigen Bezug zu fördern und das bisherige Ausgabenniveau zu senken.

Die Vertragspartner werden ab 1.1.2014 eine Vertragsstruktur realisieren, welche den operierenden Vertragsteilnehmern verbindlich einen qualitätsorientierten und kostengünstigen Bezug von Praxisbedarf (alle Materialien) bei einem bestimmten Anbieter

vorgibt. Die Vertragspartner verständigen sich in diesem Zusammenhang bei realisierten Einsparungen über einen Honorarzuschlag.

**Anhang 6 zu Anlage 12**

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

AOK HAUSARZT PROGRAMM
&
AOK FACHARZT PROGRAMM

Sozialer Dienst der AOK: Kontaktdaten siehe Fax-/ Adressliste

## Beratungsbogen zur Einbindung des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg gemäß §§ 73b, 73c und 140a SGB V

**Einbindung des SD der AOK Baden-Württemberg durch**

- ☐ i. d. R. **HZV-/PNP-Praxis:** Beratung durch SD wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
  _____
- ☐ **PNP-Praxis:** Hilfeplankonferenz bei Kindern & Jugendlichen
- ☐ **Orthopädie-Praxis:** Fallkonferenz Rücken:

  M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Kodes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): **M54.___G**
  **sowie**

  - ☐ F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
  - ☐ F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
  - ☐ F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

**Vereinbartes Vorgehen**

- ☐ **Anruf** in der **Praxis** durch SD wird gewünscht.
- ☐ **Anruf** bei dem / der **Patient/in** durch SD wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr

unter Telefon / Handy _____

**Erklärung Patient/in**
Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

_____
Datum, Unterschrift Patient/in

**Erklärung Praxis**
Dem / der Patienten/in wurde die Einbindung des SD empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch den SD wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.

_____
Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

**Anhang 6 zu Anlage 12**

# Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis

## Beratungsservice des Sozialen Dienstes (SD) der AOK Baden-Württemberg

### Worin liegt der Mehrwert?

Der SD unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. Im SD arbeiten ausschließlich staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte (Hochschulstudium) mit Zusatzqualifikationen wie beispielsweise systemische Beratung, Psychoonkologie und zertifizierte Pflegeberatung (§7a SGB XI). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert der SD die biopsychosoziale Situation und den Hilfebedarf des Patienten. Er stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

### Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt der SD im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung durch den SD wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

### Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter des SD sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

### In welchen Fällen ist es sinnvoll, den SD einzubinden?

Die Einbindung des SD ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI http://www.mediverbund.de/facharztvertraege73c.html und HÄVG https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.417.0.html). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
  - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
  - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
  - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
  - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
  - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
  - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
  - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
  - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
  - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
  - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
  - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

**Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell**

# Patienteninformation

Sozialer Dienst der AOK Baden-Württemberg
mehr Service – mehr Nähe – mehr Leistung

## Wann und in welchen Fällen kann Ihnen der Soziale Dienst helfen?

Wenn Sie am Hausarzt- oder FacharztProgramm teilnehmen, stehen wir Ihnen und Ihren Angehörigen gerne mit Rat und Tat zur Seite. Oft führen Krankheit oder Pflegebedürftigkeit zu finanziellen, beruflichen, persönlichen und / oder familiären Belastungen. Deshalb unterstützen und beraten wir Sie bei

- lebensverändernden Erkrankungen
- krankheits- und belastungsbedingten Arbeitsplatzproblemen
- Pflegebedürftigkeit / Hilfe für pflegende Angehörige
- Rehabilitation und Rente
- Schwerbehinderung.

## Wer engagiert sich für Sie im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg?

Staatlich anerkannte sozialpädagogische Fachkräfte bringen im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg ihre ganze Erfahrung für Sie ein. Unsere Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter zeichnen sich nicht nur durch eine hohe persönliche Motivation aus. Sie alle haben ein Hochschulstudium absolviert und sich zudem durch diverse Weiterbildungen für diese sensible Aufgabe qualifiziert.

## Was kann der Soziale Dienst für Sie tun?

Für Ihre persönlichen Sorgen, Unsicherheiten und Nöte haben wir immer ein offenes Ohr. Was wir miteinander besprechen, bleibt selbstverständlich unter uns. Einen diskreten und verantwortungsbewussten Umgang mit allem, was Sie uns anvertrauen, sichern wir Ihnen zu!

Wenn Sie es wünschen, können wir Ihnen bei vielen Themen ganz konkret helfen. Zum Beispiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden spiel, wenn es darum geht, sozialversicherungsrechtliche Fragen zu klären. Oder wenn wir gemeinsam mit Ihnen nach passenden Möglichkeiten suchen, die Sie entlasten. Wir helfen Ihnen auch bei Anträgen rund um Rehabilitation und Pflege oder beim „Grad der Schwerbehinderung“. In persönlichen Gesprächen ist auch Ihre Krankheitsverarbeitung ein wichtiges Thema! Hier unterstützen wir gerne.

## Wie kommen wir miteinander ins Gespräch?

Nachdem wir einen Termin vereinbart haben, begrüßen wir Sie gerne in den Räumlichkeiten der AOK oder treffen uns bei Ihnen zu Hause. Dann besprechen wir gemeinsam und ganz in Ruhe, welche Sorgen Sie beschäftigen und mit welchen Schritten es ganz konkret weitergeht. Weitere Termine vereinbaren wir individuell und in persönlicher Absprache mit Ihnen.

## Unser wichtigster Grundsatz

Ob wir für Sie tätig werden dürfen, entscheiden alleine Sie! Wenn Sie unser Angebot nicht in Anspruch nehmen möchten, entstehen Ihnen keinerlei Nachteile. Dies gilt auch dann, wenn wir Ihnen im Laufe unserer Beratung bestimmte Vorschläge machen, mit denen Sie nicht einverstanden sind.

Dies kann manchmal zur Folge haben, dass Sie unseren Beratungsservice oder Leistungen der gesetzlichen Krankenversicherung nicht oder nicht in vollem Umfang in Anspruch nehmen können. Selbstverständlich können Sie auf unsere Dienste sehr gerne jederzeit wieder zurückkommen.

Auf Seite 2 informieren wir Sie zu unserem Datenschutz.

**Anhang 6 zu Anlage 12**

# Ganz im Vertrauen!

Datenschutz im Sozialen Dienst der AOK Baden-Württemberg

## Ihre Daten in sicheren Händen

Den Schutz Ihrer Daten nehmen wir sehr ernst. Deshalb werden Ihre Daten bei uns so sicher verwahrt und gespeichert, dass Unbefugte nicht darauf zugreifen können. Wir geben Daten von Ihnen nur dann weiter, wenn Sie dies ausdrücklich erlauben. Auch dann, wenn Sie den Sozialen Dienst nicht mehr beanspruchen, sind Ihre Daten sicher, indem wir sie zugriffsgeschützt unter Berücksichtigung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen speichern. Nach Ablauf einer gewissen Frist werden sie gemäß den Bestimmungen zum Datenschutz vernichtet oder gelöscht.

Auch innerhalb der AOK Baden-Württemberg unterliegt der Soziale Dienst der Schweigepflicht. Er darf Informationen zu Ihrer Person nur dann intern weitergeben, wenn Sie Leistungen in Anspruch nehmen wollen (z. B. Haushaltshilfe, Pflegegeld), und diese Daten zwingend erforderlich sind. Wir geben Daten nur dann an Dritte (z. B. an behandelnde Ärzte) weiter, wenn wir dies vorher mit Ihnen abgesprochen haben. Hierzu erteilen Sie uns bitte jeweils Ihre schriftliche Einwilligung.

## Um welche Daten geht es dabei genau?

- Diagnosen / Symptomatik bzw. die damit einhergehenden Funktionseinschränkungen
- Beschreibung von krankheitsbedingten Beeinträchtigungen (positives / negatives Leistungsbild)
- Krankenhaus-/Rehabilitationsaufenthalte
- Einschränkungen durch drohende oder bestehende Pflegebedürftigkeit
- Ärzte / Angehörige eines Heilberufes, die in die Behandlung eingebunden sind
- geplante Behandlungen
- Maßnahmen, die aus ärztlicher Sicht notwendig erscheinen, um die gesundheitliche Situation zu verbessern.

Diese Maßnahmen können sich über die medizinische Behandlung hinaus auch auf Ihre aktuelle Lebenssituation beziehen. Dazu zählen beispielsweise:

- Ihre familiäre Situation
- Finanzielle Sorgen
- Probleme in der Umsetzung der Pflege
- Ihre häusliche Situation
- Ihre Arbeitsplatzsituation.

## Besonderer Datenschutz - Ihr Sozialer Dienst

Der Soziale Dienst unterliegt den besonderen Anforderungen von §203 Abs.1 Nr.5 des Strafgesetzbuches. Dort steht, dass es unter anderem Sozialpädagogen nicht gestattet ist, unbefugt ein fremdes Geheimnis (ein persönliches oder ein Betriebs- oder Geschäftsgeheimnis) das anvertraut wurde oder in sonst einer Weise bekannt geworden ist, zu offenbaren.

Zu diesen gesetzlichen Anforderungen gehört auch Transparenz. Deshalb informieren wir Sie zu Beginn unserer Tätigkeit ausführlich darüber, welche Daten zwischen welchen Institutionen ausgetauscht werden sollen und werden uns dazu Ihr Einverständnis einholen.

Ob im Rahmen Ihrer Unterstützung und Beratung zu einem späteren Zeitpunkt ein weiterer Datenaustausch erfolgen soll, entscheiden in jedem Einzelfall ausschließlich Sie selbst.

Weitergehende Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihre Rechte finden Sie unter www.aok-bw.de/datenschutz rechte. Gerne stellen wir Ihnen auf Wunsch diese Informationen auch in Papierform zur Verfügung.

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

BOSCH BKK

**Patientenbegleitung:**
Fon 0711 / 252918-733
PCFax 089/ 51999-2504

## Beratungsbogen zur Einbindung der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK gemäß §§ 73c und 140a SGB V

### Einbindung der PBG der Bosch BKK durch

- ☐ i. d. R. **HZV-/PNP-Praxis**: Beratung durch PBG wird gewünscht. Unterstützungs-/Beratungsbedarf des / der Versicherten (Beispiele vgl. umseitiges Informationsblatt für die Praxen) besteht bei: _____
  _____
- ☐ **PNP-Praxis**: interdisziplinärer Austausch bei Kindern, Jugendlichen, behinderten Menschen
- ☐ **Orthopädie-Praxis**: Fallkonferenz Rücken:

  M54.- Rückenschmerz (unspezifisch). Ist durch Angabe eines vierstelligen Kodes aus der Gruppe M54.- weiter zu spezifizieren (z. B. M54.5 Kreuzschmerz): **M54.___G**
  **sowie**

  - ☐ F45.40 Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
  - ☐ F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren
  - ☐ F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom

### Vereinbartes Vorgehen

- ☐ **Anruf** in der **Praxis** durch PBG wird gewünscht.
- ☐ **Anruf** bei dem / der **Patient/in** durch PBG wird gewünscht.

Anruf erbeten am _____ zwischen _____ und _____ Uhr

unter Telefon / Handy _____

**Erklärung Patient/in**
Ich stimme dem Unterstützungsangebot durch meine Krankenkasse zu und bin freiwillig mit der Weitergabe der gemeinsam mit meinem/r behandelnden Arzt / Ärztin oder meinem/r Psychotherapeuten/in festgelegten Daten und Informationen an meine Krankenkasse einverstanden. Die Inhalte der Patienteninformation habe ich zur Kenntnis genommen.

_____
Datum, Unterschrift Patient/in oder Erziehungsberechtigte/r

**Erklärung Praxis**
Dem / der Patienten/in oder Erziehungsberechtigten wurde die Einbindung der PBG empfohlen. Der erforderliche Unterstützungsbedarf durch die PBG wurde ihm / ihr erläutert. Die Patienteninformation wurde dem / der Patient/in ausgehändigt.

_____
Datum, Praxisstempel, Unterschrift Arzt / Ärztin oder Psychotherapeut/in

# Information für die Hausarzt-/Facharzt- und Psychotherapiepraxis

## Beratungsservice der Patientenbegleitung (PBG) der Bosch BKK

### Worin liegt der Mehrwert?

Die PBG unterstützt die Praxen: Im Rahmen eines Unterstützungsmanagements stehen Ihnen die Mitarbeiter/innen als fachkompetente Ansprechpartner/innen zu diversen Themen zur Seite. In der PBG arbeiten ausschließlich qualifizierte und in der Beratung erfahrene Mitarbeiter/innen mit unterschiedlichen Zusatzqualifikationen (u. a. Pflegeberatung (§7a SGB XI, Burnout, Prävention). In einem individuellen Beratungsgespräch analysiert die PBG die biopsychosoziale Situation des Patienten und den Hilfebedarf. Sie stimmt mit dem Patienten einen Versorgungsplan ab und unterstützt bei der Durchführung. Dazu gehören auch die Vermittlung von weiteren Hilfen und die Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen. Auf Wunsch kann das Beratungsgespräch auch beim Patienten zu Hause stattfinden.

### Persönlich – Direkt – Nah

Sie erhalten ergänzende Informationen zur regionalen Versorgungsstruktur / Ansprechpartnern und zu sozial-/leistungsrechtlichen Fragestellungen. Darüber hinaus unterstützt die PBG im konkreten Fall die medizinische oder therapeutische Behandlung durch gezielte Interventionen, um gemeinsam mit der Facharztpraxis im jeweiligen Einzelfall eine stabile Gesamtversorgungssituation herzustellen. Durch die Begleitung der PBG wird Ihre Praxis entlastet. Das Beratungsangebot ist ergänzend zur Behandlung zu verstehen.

### Klärung – Unterstützung – Vermittlung

Hinweis: Mitarbeiter der PBG sind an die Einhaltung der Schweigepflicht sowie an eine datenschutzkonforme Beratungssituation gebunden. Diese Gespräche unterliegen der besonderen Verschwiegenheitspflicht. Die Notwendigkeit der Datenweitergabe setzt das Einverständnis der Patienten voraus.

### In welchen Fällen ist es sinnvoll, die PBG einzubinden?

Die Einbindung der PBG ist in den jeweiligen Verträgen erläutert (vgl.: MEDI http://www.medi-verbund.de/facharztvertraege73c.html und HÄVG https://www.hausaerzteverband.de/cms/Vertragsunterlagen.520.0.html). In der Regel erfolgt die Einbindung über die Hausarztpraxis, wenn bei Versicherten neben einer spezifischen Diagnose mindestens einer der folgenden Kontextfaktoren vorliegt

- Berufliche oder soziale Faktoren wie zum Beispiel:
  - Probleme am Arbeitsplatz (z. B. Arbeitsplatzunsicherheit, -unzufriedenheit, Mobbing)
  - Abklärung beruflicher Situation / Perspektive (z. B. Wiedereingliederung, Arbeitslosigkeit)
  - Unterstützung / Organisation Leistungsanträge (z. B. Reha, Rente, Pflege)
  - Soziale Problemsituation (z. B. sozialer Rückzug, finanzielle Probleme)
  - Familiäre Probleme (z. B. Beziehungskonflikte / Erziehungsprobleme / familiäre Streitigkeiten)
  - Häusliche Situation (z. B. Wohnen ist nicht sichergestellt / Wohnungs- / Nachbarschaftsprobleme)
  - Gesellschaftliche Teilhabe ist nicht sichergestellt; soziokulturelle Probleme
  - Pflegebedürftigkeit droht bzw. besteht (z. B. fehlende Unterstützung bei der Organisation der Pflege)
  - Probleme mit der (eigenen) Erkrankung bzw. des Partners / Kindes bzw. der Krankheitsbewältigung
  - Probleme mit Verlust / Tod z. B. Eltern / Partner / Familie
  - Gewalterfahrung und Verwahrlosungstendenzen.
- Vermittlung weiterer Hilfen und Vernetzung regionaler Angebote (z. B. Selbsthilfegruppen) ist erforderlich
- Zusammenarbeit mit anderen Beratungsstellen oder Institutionen ist erforderlich

**Psychosozial – Ressourcenorientiert – Individuell**

# Versicherteninformation zum Datenschutz in der Patientenbegleitung

## 1. Um was geht es?

Aufgabe der Patientenbegleiter ist, in Handlungsfeldern tätig zu werden, für die Ärzte, Psychotherapeuten und Sozialdienste der Krankenhäuser mit ihrem Fachpersonal in aller Regel keine Zeit haben.

Die Patientenbegleiter sind speziell qualifiziert. Ein wesentliches Handlungsfeld ist u. a. die Pflegeberatung (§7a SGBXI): Hier geht es um die Regelung der häuslichen Versorgung Pflegebedürftiger, die Beschaffung von Hilfsmitteln wie z.B. Pflegebetten und deren Integration in die häusliche Umgebung sowie die Begleitung von Versicherten in schwierigen Lebenssituationen, in denen sie angesichts der Komplexität unseres Gesundheitswesens Unterstützung brauchen. Eine Beendigung der Zusammenarbeit mit dem Patientenbegleiter ist jederzeit möglich.

Diese Hilfestellung durch die Patientenbegleiter ist ohne die Kenntnis von Daten über den Versicherten nicht möglich. Um die Daten unter Wahrung des Datenschutzes übermittelt zu bekommen, selbst zu erheben, zu speichern, zu verarbeiten und zu nutzen, ist eine entsprechende schriftliche Einwilligungserklärung des Versicherten erforderlich. Ohne ausdrückliche Einwilligungserklärung des Versicherten darf die Patientenbegleitung nicht stattfinden.

## 2. Warum sind Einwilligungserklärungen bzw. Schweigepflichtentbindungserklärungen erforderlich?

Die Bosch BKK darf für die Patientenbegleitung nur Daten erheben, erfassen, speichern, verarbeiten und nutzen, soweit diese für die Erbringung von Leistungen und die Unterstützungsfunktion zur Durchführung des Versorgungsmanagements der Leistungserbringer erforderlich sind (§§ 284 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 13 SGB V). Dabei werden die Regelungen der EU-DSGVO entsprechend berücksichtigt.

## 3. Was geschieht mit den Daten?

Bei den Ärzten, Psychotherapeuten und in den Krankenhäusern bleiben Befunde und Berichte über die Krankheit und die Pflegesituation in deren Verantwortungsbereich. Von den Krankenhäusern wird die Bosch BKK im Rahmen der gesetzlichen Mitteilungspflichten grundsätzlich nur über die Aufnahme- und Entlassungsdiagnosen informiert. Die Ärzte und Psychotherapeuten übermitteln Diagnosen im Zusammenhang mit Arbeitsunfähigkeitsbescheinigungen.

Ferner beantworten sie zulässige Anfragen der Bosch BKK, die nach einem zwischen den Kassenärztlichen Vereinigungen und den Krankenkassen festgelegten Verfahren für die Wiedereingliederung in das Berufsleben, eine Erwerbsminderung oder die vorgezogene Rente erforderlich sein können. Mit der Einwilligungserklärung können Daten aus dem Bereich der Ärzte, Psychotherapeuten und Krankenhäuser an die Kasse übermittelt werden.

Sie werden mit den von der Bosch BKK erhobenen Daten gespeichert, verarbeitet und genutzt, wenn sie zur Bearbeitung des Falles erforderlich sind. Auf Wunsch des Versicherten können sie jederzeit gelöscht werden.

## 4. Wer hat Zugriff auf die Daten?

Zugriff auf die Daten haben bei der Bosch BKK nur die mit der Patientenbegleitung, befassten Mitarbeiter. Sie sind auf die Wahrung des Datenschutzes verpflichtet.

## 5. Wem können sonst noch Daten zur Verfügung gestellt werden?

Die Bosch BKK ist bei der Erbringung bestimmter Leistungen der Kranken- und Pflegversicherung verpflichtet, eine gutachterliche Stellungnahme des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) einzuholen, wenn es nach Art, Schwere, Dauer oder Häufigkeit der Erkrankung oder nach dem Krankheitsverlauf erforderlich ist. Dabei dürfen Daten, die der Versicherte über seine Mitwirkungspflicht (§§ 60 und 65 SGB I) hinaus seiner Krankenkasse freiwillig selbst überlassen hat, nur weitergegeben werden, soweit der Versicherte schriftlich eingewilligt hat. Um Leistungen zu ermöglichen, die ohne ein Gutachten des Medizinischen Dienstes nicht erbracht werden dürfen, sollte deshalb die umseitige Einwilligungserklärung unterschrieben werden. Der Medizinische Dienst darf die Daten nur für die Beratung und Begutachtung nutzen, ansonsten noch für gesetzlich geregelte Ausnahmefälle.

Die Weitergabe der Daten zur wissenschaftlichen Begleitung der Versorgungsverträge ist ebenfalls zulässig. Aber auch hierfür gilt, dass eine schriftliche Einwilligungserklärung vorliegen muss. Dabei muss sichergestellt sein, dass die erhobenen Daten nur anonymisiert zusammengefasst bzw. pseudonymisiert weitergeleitet werden. Für das beauftragte Institut sind damit die Daten anonym; ein Bezug auf den einzelnen Versicherten ist ausgeschlossen. Die Bosch BKK wird wie bei ähnlichen Projekten in der Vergangenheit gewährleisten, dass bei wissenschaftlicher Begleitung diesen Vorgaben entsprochen wird.

## 6. Bestehen noch Fragen?

Für die Bosch BKK hat die Gewährleistung des Datenschutzes oberste Priorität. Für Fragen stehen die Kundenberater in den Geschäftsstellen gerne zur Verfügung. Sie vermitteln auch an die jeweilig zuständigen Patientenbegleiter.
Weitere Informationen rund um die Verarbeitung Ihrer Daten und Ihrer Rechte nach der EU-DSGVO finden Sie unter: www.Bosch-BKK.de/Datenschutz. Gerne stellen wir Ihnen diese Informationen auf Wunsch auch in Papierform zur Verfügung.

1680040847902

**Anhang 6 zu Anlage 12**

# Wir stehen Ihnen entlastend zur Seite. Jederzeit.

Die Patientenbegleitung der Bosch BKK.

Hohe Anforderungen im Berufs- und Privatleben können zur Belastung werden. Wenn diese andauern oder sich gesundheitliche Probleme häufen, kann man leicht das Gefühl bekommen, vor einem „Hürdenlauf“ zu stehen. Und wer ernsthaft erkrankt, muss sich oft erst mühsam orientieren: Gibt es neben der Betreuung durch meinen Arzt Unterstützung für mich und für meine Angehörigen? Welche Anträge muss ich an die Krankenkasse oder die Rentenversicherung stellen? Kann ich selbst etwas tun, damit sich meine Gesundheit stabilisiert?

Bei diesen und vielen weiteren Fragen helfen Ihnen unsere Patientenbegleiter weiter. Sie nehmen sich **Zeit für ein ausführliches Gespräch** – gerne auch bei Ihnen zu Hause. Als Kenner der Gesundheitsangebote in Ihrer Region nennen Sie Ihnen Ansprechpartner und zeigen Ihnen Wege, damit Sie **wieder ins Gleichgewicht kommen**. Oder anders gesagt: Sie räumen viele Hürden für Sie aus dem Weg!

**Was macht ein Patientenbegleiter konkret?**

Ihr Patientenbegleiter hilft mit Rat und Tat, wenn es darum geht, gesundheitliche Leistungen zu organisieren und aufeinander abzustimmen. Er nützt sein Wissen und Netzwerk, um eine nötige Unterstützung, Behandlung, Begleitung, Förderung und Versorgung von Menschen zu bewirken. Sie profitieren z. B. davon, indem:

- Sie sicher durch das Gesundheitssystem navigiert werden,
- Die Zusammenarbeit verschiedener Behandler verbessert wird,
- Sie intensive Beratung zu Gesundheitsangeboten in Ihrer Nähe erhalten (z. B. Bewegungs-/Ernährungskurse oder psychotherapeutische Unterstützung),
- Sie Kontakte zu Pflege- oder Sozialdiensten und Beratungsstellen vermittelt bekommen,
- Sie bei Suche und Antritt einer Rehabilitation unterstützt werden,
- Ihnen eine umfassende Pflegeberatung zukommt – gerne auch bei Ihnen zu Hause,
- Sie individuell geeignete Hilfsmittel, eine Haushaltshilfe oder Pflegeleistungen in Anspruch nehmen,
- auch Ihre Angehörigen beraten werden.

Unser Tipp:
Schauen Sie unseren Film zur Arbeit der Patientenbegleiter an. Im Internet unter:
**www.Patientenbegleitung.de**

# Anhang 6 zu Anlage 12

## Hilfe neben der Hilfe

Ihr Patientenbegleiter unterstützt Sie ergänzend zur Betreuung durch Ihren Arzt – ganz nach dem Motto „Hilfe neben der Hilfe“.

Das kann sowohl beim Umgang mit einer Krankheit als auch in einer Pflegesituation hilfreich sein. Zum Beispiel wenn eine Haushaltshilfe, Pflegeleistungen oder eine Kur beantragt werden müssen. Ihr Patientenbegleiter berät Sie auch gerne, mit welchen Maßnahmen Sie Ihre Gesundheit stabilisieren können.

**Ihr Vorteil:** Sie haben einen Ansprechpartner über alle Schritte hinweg. Das Angebot der Patientenbegleitung ist **kostenlos und freiwillig**. Sie entscheiden selbst, wie lange Sie die Unterstützung Ihres Patientenbegleiters in Anspruch nehmen möchten.

**Bosch BKK**
Kruppstraße 19
70469 Stuttgart

**Info@Bosch-BKK.de**
www.Patientenbegleitung.de

**24-Stunden-Service-Center:**
Telefon: 0180 6060200

(20 Cent je Anruf aus dem deutschen Festnetz.
Für Mobilfunk max. 60 Cent.)

Stand 01.10.2015– Änderungen vorbehalten. Die Darstellung gibt einen ersten Überblick über die Leistungen der Bosch BKK. Gerne berät Sie Ihr Kundenberater individuell und verbindlich.

## Maßnahmenkatalog zur Qualitätssicherung

(1) Mit der Teilnahme am VERTRAG verpflichtet sich der FACHARZT unter anderem:

- zur Teilnahme an zwei von BVOU und IFFM zertifizierten und zugelassenen Fortbildungsveranstaltungen pro Kalenderjahr (vgl. § 5 Abs. 3 d i.V.m. Anlage 2 Abschnitt V) mit insgesamt mindestens 8 Fortbildungspunkten.

- zur Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln pro Kalenderjahr, die indikationsbezogene Pharmakotherapie-Module mit beinhalten. Bei unterjährigem Beginn der Vertragsteilnahme ist je vollendetem Halbjahr ein Qualitätszirkel zu besuchen (vgl. § 5 Abs. 3 b i.V.m. Anlage 2 Abschnitt II).

(2) Werden einzelne dieser Verpflichtungen vom FACHARZT nicht bzw. nicht vollständig erfüllt, oder die Erfüllung gegenüber der Managementgesellschaft vom FACHARZT nicht nachgewiesen, stellt dies einen Verstoß gegen die vertraglichen Verpflichtungen des FACHARZTES dar, die eine Kündigung gemäß § 8 des VERTRAGS zur Folge haben kann. Ausnahmsweise kann die Managementgesellschaft die Teilnahme an einer vom IFFM und dem BVOU organisierten Nachholveranstaltung als Teilnahme an einem Qualitätszirkel oder einer Fortbildung anerkennen. Voraussetzung ist Themengleichheit mit den abgestimmten Inhalten zu Fortbildung oder Qualitätszirkel (in Qualitätszirkelkommission).

(3) Stellt die Managementgesellschaft fest, dass ein FACHARZT gegen die in Absatz 1 genannten Vertragspflichten verstößt, fordert Sie ihn zur Beseitigung dieser Pflichtverletzung auf und gibt ihm innerhalb einer Frist von zwei Wochen Gelegenheit zur Stellungnahme.

(4) Die AOK, Bosch BKK sowie die MEDIVERBUND AG richten einen Ausschuss ein, dem die Stellungnahme des FACHARZTES vorgelegt wird.

(5) Kommt der Ausschuss zu dem einstimmigen Ergebnis, dass der FACHARZT den Pflichtverstoß nicht zu verantworten hat, wird der vertragliche Honoraranspruch nicht reduziert.

(6) In allen anderen Fällen ist die Managementgesellschaft berechtigt, dem FACHARZT rückwirkend, ab Beginn des Pflichtverstoßes, seinen Honoraranspruch gemäß § 19 Abs. 1 i.V.m. Anlage 12 des VERTRAGS entsprechend des in Absatz 7 geregelten Maßnahmenkataloges zu kürzen, bis der Nachweis der Erfüllung seiner vertraglichen Verpflichtung erfolgt ist. Gleichzeitig ist die Managementgesellschaft entsprechend des in Absatz 7 geregelten Maßnahmenkataloges berechtigt, dem FACHARZT gegenüber aufgrund seiner Pflichtverletzung die Kündigung gemäß § 8 dieses VERTRAGS auszusprechen.

(7) Aus dem nachfolgenden Maßnahmenkatalog ergeben sich die Folgen für den FACHARZT bei Nichterfüllung seiner vertraglichen Verpflichtungen gemäß Absatz 1 dieser Anlage:

| Teilnahmevor-aussetzung | Prüfungs-Zeitraum | Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung im Kalenderjahr (Stufe 1) | Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglich erfolgten Honorarkürzung im vorherigen Kalenderjahr (Stufe 2) | Bei Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzung und einer diesbezüglich erfolgten Honorarkürzung in den beiden vorherigen Kalenderjahren (Stufe 3) |
|---|---|---|---|---|
| Teilnahme an zwei Fortbildungs-veranstaltungen gemäß Abs.1 pro Jahr | Ab 01.01.2017 | Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr um 2 EUR, wenn keine zwei Fortbildungen mit insgesamt mind. 8 CME-Punkten absolviert wurden (bei mindestens halbjähriger Teilnahme mind. 4 CME-Punkten). | Reduzierung der ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr um 4 EUR, wenn keine zwei Fortbildungen mit insgesamt mind. 8 CME-Punkten absolviert wurden (bei mindestens halbjähriger Teilnahme mind. 4 CME-Punkten). | Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr um 6 EUR. |
| Teilnahme an mindestens zwei Qualitätszirkeln pro Jahr gem. Abs. 1 (je vollendetem Halbjahr mind. 1 QZ) | Ab 01.01.2017 | Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr um 2 EUR, wenn pro vollendetem Halbjahr kein QZ absolviert wurde. | Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr um 4 EUR, wenn pro vollendetem Halbjahr kein QZ absolviert wurde. | Ordentliche Kündigung (gem. § 8 Abs. 4) und Reduzierung aller ausbezahlten P1 im betrachteten Kalenderjahr um 6 EUR. |

## Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrages vereinbarten Vergütungszuschlages (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

## Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA®

### 1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle am Facharztvertrag für Orthopädie teilnehmenden Ärzte, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete/n und bei MEDIVERBUND gemeldete/n Medizinische/n Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/-in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/-in oder Altenpfleger/-in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische Fachangestellte (MFA) in weiblicher Form bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

### 2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

a) Erfolgreiche Teilnahme der MFA am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA®-Orthopädie“ in Baden-Württemberg.

   Der Lehrgang umfasst insgesamt 80 Stunden und behandelt die Themen Arthrose, entzündliche Gelenkerkrankungen, Rückenschmerzen und Osteoporose. AOK und BKK erhalten die Möglichkeit, sich am Lehrgang u. a. zu den Themen medikamentöse und nicht-medikamentöse Versorgung, Schnittstellen sowie Sozialer Dienst und Präventionsberater/ Patientenbegleitung in einem Umfang von 8 Stunden aktiv zu beteiligen. Dem Lehrgang schließt sich eine schriftliche Online-Prüfung an. Die Teilnahme über die erfolgreiche Qualifizierung zur EFA®-Orthopädie wird durch ein entsprechendes Zertifikat nachgewiesen. Das Zertifikat darf nur ausgestellt werden, wenn die schriftliche Online-Prüfung bestanden und die vorgesehenen 80 Stunden des Lehrgangs absolviert wurden. In begründeten Einzelfällen ist die Kompensation von Fehlzeiten bis zu 10% (8 Stunden) durch Selbststudium möglich. Die Online-Prüfung darf maximal zweimal wiederholt werden.

   Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFAs®, regelt der Beirat gemäß § 22 des Hauptvertrages.

b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt orthopädischer / chirurgischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden, die Änderung der Wochenstundenzahl sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA® sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.

c) Teilnahme der EFA® an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA®-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

### 3. Abrechnung des EFA®-Zuschlages

Der EFA®-Zuschlag beträgt 5 Euro pro Quartal und wird auf die Beratungspauschalen BP2A, BP2B, BP3, BP4 oder BP5 erstmalig im Folgequartal nach Eingang des Nachweises der Qualifikation gemäß Ziffer 2. lit. a) bei der Managementgesellschaft und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt.
Der EFA®-Zuschlag wird als Praxisstrukturmerkmal einer BAG/MVZ i. d. R. über die BSNR/HBSNR vergütet. Unterhält ein FACHARZT mehrere HBSNRs inkl. NBSNRs, gelten diese auch als BAG. Der EFA®-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA®-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht.
Pro Quartal und pro EFA®-Vollzeitkraft (wöchentliche Arbeitszeit mind. 38,5 Stunden) werden einer Praxis bis zu 200 EFA®-Zuschläge vergütet.
Bei einem Tätigkeitsumfang von 75% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 28 Stunden) werden einer Praxis bis zu 150 EFA®-Zuschläge vergütet.
Bei einem Tätigkeitsumfang von 50% (wöchentliche Arbeitszeit mind. 19 Stunden) werden einer Praxis bis zu 100 EFA®-Zuschläge vergütet.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA® an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA®-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA®-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung / Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA®-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA® in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA®-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA®-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

### 4. Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen

Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, die erfolgreiche Qualifizierung der EFA®-Orthopädie zu überprüfen und stellt den Vertragspartnern die Zertifikate, Nachweise über Anstellung und den Tätigkeitsumfang sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß Nr. 2 lit. c) im Rahmen eines zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verfahrens zur Verfügung.

## Aufgabenbeschreibung EFA® Orthopädie

### Grundverständnis

Die EFA® unterstützt die Versorgung von Patienten mit muskuloskelettalen Beschwerden insbesondere zu unspezifischen Rückenschmerzen, Arthrose der Hüfte und Knie, auch entzündlichen Gelenkbeschwerden und Osteoporose vor allem hinsichtlich der edukativen Beratung, weil dadurch die Patienten leichter Wege finden, eine höhere Lebensqualität zu erreichen und mit weniger Schmerzen leben zu können.

Patientenedukation und -kommunikation sind daher Schlüsselaufgaben für die Beziehung zwischen Patient, Arzt und Praxispersonal, für die Krankheitsprävention, für die Gesundheitsförderung und mehr Patientensicherheit.
Der Patient soll durch den Arzt/ die EFA® das Wissen vermittelt bekommen, was die persönliche Gesundheit einerseits fördert und andererseits wie dieses Wissen im Alltag in hilfreiches Verhalten umgesetzt wird.

Für dieses Ziel wurden neue Versorgungsinhalte und Rahmenbedingungen in Anlagen 12, 17 und Anhängen vereinbart, weil

- medizinische Behandlungen nicht mehr ein einseitig biomedizinisches Versorgungsprinzip zugrunde gelegt werden soll, sondern ein modernes biopsychosoziales und damit stärker sekundär- und tertiärpräventiv ausgerichtetes Versorgungskonzept mit Berücksichtigung individueller Lebensbedingungen.
- Krankheitsursachen gerade bei chronifizierenden Verläufen nicht mehr nur z. B. mit apparativen Maßnahmen, sondern auch mit beratender bzw. edukativer Unterstützung vielfältig günstig beeinflusst werden können.
- gerade auch bei muskuloskelettalen Beschwerden das Gesundheitsverhalten des Patienten aktiv eigenständig zu fördern ist. Dieses Gesundheitsverhalten kann auf Basis des nötigen Wissens Risiko- und Schutzfaktoren sowie Selbstmanagementstrategien beinhalten.

| **Allgemeine Aufgaben der EFA®-Orthopädie (gem. Anlage 12, 17 & Anhänge)** | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Nicht-medikamentöse Versorgung** | Rücken | Osteo-porose | Arthrose | Entz.GE |
| **Die EFA® unterstützt die präventive Information und motivationale Beratung v.a. zu:** | x | x | x | x |
| • Rückenschmerzen z.B. mehr Laufen/Liegen anstatt Sitzen/Stehen<br>• Arthrose z.B. Gewichtsoptimierung/Schwimmen<br>• Osteoporose z.B. zum Nikotinstopp/Muskelkräftigung<br>• entzündlichen Gelenkerkrankungen z.B. zur mediterranen Kost/Nikotinstopp | | | | |
| • bio-psycho-sozialer Anamnese | | | | |
| • örtlichen Bewegungsangeboten bzw. nicht-medikamentösen Maßnahmen v.a.<br>➔ Sportvereine<br>➔ www.dosb.de (Rezept für Bewegung)<br>➔ indikationsbezogene Maßnahmen wie AOK-Präventionsberater, Rückenschule und Arthrose Konzept, AOKSports, AOK-proReha, Adipositasmodul der Bosch BKK (mittels Grünem Rezept)<br>➔ Rheuma-Liga (Muster 56) | | | | |
| • ggf. Motivation zur Teilnahme am DMP v.a. bei Multimorbidität wie z.B. Diabetes und Adipositas bei Arthrose | | | | |
| • ggf. weiterführenden evidenzbasierten Patienteninformationen, neben körperlicher Aktivität auch zu Ernährung, Nikotinstopp, Gewichtsoptimierung (z.B. über www.rki.de (Robert Koch-Institut), www.gesundheitsinformation.de) zur nachhaltigen Veränderung der Lebensgewohnheiten | | | | |
| • ggf. Abfrage der vereinbarten Ziele zwischen Arzt und Patient z.B. telefonisch (siehe auch Versorgungsplan) | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| **Rezeptausstellung zu örtlichen Bewegungsangeboten bzw. zu nicht-medikamentösen Maßnahmen** | x | x | x | x |
| 1. „Rezept für Bewegung“ des DOSB über http://www.aerztekammer-bw.de/news/2015/2015-04/rezept-fuer-bewegung/index.html<br><br>2. „Grünes Rezept“ für die AOK-Präventionsberater und Patientenbegleiter der Bosch BKK<br>➔ Korrekte endstellige spezifische Kodierung, einschl. behandlungsrelevanter Diagnosen (Beachtung von Multimorbidität)<br>➔ Ausgewählte Maßnahme zur Gesundheitsförderung/Prävention vor Ort<br>➔ ggf. Rückmeldung zu den durchgeführten Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention (durch zugehöriges Dokument)<br>➔ Rezeptausstellung dokumentieren bzw. speichern<br><br>3. ggf. Muster 56 der Rheuma-Liga z.B. für Rheumapatienten<br>4. ggf. Muster 61 zur ambulanten oder stationären Reha | | | | |
| **Medikamentöse Versorgung** | Rücken | Osteoporose | Arthrose | Entz.GE |
| **Die EFA® unterstützt die Information und Beratung v.a.:** | x | x | x | x |
| • zur richtigen Dosierung, zu Einnahmezeiten und -dauer, zum Verabreichungsweg sowie zum Absetzen<br>• zum wirtschaftlichen und rationalen Einsatz von Arzneimitteln (Rabattverträge, Aut Idem etc.) sowie Unterstützung korrekter Arzneimittel-Rezeptausstellung | | | | |
| **Schnittstellen** | Rücken | Osteoporose | Arthrose | Entz.GE |
| **Die EFA® fördert die Schnittstellen-Kommunikation durch die Rückmeldung an die Hausarztpraxis v.a. zu:** | x | x | x | x |
| • spezifischen gesicherten Diagnosen einschließlich relevanter Begleiterkrankungen und entsprechenden ICD-Kodes<br>• nicht-medikamentösen Verordnungen/Empfehlungen<br>• medikamentösen Verordnungen | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| • organisatorischen und koordinativen Maßnahmen im Rahmen der Fallkonferenz (bspw. Unterstützung des Arztes im Zugang und der Vernetzung zum Sozialen Dienst bzw. der Patientenbegleitung zur Förderung der Teilhabe am Leben) | | | | |
| **Korrekte Diagnosestellung** | Rü-cken | Osteo-porose | Arthrose | Entz.GE |
| **Die EFA® unterstützt die korrekte Dokumentation der spezifischen endstelligen ICD-Kodierung auch bei relevanten Begleiterkrankungen, gemäß www.dimdi.de sowie Anhang 2 zu Anlage 12 z. B.:** | x | x | x | x |
| • Gon- und Koxarthrose (M16.- und M17.-)<br>• Rheumatoiden Gelenkerkrankungen (M05.- bis M09.-)<br><br>➔ Übergewicht (E66.-)<br>➔ Psychische Folgen oder Ursachen von Schmerzen (F45.4- und F62.80)<br>➔ Herz-, Kreislauferkrankungen (Kapitel I00 bis I99)<br>➔ Diabetes mellitus Typ 2 (E11.-)<br>➔ Nikotinabusus (F17.-) | | | | |
| Sowie Unterscheidung v.a.<br><br>• Unspezifischer Rückenschmerz<br>➔ z.B. M54.2 bis M54.8<br><br>• Spezifischer Rückenschmerz<br>➔ z.B. M41.- M42.- M47.- M48.- M50.- M51.- M53.- | | | | |

## Optionale Checkliste zur Unterstützung in der Praxis

**Daten des Patienten**

**Spezielle Aufgaben der EFA®-Orthopädie (gem. Anlage 12, 17 & Anhänge)**

| **Rücken (gemäß Anh. 1)** | Rücken | Osteo-porose | Arthrose | Entz.GE |
|---|---|---|---|---|
| Kenntnis und Unterscheidung spezifischer und unspezifischer Rückenschmerzen<br><br>Kenntnis NVL Kreuzschmerz / Patientenleitlinie (www.awmf.org) | x | | | |
| **Unterstützung der Information und motivationalen Beratung:** | x | | | |
| ☐ nach dem 4-Stufen-Konzept (gemäß Anh. 1)<br><br>☐ zum Alltagsverhalten z.B. mehr Laufen und Liegen statt Sitzen und Stehen, richtige Bewegung (z.B. Walking), Entspannung (z.B. kurzzeitiges Liegen für die Bandscheiben)<br><br>☐ zur Bedeutung von muskulärer Aktivierung (Ausdauer, Kraft, Dehnung, Koordination, Entspannung) zur Stärkung der Bandscheiben gegen einseitige Fehlbelastungen<br><br>☐ zu Patienteninformationen z.B. www.kreuzschmerz.versorgungsleitlinien.de | | | | |
| **Unterstützung der Prävention von Chronifizierung u.a.** | x | | | |
| ☐ mittels Testverfahren (Fragebogen HKF R 10, Checkliste 2011, 2-Fragen-Test zur Depressivität etc.) | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| ☐ Fallkonferenzen vorbereiten und organisieren<br><br>☐ durch Zusammenarbeit mit dem Sozialen Dienst der AOK /<br>der Patientenbegleitung der Bosch BKK | | | | |

**<u>Optionale</u> Checkliste zur Unterstützung in der Praxis**

| **Arthrose** | Rücken | Osteo-porose | Arthrose | Entz.GE |
|---|---|---|---|---|
| **Unterstützung der Information und motivationalen Beratung:** | | | x | |
| ☐ nach dem 4-Stufen-Konzept (gemäß Anh. 1)<br><br>☐ zu Fehlhaltungen und -belastungen, auch arbeitsplatzbezogen oder in der Freizeit<br><br>☐ zur Bedeutung von muskulärer Aktivität, Minderung von Übergewicht, langfristigem Training<br><br>☐ zur richtigen Bewegung (z.B. Schwimmen) und Stärkung der Bein- und Beckenmuskulatur<br><br>☐ zu eher fischreicher, mediterraner Ernährung (auch Beachtung von Komorbiditäten wie Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes)<br><br>☐ zum Präventionskonzept AOK-Hüft-und Knietraining<br><br>☐ zu AOK-proReha (nach TEP)<br><br>☐ zum Adipositasmodul der Bosch BKK (Abnehmprogramm in der hausarztzentrierten Versorgung BW) | | | | |

## Optionale Checkliste zur Unterstützung in der Praxis

| Osteoporose | Rücken | Osteo-porose | Arthrose | Entz.GE |
|---|---|---|---|---|
| Kenntnis der Leitlinie Osteoporose DVO | | x | | |
| **Unterstützung der Information und motivationalen Beratung:** | | x | | |
| ☐ nach dem 4-Stufen-Konzept (gemäß Anh. 1)<br>☐ zur Bedeutung von Muskelkräftigungen der Becken/Beinmuskulatur mit Ermutigung zum Gehen und Förderung der Geschicklichkeit usw.<br>☐ zur Bedeutung der Ernährung und Ernährungsberatung z.B. zu Obst und Gemüse (basisch), Kalziumaufnahme über die Nahrung, Mangel an Proteinen<br>☐ zum Alltagsverhalten und Risikofaktoren (z.B. Untergewicht)<br>☐ zur Bedeutung bewusster, lebenslanger körperlicher Aktivität (z.B. an der frischen Luft wandern)<br>☐ zu ausreichender Lichtexposition z.B. 30min am Tag<br>☐ zu Auswirkungen von Alkohol- und/oder Zigarettenkonsum<br>☐ zur Sturzprophylaxe, auch zur Reduzierung von Stolperfallen v.a. im häuslichen Umfeld | | | | |

## Optionale Checkliste zur Unterstützung in der Praxis

| Entzündliche Gelenkerkrankungen | Rücken | Osteo-porose | Arthrose | Entz.GE |
|---|---|---|---|---|
| Kenntnis der Fragebögen zur Befindlichkeit<br>☐ Kenntnis, Durchführung und Auswertung der Fragebögen: DAS28, Basdai, Funktionsfragebogen Hannover | | | | x |
| **Unterstützung der Information und motivationalen Beratung:** | | | | x |
| ☐ nach dem 4-Stufen-Konzept (gemäß Anh. 1)<br>☐ zum Einfluss von Lebensstilfaktoren v.a. Nikotinkarenz, mediterrane Ernährung<br>☐ frühzeitig zur Bedeutung von körperlicher Aktivität, Beweglichkeit und Muskelkräftigung<br>☐ zur Meidung von Sturzgefahren sowie zur Motivations- und Eigenaktivitätsförderung<br>☐ zur Selbsthilfe (z.B. www.rheuma-liga-bw.de)<br>☐ durch kontinuierliche Überprüfung der Bewegungsmaßnahmen<br>☐ zu frühzeitiger Einleitung von Rehabilitation<br>☐ zu multidisziplinärer Versorgung<br>☐ zu Kälteanwendungen bei akut entzündeten Gelenken | | | | |

**Anhang 9 zu Anlage 12**

# ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

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

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

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

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen sowie zur adäquaten Nutzung bzw. Angebot an Patienten. Die Art und Weise der Nutzung der jeweiligen Fachanwendungen richtet sich nach der obligatorischen Anforderung und technischen Beschreibung gem. Anlage 10 des Orthopädie- und Rheumatologievertrages (Aufnahme in den Anforderungskatalog Vertragssoftware).

## I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

### a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

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

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

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

**b) eArztbrief**

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

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

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

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

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

**a. Adressierter Versand:**

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

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

**Abholung:**

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

**b. Gerichteter Versand:**

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

**Abholung:**

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

**c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)**

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

## II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Orthopädie- und Rheumatologievertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der

FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

## III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

## IV. Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung

Die Vertragspartner vereinbaren bis zum 30.06.2019 eine Verfahrensweise zur Ermittlung erfolgsbasierter Zuschläge/eines Zuschlags im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung.

# Anhang 10 zu Anlage 12

## Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

| INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE | | | |
|---|---|---|---|
| **Vergütungsposition** | **Versorgungs- und Leistungsinhalte** | **Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln** | **Betrag** |
| **1. Pauschalen**<br>Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet. | | | |
| | **Hausarztebene**<br>▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner<br>▪ Früherkennung / Erstdiagnostik<br>- bio-psycho-soziale Anamnese<br>- klinische Untersuchung<br>- ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG<br>- ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT)<br>▪ Symptomatische Therapie<br>▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN<br>▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN.<br>▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen. | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **Facharztebene - Grundlagen der Versorgungsqualität zur Verminderung von Fehlversorgung**<br><br>Außer ggf. in Notfällen bzw. Akutsituationen.<br><br>Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung. Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN sollte gegeben sein.<br><br>Die Vertragspartner beabsichtigen, die u. g. **wesentlichen Versorgungsziele** z. B. durch **multidisziplinäre Qualitätszirkel** / **Fortbildungen entsprechend zu vertiefen**.<br><br>1. **Frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung**<br>Nach aktuell bestätigtem Wissensstand auch gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17 (u. a. www.awmf.de, www.ebm-netzwerk.de, www.rki.de, www.svr-gesundheit.de) zu entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises (Anhang 2a zu Anlage 12a) sowie ggf. extraartikulärer Organmanifestationen und entsprechender Komorbiditäten (Anhang 2b zu Anlage 12a).<br>Integration einer bio-psycho-sozialen und kooperativen Versorgung bedeutet, dass neben biologisch-medizinischen Faktoren auch soziale und psychische zu berücksichtigen sind, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen.<br><br>2. **Motivationale Beratung**<br>Für ein vertieftes Verständnis zur Bedeutung nicht-medikamentöser Maßnahmen (v. a. Bewegung im Alltag bzw. körperliche Aktivität / Training, Ernährung, Nikotinstopp) gemäß Anlage 17 und Anhang 1 zu Anlage 17.<br><br>3. **Gemeinsam klug entscheiden bzw. gemeinsame Entscheidungsfindung[1] zur Vereinbarung von individuellen Zielen im Rahmen eines multidisziplinären und vorausschauenden Versorgungsplans zu nicht-medikamentösen und zu medikamentösen Maßnahmen gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17**<br>Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance bzw. Adhärenz sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidungen und | | |

[1] Entspricht der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. shared decision making

| | | | |
|---|---|---|---|
| | das Selbstmanagement der Erkrankung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen des Patienten, die Entscheidung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern sowie die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede.<br><br>**4. Unterstützung der ärztlichen Beratung zur Umsetzung o. g. Versorgungsziele** durch die **MFA** bzw. **EFA®**[2] (Anhang 4 zu Anlange 12a) mit niedrigschwelligen Informationen mündlich und schriftlich.<br><br>**5.** Entsprechend **umfassender Befundbericht für den HAUSARZT** gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 und auch gemäß Anhang 2a und 2b zu Anlage 12a sowie Anhang 11 zu Anlage 17.<br><br>**Übersicht: Anhänge zu Anlage 17 Orthopädie / Rheumatologie**<br>▪ Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie<br>▪ Anhang 2: Schnittstelle – Interdisziplinäre Versorgung<br>▪ Anhang 3: Medikamentöse Therapie<br>▪ Anhang 4: Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK<br>▪ Anhang 5: AOK-Sports<br>▪ Anhang 6: AOK-proReha<br>▪ Anhang 7: Hilfsmittel<br>▪ Anhang 8: AOK-Krankenhausnavigator<br>▪ Anhang 9: Heilmittel<br>▪ Anhang 10: Medizinische Rehabilitation<br>▪ Anhang 11: Richtige Kodierung<br>▪ Anhang 12: Medikamentöse Beratung<br>▪ Anhang 13: Anamnesebogen – Monitoring | | |

[2] EFA®: Entlastungsassistent/in in der Facharztpraxis

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RP1** | **Facharztebene - Abklärung des Verdachts auf eine rheumatologische Erkrankung** (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a; Verdacht auf (V) bzw. Ausschluss (A)).<br><br>**1. Anamnese**<br><br>**2. Klinische Untersuchung mit Assessment**<br><br>**3. Ggf. Bildgebung, spezielle Labordiagnostik**<br><br>**4. Diagnosestellung mit korrekter Kodierung**<br><br>**5. Ggf. Therapieeinleitung (nicht-medikamentös und ggf. medikamentös) einschließlich Abstimmung mit dem Patienten**<br><br>**6. Befundbericht**<br>▪ Für den HAUSARZT vom RHEUMATOLOGEN u. a. mit Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen<br><br>**7. Ggf. Überweisung**<br>▪ In der Regel erfolgt die Überweisung über den koordinierenden und vernetzenden HAUSARZT (Empfehlung im Befundbericht).<br>▪ Nur in dringlichen Fällen bzw. bei speziellen für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen notwendigen und komplexen Fragestellungen, bei denen ein direkter Informationsfluss zur Erreichung einer hohen Antwortqualität notwendig ist, von FACHARZT zu FACHARZT.<br>▪ Es ist zu gewährleisten, dass Befundmitteilungen nachrichtlich jeweils auch an den HAUSARZT (bei Überweisung FA>FA) bzw. RHEUMATOLOGEN (bei Überweisung HA>FA) gehen. | Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern<br>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat<br>• Diagnosen (Verdacht auf (V) bzw. Ausschluss (A)) gemäß Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen.<br>• Abrechnungsausschluss RP3.<br><br>RP1 ist vom RHEUMATOLOGEN oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen § 73c-/§ 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES / FACHARZTES vorliegt.<br><br>„HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versi- | 20,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | cherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.“ | |
| **RP1UE** | **Zuschlag Überweisung vom HAUSARZT** | Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern<br>• eine **Überweisung** vom **HAUSARZT** vorliegt<br>• mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat.<br>Nur additiv zu RP1, RP2 oder RP3 abrechenbar. | 5,00 EUR |
| **RP1A** | **Aufwandszuschlag auf RP1**<br>In Einzelfällen bei erhöhtem Aufwand im Zusammenhang RP1. | Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich (BAG/HBSNR/NBSNR-Ebene), sofern<br>• die Überweisung vom HAUSARZT / FACHARZT vorliegt<br>Abrechnungsausschluss RP2 für vier Quartale. | 20,00 EUR |
| **RP2** | **Facharztebene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht**<br>(gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a)<br>1. **Bio-psycho-soziale Anamnese**<br>**vgl. auch Anamnesebogen (Anhang 13 zu Anlage 17) u. a.**<br>▪ aktuelle (Anfangs-)Beschwerden insbesondere internistisch-rheumatologische Leitsymptome<br>▪ Schmerzen, Funktionsstörungen<br>▪ Vorerkrankungen, Verletzungen, Operationen und Allergien | Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich (BAG/HBSNR/NBSNR-Ebene), sofern<br>• gesicherte Diagnosen gemäß Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen Abrechnungsausschluss RP3. | 30,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ▪ familiäre Krankheitsgeschichte<br>▪ extraartikuläre Organmanifestationen und Komorbiditäten, z. B. Herz-Kreislauferkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Störungen<br>▪ körperliche und seelische Beschwerden / Belastungen<br>▪ bisherige relevante Maßnahmen<br>▪ Größe, Gewicht, Allgemeinzustand<br>▪ soziodemographische Angaben z. B. Beruf, Familienstand<br>▪ (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten<br>▪ Strukturierte Medikationsanamnese: Erfassung der vollständigen Medikation (auch OTC), Einnahmemodalitäten, Unverträglichkeiten und Allergien etc.<br><br>**2. Körperliche Untersuchungen u. a.**<br>▪ Inspektion und Palpation Gelenke, Bewegungsapparat, Organe wie z. B. Haut und Augen<br>▪ Funktionsprüfungen Muskelkraft<br>▪ Erhebung von Leitsymptomen zu den Gelenkfunktionen, extraartikulären Organmanifestationen und zu entsprechenden Komorbiditäten<br><br>**3. Aufklärung zu und Einsatz von Fragebögen auch im Verlauf und daraus abgeleitete weitere multidisziplinäre Versorgung u. a.**<br>▪ Krankheitsaktivität, Funktionskapazität bzw. –beeinträchtigung:<br>- z. B. EULAR-Response-Kriterien, DAS 28 Disease Activity Score, FFbH Funktionsfragebogen Hannover, HAQ Health Assessment Questionnaire<br>- ggf. Selbstbeurteilung RADAI Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index bzw. BASFI Bath Ankylosing Spondylitits Functional Index<br>▪ psychische Befindlichkeit (z. B. v. a. zum unabhängigen Risikofaktor Depression Zwei-Fragen-Test, ggf. z. B. PHQ-9)<br>▪ Lebensqualität (z. B. SF-36 oder EuroQol-EQ-5D)<br><br>**4. Ggf. Aufklärung bzw. Durchführung von Labor**<br><br>**5. Ggf. Aufklärung bzw. Durchführung von Bildgebung** | Abrechnung von Struktur- und Qualitätszuschlägen möglich.<br><br>Abrechnung in Kombination mit RP1 möglich.<br><br>Ausnahme: Liegt zwischen einem RP2-Abrechnungsquartal ein APK-freier Zeitraum von mindestens 4 Quartalen vor, kann RP2 erneut abgerechnet werden.<br><br>„HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.“ | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **6. Aufklärung zum Krankheitsbild (einschließlich Anatomie und Funktionsweise) zur Förderung des Krankheitsverständnisses, zum möglichen Krankheitsverlauf sowie zu allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten**<br><br>**7. Nicht-medikamentöse Beratung (v. a. gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17)**<br>Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie entsprechende motivationale Beratung zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge u. a. gemäß Alter, Geschlecht und Komorbiditäten bzw. Organmanifestationen<br>▪ Bewegung im Alltag bzw. körperliche Aktivität / Training<br>▪ durch bewussten Lebensstil wie Bewegung, Förderung von Gewichtsoptimierung und Risikominderung von Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislauferkrankungen, Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose usw. sowie auch günstigem Einfluss damit auf die Medikation<br>▪ Nikotinstopp auch zur günstigen Beeinflussung entzündlicher Prozesse<br>▪ Reduktion eines übermäßigen Alkoholkonsums<br>▪ Ernährung z. B. mediterrane Kost, arachidonsäurearm<br>▪ sonstige unterstützende Maßnahmen je nach Beschwerdebild der jeweiligen rheumatologischen Erkrankung<br>▪ Sonnenschutz z. B. insbesondere bei Kollagenosen<br>▪ konkrete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung wie z. B.<br>- (Sport)-Vereine<br>- Deutscher Olympischer Sportbund (Rezept für Bewegung)<br>- Funktionstraining z. B. über die Rheuma-Liga und Rehabilitationssport nach ärztlicher Verordnung über das Muster 56<br>- AOK-Gesundheitsangebote über den AOK-Präventionsberater bzw. Gesundheitsangebote über den Patientenbegleiter der Bosch BKK mittels grünem Rezept bzw. Privatrezept (v. a. zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung)<br>▪ Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK (Sozialpädagogen) bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Sozialversicherungsfachkräfte) z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, berufliche Risikofaktoren, Pflegeberatung, Rehabilitation | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ▪ bei psychischen Störungen einschließlich z. B. chronischer Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren ggf. psychotherapeutische Unterstützung gemäß PNP-Vertrag<br>▪ ggf. Selbsthilfe z. B. Rheuma-Liga<br>▪ frühzeitige Rehabilitation<br>▪ qualitätsgesicherte Patientenschulungsprogramme (z. B. StruPI)<br>▪ ggf. qualitätsgesicherte Online-Patientenschulungsprogramme<br>▪ unterstützende Beratung zu DMPs bzw. AOK-Curaplan / Bosch BKK (BKK MedPlus) z. B. Diabetes, KHK / Herzinsuffizienz, COPD / Asthma<br>▪ ggf. Hilfsmittel<br>▪ ggf. Heilmittel<br><br>**8. Medikamentöse Beratung nach aktuellem bestätigtem Wissensstand auch gemäß Anlage 17 und Anhang 3 und 12 zu Anlage 17 sowie Anhang 3 zu Anlage 12a**<br>unter besonderer **Beachtung folgender Grundlagen:** Alter, Geschlecht, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen (Polypharmazie, inklusive OTC Präparaten), Nieren- und Leberfunktion (ggf. Dosisanpassung), extraartikulärer Organmanifestationen (v. a. Herz, Lunge, Augen, Niere und Gefäße) und entsprechende Komorbiditäten sowie weitere relevante Komorbiditäten (Multimorbidität); Beispiele: Kardiovaskuläre Risikofaktoren / Erkrankungen (arterieller Hypertonus, Dyslipidämie, KHK, Herzinsuffizienz, pAVK), Depression, Diabetes mellitus, Osteoporose, COPD / Asthma; rationaler Pharmakotherapie; Notwendigkeit und Angemessenheit bestehender Medikation siehe z. B. www.priscus.net, auch www.dosing.de, www.embryotox.de, www.dgrh.de<br>**zum Beispiel:**<br>▪ Ziel, Dauer, Wirkmechanismus und mögliche Nebenwirkungen der einzelnen Arzneimittel sowie ggf. notwendige Kontrollen oder Lebensstiländerungen<br>▪ Medikationsplan einschließlich Besprechung möglicher Hemmnisse / Vorbehalte zur Förderung der Adhärenz<br>▪ Interaktion zwischen Therapie und Erkrankung / Komorbidität, z. B.<br>- Blutdrucksteigerung bei Einsatz von NSAR und / oder Kortikoiden<br>- Risikosteigerung von kardiovaskulären Erkrankungen unter Einsatz von NSAR<br>- Kontraindikation von NSAR / TNF-alpha-Blocker bei Herzinsuffizienz | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | - Glukokortikoidtherapie mit Auswirkung auf die Blutzuckereinstellung und ggf. Osteoporoseprophylaxe<br>- engmaschiges Monitoring z. B. bei vorliegender COPD bzw. Asthma unter Immunsuppression<br>▪ Impfungen unter Berücksichtigung einer Immunsuppressivatherapie, z. B. Influenza- und Pneumokokken-Impfung<br>▪ Beratung von Schwangeren auch unter Zuhilfenahme von Online-Beratungszentren (z. B. www.embryotox.de, www.dgrh.de)<br>▪ DMARD-Therapie (cDMARDs und bDMARDs) über Anwendung (Schulung des Patienten), Risiken (z. B. erhöhtes Infektionsrisiko), Nebenwirkungen (z. B. allergische Reaktionen), Warnhinweise (z. B. bei Herzinsuffizienz, Schwangerschaft)<br>▪ Notwendigkeit engmaschiger klinischer und Laborkontrollen unter DMARD-Therapie<br>▪ bei fehlender Remission bzw. Nichterreichen des Therapieziels trotz Dosisoptimierung nach spätestens 3 bzw. 6 Monaten zeitnahe Eskalation der DMARD-Therapie / Therapiewechsel (treat-to-target Strategie), ggf. De-Eskalation<br>▪ nicht-medikamentöse Alternativen und deren Effekte auf den Krankheitsverlauf (v. a. Schmerzminderung, verbesserte Lebensqualität)<br>▪ Korrelation zwischen Tabakkonsum und entzündlichen Botenstoffen einschließlich Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Medikation auch im Kontext Adipositas<br>▪ besondere Therapiesituationen (u. a. Schwangerschaften, Kinderwunsch, perioperatives Management)<br><br>**8.1 Beratung zu Polypharmazie bei Multimorbidität**<br>▪ Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen aller verwendeten Medikamente sowie zum erforderliche Monitoring<br>▪ potentiell inadäquate Medikation, siehe z. B. www.priscus.net<br>▪ Analgetika / insbesondere kurzfristiger Einsatz von NSAR / Coxibe (Indikation, Kontraindikation v. a. Nierenerkrankung / Bluthochdruck / kardiovaskulär Risikofaktoren / Erkrankungen, Wechselwirkungen, angepasste Dosierung bzw. erforderliche Dosisreduktion), ggf. alternative Schmerzmittel v. a. bei älteren Patienten wie Paracetamol (unter Beachtung der maximalen Dosierung) und nachgeordnet ggf. Metamizol<br>▪ bei Opioiden, z. B. erhöhte Sturzgefahr und Abhängigkeitspotential | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | ▪ Glukokortikoide, u. a. Wechselwirkungen, angemessene Dosierung, Abhängigkeitspotential, Einnahmezeitpunkt (zirkadianer Mechanismus), Monitoring, Ausschleichen und Absetzen<br>▪ Überprüfung der PPI-Indikation (ggf. schrittweises Absetzen)<br>▪ ggf. Rücksprache mit HAUSARZT bzw. unter Einbeziehung weiterer in der Behandlung des Patienten beteiligter FACHÄRZTE im Sinne eines multidisziplinären Versorgungsplanes<br><br>**8.2 Beratung zu Methotrexat**<br>▪ als first–line Gabe bei rheumatoider Arthritis (Kontrolle der entzündlichen Aktivität mit günstiger Wirkung auf die Lebenserwartung, v. a. Verminderung des Herzinfarktrisikos)<br>▪ Effektivität auch abhängig von der Applikationsform (parenterale Applikation effektiver als orale)<br>▪ Gabe 1 x / Woche und zur besseren Verträglichkeit ggf. Dosisaufteilung<br>▪ mögliche Wechselwirkungen am Tag der MTX-Gabe mit NSAR (z. B. Hemmung der MTX-Ausscheidung)<br>▪ Gabe von Folsäure 5-10 mg, 24-48 Stunden nach MTX-Gabe (kann Nebenwirkungen und Abbruchrate reduzieren)<br>▪ Aufklärung zu häufigen Nebenwirkungen (z. B. gastrointestinale Beschwerden, Stomatitis, Haarausfall) und ggf. Lebensstilberatung, um Adhärenz zu fördern<br>▪ erforderliches Monitoring zur Verträglichkeit, zu Nebenwirkungen und deren Behandlung sowie zum Labor (Blutbild, Kreatinin, Leberenzyme)<br>▪ bei gebärfähigen Frauen nur unter Konzeptionsschutz; MTX mindestens 3 Monate vor geplanter Schwangerschaft absetzen, Notwendigkeit der Empfängnisverhütung auch bei Männern beachten<br><br>**9. Individueller, multidisziplinärer und vorausschauender Versorgungs- einschließlich Medikationsplan zu o. g. Beratungsinhalten und Versorgungszielen (auch gemäß Anhängen zu Anlage 17) mit Dokumentation zu den Empfehlungen**<br><br>**10. Ggf. Teilnahme an der rheumatologischen Kerndokumentation über das deutsche Rheuma-Forschungszentrum, evtl. RheumaDok des BDRh** | | |

**11. Strukturierter Befundbericht gemäß Anhang 2 zu Anlage 17**

- Für den HAUSARZT vom RHEUMATOLOGEN möglichst innerhalb von 3 Werktagen, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen mit korrekter umfassender, spezifischer und endstelliger Kodierung der Grunderkrankung einschließlich extraartikulärer Organmanifestationen (wie Herz, Lunge, Leber, Nieren, Augen und Gefäße) und entsprechender Komorbiditäten sowie Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw. für ein multidisziplinäres kooperatives Versorgungsmanagement (Schnittstelle).
- Bei Notfällen wird der Befundbericht sofort dem HAUSARZT und dem Überweiser übermittelt**.**
- Bei rheumatologischer Neueinstellung oder Therapieumstellung ist unmittelbar ein kurzer Befundbericht bzw. aktualisierter Medikationsplan per Fax an den HAUSARZT zu übermitteln.

**einschließlich Empfehlungen im Befundbericht an den HAUSARZT z. B.**

- KARDIOLOGIE z. B. quartalsweise zur Herzinsuffizienz (v. a. Ultraschall Herz)
- ORTHOPÄDIE u. a zur motivationalen Beratung / konservative und ggf. operative Mitbehandlung, ggf. weiterer degenerativer muskuloskelettaler Beschwerden / Erkrankungen
- PSYCHOTHERAPIE / PSYCHIATRIE z. B. bei psychischen Störungen wie depressiven Episoden
- GASTROENTEROLOGIE z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
- sonstige Facharztgruppen z. B. Augenheilkunde, Dermatologie
- Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK z. B. bei psycho-sozialen Belastungen oder beruflichen Risikofaktoren gemäß Anhang 4 zu Anlage 17
- DMPs bzw. AOK-Curaplan / Bosch BKK (BKK MedPlus) auch bei extraartikulären Organmanifestationen und entsprechenden Komorbiditäten wie z. B. Diabetes, KHK / Herzinsuffizienz, COPD / Asthma mit „Einschreibe“-Empfehlung an den HAUSARZT
- konkreten Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung wie (Sport)-Vereine, Deutscher Olympischer Sportbund, Rheuma-Liga oder auch AOK-Gesundheitsangebote über den AOK-Präventionsberater bzw. Gesundheitsangeboten über den Patientenbegleiter der Bosch BKK mit entsprechender korrekter Verordnung (v. a. zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung)
- frühzeitige Rehabilitation

| | | | |
|---|---|---|---|
| | **12. Durchführung der medikamentösen Therapie siehe u. a. Anlage 17 und Anhang 3 und 12 zu Anlage 17**<br><br>**13. Ggf. Akupunktur**<br><br>**14. Ggf. Überweisung**<br>▪ In der Regel erfolgt die Überweisung über den koordinierenden und vernetzenden HAUSARZT (Empfehlung im Befundbericht).<br>▪ Nur in dringlichen Fällen bzw. bei speziellen für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen notwendigen und komplexen Fragestellungen, bei denen ein direkter Informationsfluss zur Erreichung einer hohen Antwortqualität notwendig ist, von FACHARZT zu FACHARZT.<br>▪ Es ist zu gewährleisten, dass Befundmitteilungen nachrichtlich jeweils auch an den HAUSARZT (bei Überweisung FA>FA) bzw. RHEUMATOLOGEN (bei Überweisung HA>FA) gehen.<br><br>**15. Unterstützung auch durch die EFA® zur Förderung der Patientensicherheit u. a. auch gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a zur**<br>▪ Bio-psycho-sozialen Anamnese (Anamnesebogen) und weiteren Fragebögen s. o.<br>▪ Kodierung<br>▪ nicht-medikamentösen Therapie<br>▪ medikamentösen Therapie<br>▪ Vernetzung bzw. Koordination auch mit dem HAUSARZT und der VERAH / MFA / EFA®<br>einschließlich Aushändigen von schriftlichen evidenzbasierten Patienteninformationen (z. B. IQWiG / Gesundheitsinformation, AWMF, ÄZQ, RKI, Rheuma-Liga, DGRh) | | |
| **RP3** | **Facharztebene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht**<br>(gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a)<br><br>Versorgungsinhalte entsprechend RP2 für den Verlauf bzw. das Monitoring | Einmal pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2a zu Anlage 12a.<br><br>Abrechnung von Struktur- und Qualitätszuschlägen möglich. | 30,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Abrechnungsausschluss RP1 und RP2.<br><br>„HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.“ | |

| 2. Zuschlagspauschalen | | | |
|---|---|---|---|
| **RBG** | **Zuschlag Beratungsgespräch (RBG) insbesondere gemäß Punkt 7 und 8 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2)** | Maximal zweimal pro Quartal à 10 Minuten- Einheiten i. V. m. RP2 oder RP3 abrechenbar.<br>Parallel zur RBGI abrechenbar. Abrechnungsausschluss RP1, Ausnahme i. V. m. RP2 Ausschluss Akupunktur. | 18,00 EUR |
| **RBGI** | **Zuschlag Beratungsgespräch Intensiv (RBGI) bei Frauen mit Schwangerschaft insbesondere auch multidisziplinäre Beratung und Monitoring, v. a. medikamentös** | Zusätzlich maximal zweimal in vier Quartalen à 10 Minuten-Einheiten i. V. m. RP2 oder RP3 abrechenbar bei Frauen mit Schwangerschaft bei Diagnosen gemäß Anhang 2c zu Anlage 12a.<br>Zusätzlich zu RBG abrechenbar. Abrechnungsausschluss RP1, Ausnahme i. V. m. RP2 Ausschluss Akupunktur. | 18,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RBGB1** | **Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar-Umstellung (RBGB1) bei Umstellung der stabilen Biologika-Therapie mit den Wirkstoffen Etanercept und Adalimumab auf das jeweilige Biosimilar**.<br><br>Förderung der größtmöglichen Adhärenz u. a durch Beratung zu:<br><br>• Prinzip der Biosimilarität inkl. Aspekten der äquivalenten Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Biosimilar gegenüber den jeweiligen Originalen<br>• Biosimilar Zulassungsprozess (EMA, klinische Studien)<br>• Informationen zum pharmazeutischen Hersteller<br>• Aufklären zu ggf. verändertem Aussehen, Anwendung etc.<br><br>Außerdem:<br>• Beratung zu unverändert weiter gültigen generellen Aspekte einer Biologika-Therapie (Impfschutz, mögliche Nebenwirkungen, zuverlässige Anwendung etc.)<br>• Dokumentation der Umstellung: Handelsname<br><br>Information an den Hausarzt | Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich à 20 Minuten<br>- Abrechenbar bei der erstmaligen Verordnung eines Biosimilars für stabil auf ein entsprechendes Original eingestellte Versicherte (d.h. in den Apothekenabrechnungsdaten der AOK/BKK liegt in 2 Vorquartalen mindestens 1 Verordnung für das Original der betroffenen Wirkstoffe vor aber in keinem Quartal für das entsprechende Biosimilar)<br>- Additiv zu RP2 oder RP3<br>- Abrechenbarkeit ab Q4/2018 bis einschließlich Q4/2020<br><br>Die AOK kann durch einseitige Erklärung bis 2 Wochen vor Quartalsende gegenüber dem Mediverbund die Möglichkeit zur Abrechnung der RBGB1 bereits vor Ablauf des Quartals 4/2020 beenden. Die Abrechnungsmöglichkeit der RBGB1 endet für den Facharzt für Versicherte der AOK dann mit Ablauf des Quartals, in welchem die Erklärung von der AOK abgegeben wird. Eine Angabe von Gründen durch die AOK ist nicht erforderlich. Dieses Recht steht inhaltsgleich auch der Bosch | 36 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | BKK mit Wirkung für Ihre Versicherten zu. | |
| **RBGB2** | **Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar-Monitoring (RBGB2) zur intensivierten Begleitung nach eingeleiteter Umstellung**<br><br>• Versorgungsinhalte entsprechend RBGB 1 für den Verlauf bzw. das Monitoring.<br>• ggf. intensivierte Beratung bei Fragen bzgl. wahrgenommener Nebenwirkungen | Abrechenbar für Patienten, für die im Abrechnungsquartal eine Verordnung für ein Biosimilar der betr. Wirkstoffe in den Abrechnungsdaten der AOK/BKK vorliegt<br>- additiv zu RP3 abrechenbar<br>- Maximal einmal pro Quartal à 15 Minuten abrechenbar<br>- Maximal in 2 aufeinanderfolgenden Quartalen abrechenbar, die auf das Abrechnungsquartal von RBGB1 folgen | 27 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **RMM** | **Zuschlag Multimorbidität und ggf. Polypharmazie (≥ vier Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen) insbesondere gemäß Punkt 8.1 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2)** | Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern<br>• bei ≥ zwei ICDs gemäß Anhang 2b zu Anlage 12a zusätzlich zu ≥ einer ICD aus Anhang 2a zu Anlage 12 vorhanden<br>Additiv zu RP2 oder RP3 abrechenbar. | 10,00 EUR |
| **RMTX** | **Zuschlag MTX-Frühbehandlung / Verordnungsprüfung insbesondere gemäß Punkt 8.2 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2)** | Einmal pro Abrechnungsquartal.<br>Additiv zu RP2 oder RP3 abrechenbar, sofern Patient mit MTX therapiert wird d. h. Verordnung von HAUSARZT / FACHARZT MTX vorliegt, ggf. auch aus Vorquartal. | 10,00 EUR |
| | **3. Einzelleistungen** | | |
| **RE1** | **Patientenschulung StruPI (Strukturierte Patienteninformation)** | Je Schulungseinheit und Patient einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung nur i. V. m. RP2 oder RP3 innerhalb von 2 Quartalen abrechenbar.<br>Maximal drei Einheiten à 90 Minuten und Patientengruppengröße zwischen 6-10 Personen.<br>Nicht am gleichen Tag mit RBG bzw. RBGI abrechenbar. | 25,00 EUR je Einheit |
| **RE2A** | **Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 2 Stunden** | Einmal pro Tag i. V. m. RP2 oder RP3. | 53,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Nicht am selben Tag neben RE2B und / oder RE2C abrechenbar. | |
| **RE2B** | **Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden** | Einmal pro Tag i. V. m. RP2 oder RP3.<br>Nicht am selben Tag neben RE2A und / oder RE2C abrechenbar. | 101,00 EUR |
| **RE2C** | **Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden** | Einmal pro Tag i. V. m. RP2 oder RP3.<br>Nicht am selben Tag neben RE2A und / oder RE2B abrechenbar. | 148,00 EUR |

| 4. Struktur- und Qualitätszuschläge | | | |
|---|---|---|---|
| **RQ1** | **Strukturzuschlag für Sonografie**<br>Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonografie. | Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a. | 1,00 EUR |
| **RQ2** | **Strukturzuschlag für Röntgen**<br>Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen. Einhaltung der Röntgen-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung. | Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a. | 3,00 EUR |
| **RQ3** | **Strukturzuschlag für Osteodensitometrie (DXA)**<br>Nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren. | Zuschlag auf RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a. | 4,00 EUR |
| **RQ4** | **Strukturzuschlag Power-Doppler**<br>Apparative Voraussetzung zur Durchführung der Leistung Power-Doppler mit einem Gerät zur Farb-Duplex-Sonographie. | Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a. | 3,00 EUR |
| **RQ5** | **Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie**<br>Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware | Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale RP1, RP2 oder RP3 gemäß Anhang 3 zu Anlage 12a. | 4,00 EUR |
| **RQ6** | **Strukturzuschlag EFA®**<br>Nachweis durch den RHEUMATOLOGEN, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a beschäftigt. | Zuschlag auf RP2 oder RP3. | 5,00 EUR |

| Elektronische Arztvernetzung | | | |
|---|---|---|---|
| **RQ7*** | **Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung**<br>Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 und Anhang 6 zu Anlage 12a | Der Zuschlag wird automatisch auf die Vergütungsziffer RP1 oder RP2 oder RP3 im Quartal aufgeschlagen, insgesamt maximal einmal pro Quartal.<br>Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung des FACHARZTES an der elektronischen Arztvernetzung durch die Managementgesellschaft ausgestellt wird, sofern die Teilnahmebestätigung bis zum 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats erfolgte. Spätere Teilnahmen werden ab dem Folgequartal vergütet. | 5,00 EUR / Quartal |
| **RQ8*** | **Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung**<br>Umsetzung der IT-Fachanwendungen gem. Anhang 5 Abs. 1 lit. b) und c) zu Anlage 12a | Der Erfolgsbonus wird automatisch auf die Vergütungsziffer RP1 oder RP2 oder RP3 im Quartal, insgesamt maximal einmal pro Quartal, aufgeschlagen, wenn die in Anhang 5 unter „IV.“ näher geregelten Voraussetzungen erfüllt werden. | 2,00 EUR/ Quartal |
| **ZITV*** | **Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung**<br>Organisatorische Maßnahmen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12a (bspw. Anwendungsschulung und Installation des Vertragssoftwaremoduls) | Der Zuschuss wird einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ (inklusive NBSNRn) vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen | Einmalig<br>2.500,00 EUR |

| | | | |
|---|---|---|---|
| | | Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12a vorliegt.<br>Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-HausarztProgramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der einmalige Zuschuss über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Orthopädie-Rheumatologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme der/des Praxis/BAG/MVZs an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-FacharztProgramm), wird der einmalige Zuschuss insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt einmalig in dem Vertrag mit der längsten Vertragslaufzeit, an dem die/das Praxis/BAG/MVZ auch an der elektronischen Vernetzung teilnimmt.<br>Die aktive Teilnahme wird im Rahmen der Teilnahmeerklärung durch den Arzt per Selbstauskunft ausdrücklich bestätigt. | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| **5. Vertretungsleistungen** | | | |
| **RV1** | **Vertretungspauschale** | Nicht im selben Quartal abrechenbar neben RP1-RP3, RBG bzw. RBGI. | 12,50 EUR |
| **6. Sonstige Zuschläge** | | | |
| **RZ1** | **Investitionskostenzuschlag** | Dieser Zuschlag wird in den ersten drei Abrechnungsquartalen nach Vertragsbeginn (nicht persönlicher Vertragsbeginn des RHEUMATOLOGEN) auf die ersten abgerechneten Ziffern aufgeschlagen, die für einen am FacharztProgramm teilnehmenden Patienten abgerechnet werden. Dieser Zuschlag kann insgesamt nur einmal je eingeschriebenen Patienten abgerechnet werden und ist maximal auf die ersten 100 Patienten begrenzt. | 15,00 EUR |

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg

## ABSCHNITT II: LAUFZEIT

Die zeitliche Geltung dieser Vergütungsvereinbarung richtet sich nach § 19 Abs. 2 des Vertrags und Abschnitt V dieser Anlage.

## ABSCHNITT III: ALLGEMEINE VERGÜTUNGSBESTIMMUNGEN

### I. EBM-Ziffernkranz (Anhang 1 zur Anlage 12a)

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

### II. Abrechnung des RHEUMATOLOGEN für die eingeschriebenen Versicherten, die ihn im Rahmen des AOK-FacharztProgrammes bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie/Rheumatologie in Anspruch genommen haben

(1) Der RHEUMATOLOGE rechnet für die Versicherten die nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen gemäß ABSCHNITT I (”Vergütungspositionen”) ab. Damit sind grundsätzlich alle vom AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie erfassten Leistungen abgegolten. Die im Ziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) enthaltenen Ziffern dürfen für eingeschriebene Versicherte nicht gegenüber der KV abgerechnet werden. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der Praxis. Des Weiteren gilt § 19 Abs. 14 des Vertrags. Die gleichzeitige Abrechnung über Anlage 12 und Anlage 12 a ist ausgeschlossen.

(2) Verfügt ein am AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie teilnehmender RHEUMATOLOGE nicht über die entsprechenden Qualifikations- oder Ausstattungsvoraussetzungen, sollen solche Leistungen - soweit medizinisch erforderlich – im Rahmen eines Zielauftrags als Auftragsleistung an einen RHEUMATOLOGEN überwiesen werden. Von dieser Regel kann nur in begründeten Einzelfällen abgewichen werden. Stationäre Einweisungen zu Unter-

suchungen, die im Rahmen dieses Vertrags von einem RHEUMATOLOGEN angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär“).

(3) Im Rahmen dieses Vertrags muss der RHEUMATOLOGE alle im Ziffernkranz als obligatorisch gekennzeichneten Leistungen, soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll, erbringen. Hierfür sind keine Überweisungen auszustellen. Die im Ziffernkranz als nicht-obligatorisch gekennzeichneten Leistungen muss der RHEUMATOLOGE - soweit im Einzelfall medizinisch sinnvoll - dann im Rahmen dieses Vertrags erbringen, wenn die Praxis/BAG diese Leistung bislang in der Regelversorgung und/oder im AOK-FacharztProgramm / Bosch BKK-Facharztprogramm erbracht hat bzw. weiter erbringt. Stationäre Einweisungen zu Untersuchungen, die im Rahmen dieses Vertrags von einem RHEUMATOLOGEN angeboten werden können, sind zu vermeiden („ambulant vor stationär”).

Der RHEUMATOLOGE muss Leistungen, soweit medizinisch erforderlich, die ihm in diesem Vertrag über Zuschläge vergütet werden, erbringen.

(4) Pro Tag wird nur ein Arzt-Patienten-Kontakt gezählt.

## III. Abrechnung des RHEUMATOLOGEN für die eingeschriebenen Versicherten im Vertretungsfall

Im Vertretungsfall wird die Vertreterpauschale RV1 über das AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie abgerechnet.

## IV. Besonderheiten bei Berufsausübungsgemeinschaften und MVZ

(1) Berufsausübungsgemeinschaften („**BAG**“) im Sinne dieses Vertrags sind rechtlich verbindliche Zusammenschlüsse

a) von Vertragsärzten oder/und Vertragspsychotherapeuten oder

b) Vertragsärzten/Vertragspsychotherapeuten und MVZ oder

c) MVZ untereinander

zur gemeinsamen Ausübung der Tätigkeit. Keine BAG sind Praxisgemeinschaften, Teilberufsausübungsgemeinschaften, Apparategemeinschaften oder Laborgemein-

schaften und andere Organisationsgemeinschaften. Für Leistungserbringung und Abrechnung gilt das Leistungsspektrum der BAG.

(2) Innerhalb eines MVZ gilt für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum des MVZ.

(3) Werden Leistungen gemäß Anhang 1 nicht durch den abrechnenden RHEUMATOLOGEN, sondern durch einen anderen Arzt innerhalb der BAG/des MVZ erbracht und zusätzlich gegenüber der KV abgerechnet, ist dies eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrags. Auch die Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag, die bereits im Vertrag nach § 73b oder einem anderen Vertrag nach § 73c SBG V/ §140a SGB V mit der AOK bzw. BKK abgerechnet werden, ist eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrags.

(4) Die Abrechnung von Vertretungsfällen innerhalb von BAG/MVZ ist nicht möglich.

(5) Die Vertragspartner stimmen überein, dass für Leistungserbringung und Abrechnung das Leistungsspektrum einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG), einer Arztpraxis mit angestellten Ärzten und eines Medizinischen Versorgungszentrums (MVZ) gilt. Grundsätzlich können angestellte Ärzte nur dann im Rahmen des Vertrags tätig werden, wenn auch eine Genehmigung des Zulassungsausschusses (§ 96 SGB V) für eine Tätigkeit im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung (§ 32b der Zulassungsverordnung für Vertragsärzte Ärzte) vorliegt. Aus Gründen der flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung im Rahmen des Vertrags kann der Beirat gem. § 23 des Vertrags Ausnahmen hiervon beschließen, die befristet werden können.

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

Zusätzlich zur Vergütung nach diesem Vertrag darf ein RHEUMATOLOGE weiterhin bei Vorliegen der Voraussetzungen gemäß EBM im Einzelfall die fachärztlichen Leistungen über die KV abrechnen, die nicht im Ziffernkranz gemäß Anhang 1 dieser Anlage aufgeführt sind.

## VI. Doppel- und Fehlabrechnungen

(1) Eine Doppelabrechnung im Sinne des § 19 Abs. 1 des Vertrags kann zu einem Schaden der AOK bzw. BKK führen, wenn sie aufgrund der Vereinbarung mit der KV gemäß § 73c Abs. 6 SGB V a.F. bzw. § 140a Abs. 6 aufgrund einer Auszahlung des von dem RHEUMATOLOGEN abgerechneten Betrags durch die KV zu einem Nachvergütungsanspruch der KV gegenüber der AOK bzw. der BKK führt. Die

Managementgesellschaft ist deshalb berechtigt, für Rechnung der AOK bzw. BKK im Falle einer Doppelabrechnung den gegenüber der KV von dem RHEUMATOLOGEN abgerechneten Betrag als Schadensersatz zu verlangen, sofern der RHEUMATOLOGE nicht nachgewiesen hat, dass er eine Zahlung von der KV nicht erhalten hat oder die fehlerhafte Abrechnung gegenüber der KV berichtigt hat. Die Managementgesellschaft ist insoweit zur Aufrechnung von Vergütungsansprüchen des RHEUMATOLOGEN nach diesem Vertrag berechtigt. Ist eine Aufrechnung nicht möglich, gilt gegenüber der AOK bzw. BKK § 20 Abs. 2 des Vertrags für den Schadensersatzanspruch entsprechend.

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

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

entsprechend.

## ABSCHNITT IV: ABRECHNUNGSVERFAHREN

### I. Abrechnung der vertraglichen Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

(1) Der RHEUMATOLOGE ist, unbeschadet der Erfüllung eines Vergütungstatbestandes nach dem vorstehenden Abschnitt I, bei jedem RHEUMATOLOGEN-Patienten-Kontakt verpflichtet, bezogen auf eingeschriebene Versicherte das Leistungsdatum und alle behandlungsrelevanten Diagnosen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich – vollständig und unter Auswahl des spezifischen, endstelligen ICD-10-Codes über die Vertragssoftware zu übermitteln.

(2) Der RHEUMATOLOGE ist verpflichtet, spätestens 5 Arbeitstage (Zugang bei der Managementgesellschaft) vor Übermittlung der Abrechnung nach diesem Vertrag Änderungen seiner Stammdaten (insbesondere Änderungen seiner Bankverbindung) mittels des Stammdatenblatts gemäß **Anlage 1a** an die Managementgesellschaft zu melden. Fristgemäß gemeldete Änderungen werden für den folgenden Abrechnungsnachweis berücksichtigt. Nach Fristablauf gemeldete Änderungen können erst in der nächsten Abrechnung berücksichtigt werden.

(3) Mit Übersendung des Abrechnungsnachweises wird dem RHEUMATOLOGEN erneut Gelegenheit zur Korrektur seiner auf dem Abrechnungsnachweis genannten Bankverbindung gegeben. Er hat eine solche Korrektur unverzüglich nach Erhalt des Abrechnungsnachweises an die Managementgesellschaft zu melden.

(4) Die Managementgesellschaft wird unter Berücksichtigung kaufmännischer Vorsicht bei ihrer Liquiditätsplanung monatlich pauschalierte Abschlagszahlungen an den RHEUMATOLOGEN auf den vertraglichen Vergütungsanspruch leisten.

### II. Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK nach diesem Vertrag

(1) Die Managementgesellschaft ist gegenüber der AOK bzw. BKK verpflichtet, die Vertragsabrechnung des RHEUMATOLOGEN auf Plausibilität nach Maßgabe dieser

**Anlage 12a** unter Zugrundelegung der in **Anlage 13** enthaltenen Abrechnungsprüfkriterien zu prüfen.

(2) Die Managementgesellschaft ermittelt, sofern die Datengrundlage vorhanden ist, für jeden RHEUMATOLOGEN die abrechnungsrelevanten Kriterien zur Erfüllung der Voraussetzungen für die Struktur-, Qualitäts- und sonstigen Zuschläge.

(3) Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung eine vorläufige Abrechnungsdatei auf Grundlage der Abrechnung des RHEUMATOLOGEN nach diesem Vertrag zur Prüfung. Die AOK und die BKK haben eine Prüffrist von 25 Arbeitstagen („**Kassen-Prüffrist**"), innerhalb derer sie die Abrechnungsdatei gemäß den in **Anlage 13** aufgeführten Abrechnungsprüfkriterien prüfen. Ist die AOK bzw. die BKK der Auffassung, dass die ihr von der Managementgesellschaft übermittelte Abrechnungsdatei nicht den Vorgaben dieser **Anlage 12a** entspricht, hat sie dies innerhalb der Prüffrist der Managementgesellschaft schriftlich und begründet unter Angabe eines konkreten Mangels mitzuteilen („**Rüge**"). Eine unbegründete Mitteilung über Abrechnungsmängel gilt nicht als Rüge.

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

Hinsichtlich Rückforderungen aufgrund späterer sachlich-rechnerischer Berichtigungen werden die AOK und die BKK auf das Verfahren nach § 20 Abs. 2 des Vertrags verwiesen.

b) Erfolgt innerhalb der Kassen-Prüffrist eine Rüge, ist die AOK bzw. BKK hinsichtlich des Betrages, der nicht von der Rüge betroffen ist (unbeanstandete Abrechnungspositionen), entsprechend lit. a) zur Zahlung verpflichtet. Sie erhält

unbeschadet der Verpflichtung zur Zahlung innerhalb der Zahlungsfrist, die nach Ablauf der Prüffrist beginnt, hinsichtlich des Betrages der unbeanstandeten Abrechnungspositionen eine Rechnung.

c) Hinsichtlich des gerügten Teils der AOK- bzw. BKK-Abrechnung überprüft die Managementgesellschaft die Abrechnung unverzüglich erneut. Nach Prüfung übersendet sie der AOK bzw. BKK für das Folgequartal eine Rechnung, die entweder auf einer gemäß der Rüge korrigierten Abrechnungsdatei oder der bisherigen Abrechnungsdatei beruht, wenn diese auch nach ihrer erneuten Prüfung fehlerfrei ist. Die Rechnung gilt unbeschadet der Absätze 2 und 4 des § 20 des Vertrags als abgestimmte Kassen-Abrechnung. Die Zahlungsfrist für den sich aus dieser Rechnung ergebenen Teil des Anspruches nach § 20 Abs. 1 des Vertrags läuft ab Zugang dieser Rechnung.

Die Managementgesellschaft übersendet der AOK und der BKK nach ihrer Prüfung

(4) Die AOK und die BKK haben ihre Zahlungen auf das von der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und der BKK schriftlich benannte Konto („**Abrechnungskonto**“) zu leisten. Soweit nach Ablauf der Zahlungsfrist kein Zahlungseingang auf dem Abrechnungskonto erfolgt ist, gerät die AOK bzw. die BKK in Verzug. Der Verzugszins beträgt 8 Prozentpunkte über dem Basiszinssatz. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens der Managementgesellschaft bleibt unberührt.

(5) Die AOK und die BKK leisten an die Managementgesellschaft jeweils monatliche Abschlagszahlungen in Höhe von 20 EURO pro Abrechnungsfall (keine Auftragsleistungen) auf das Abrechnungskonto. Basis für die Berechnung sind die Daten, die für das vorausgegangene Quartal zur Abrechnung eingereicht wurden. Nach Übermittlung durch die Managementgesellschaft haben die AOK und die BKK zur Ermittlung der Anzahl der Abrechnungsfälle 12 Arbeitstage Zeit. Falls die Abrechungsdaten von der Managementgesellschaft nicht mindestens 12 Arbeitstage vor der jeweiligen Abschlagszahlung bei der AOK bzw. BKK eingegangen sind, verzögert sich die Auszahlung der Abschlagszahlung entsprechend.

(6) Die Abschlagszahlungen nach Absatz 6 dienen der Herstellung der für die Abrechnung durch die Managementgesellschaft erforderlichen Liquidität. Für verspätete Zahlung gilt Absatz 4 entsprechend.

(7) Übersteigt die Summe der Abschlagszahlungen des Abrechnungsquartals (§ 19 Abs. 3 des Vertrags) den Betrag gemäß der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung für dieses Abrechnungsquartal, liegt eine Zuvielzahlung an die Managementgesellschaft vor („**Zuvielzahlung**"). Unterschreitet sie diesen Betrag, liegt eine Minderzahlung vor („**Minderzahlung**").

(8) Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Minderzahlung festgestellt, hat die Managementgesellschaft Anspruch auf den vollen Differenzbetrag, den die Abschlagszahlungen hinter dem Betrag der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung zurückbleiben. Wird bezogen auf das erste Abrechnungsquartal eine Zuvielzahlung festgestellt, verbleibt der Betrag der Zuvielzahlung bis zur nächsten abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnung im folgenden Abrechnungsquartal bei der Managementgesellschaft.

(9) Im zweiten, d.h. dem folgenden Abrechnungsquartal werden die Summe der Abschlagszahlungen des ersten und zweiten Abrechnungsquartals und die Summe der Anspruchsbeträge der abgestimmten AOK- bzw. BKK-Abrechnungen beider Abrechnungsquartale saldiert. Ist bezogen auf beide Quartale eine Zuvielzahlung erfolgt, erstattet die Managementgesellschaft den Differenzbetrag. Ist bezogen auf beide Abrechnungsquartale eine Minderzahlung erfolgt, zahlt die AOK bzw. BKK den Differenzbetrag an die Managementgesellschaft.

(10) In den folgenden Abrechnungsquartalen wird der Ausgleich der Abschlagszahlungen gemäß den vorstehenden Absätzen 6 und 7 über jeweils zwei Abrechnungsquartale sinngemäß fortgeführt.

In der nach Vertragsbeendigung gemäß § 25 des Vertrags erfolgenden letzten Abrechnung wird eine dann etwa vorliegende Zuviel- oder Minderzahlung endgültig ausgeglichen.

## ABSCHNITT V: ABRECHNUNG MODUL RHEUMATOLOGIE

Für das Modul Rheumatologie gilt abweichend von § 19 folgendes:

(1) Die Vergütungsregelung gemäß Anlage 12a gilt zunächst bis zum 31.12.2020.

a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des RHEUMATOLOGEN auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, BKK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den RHEUMATOLOGEN ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem RHEUMATOLOGEN solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der RHEUMATOLOGEN und einer angemessenen Vorlauffrist vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.

b) Einigen sich AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2020 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12a), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2022 fort.

c) Einigen sich die AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2020 über eine Änderung der Vergütungsregelung (Anlage 12), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem RHEUMATOLOGEN unverzüglich mit. Ist der RHEUMATOLOGE mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der RHEUMATOLOGE nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den RHEUMATOLOGE bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.

d) Besteht der Vertrag über den 31.12.2022 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß Anlage 12a für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht AOK, BKK und MEDIVERBUND unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2022 hinaus fortbesteht.

e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) gilt sinngemäß.

## ABSCHNITT VI: ANHÄNGE

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

**Anhang 1 zu Anlage 12a:** Leistungsbeschreibung gemäß EBM-Ziffernkranz Rheumatologie

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

**Anhang 2b zu Anlage 12a:** Diagnosenliste Multimorbidität

**Anhang 2c zu Anlage 12a:** Diagnosenliste Schwangerschaft

**Anhang 3 zu Anlage 12a:** Zuschläge Rationale Pharmakotherapie

**Anhang 4 zu Anlage 12a:** Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®)

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| D68.6 | Sonstige Thrombophilien |
| D69.0 | Purpura anaphylactoides |
| D86.0 | Sarkoidose der Lunge |
| D86.1 | Sarkoidose der Lymphknoten |
| D86.2 | Sarkoidose der Lunge mit Sarkoidose der Lymphknoten |
| D86.3 | Sarkoidose der Haut |
| D86.8 | Sarkoidose an sonstigen und kombinierten Lokalisationen |
| D86.9 | Sarkoidose, nicht näher bezeichnet |
| D89.8 | Sonstige näher bezeichnete Störungen mit Beteiligung des Immunsystems, anderenorts nicht klassifiziert |
| E85.0 | Nichtneuropathische heredofamiliäre Amyloidose |
| E85.3 | Sekundäre systemische Amyloidose |
| I00 | Rheumatisches Fieber ohne Angabe einer Herzbeteiligung |
| L40.5 | Psoriasis-Arthropathie |
| M01.20 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Mehrere Lokalisationen |
| M01.21 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Schulterregion |
| M01.22 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Oberarm |
| M01.23 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Unterarm |
| M01.24 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Hand |
| M01.25 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel |
| M01.26 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Unterschenkel |
| M01.27 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Knöchel und Fuß |
| M01.28 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Sonstige |
| M01.29 | Arthritis bei Lyme-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M02.80 | Sonstige reaktive Arthritiden: Mehrere Lokalisationen |
| M02.81 | Sonstige reaktive Arthritiden: Schulterregion |
| M02.82 | Sonstige reaktive Arthritiden: Oberarm |
| M02.83 | Sonstige reaktive Arthritiden: Unterarm |
| M02.84 | Sonstige reaktive Arthritiden: Hand |
| M02.85 | Sonstige reaktive Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel |
| M02.86 | Sonstige reaktive Arthritiden: Unterschenkel |
| M02.87 | Sonstige reaktive Arthritiden: Knöchel und Fuß |
| M02.88 | Sonstige reaktive Arthritiden: Sonstige |
| M02.89 | Sonstige reaktive Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M02.90 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M02.91 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M02.92 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M02.93 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M02.94 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand |
| M02.95 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M02.96 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M02.97 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M02.98 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| M02.99 | Reaktive Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M05.00 | Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen |
| M05.01 | Felty-Syndrom: Schulterregion |
| M05.02 | Felty-Syndrom: Oberarm |
| M05.03 | Felty-Syndrom: Unterarm |
| M05.04 | Felty-Syndrom: Hand |
| M05.05 | Felty-Syndrom: Beckenregion und Oberschenkel |
| M05.06 | Felty-Syndrom: Unterschenkel |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M05.07 | Felty-Syndrom: Knöchel und Fuß |
| M05.08 | Felty-Syndrom: Sonstige |
| M05.09 | Felty-Syndrom: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M05.10 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M05.11 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M05.12 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M05.13 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M05.14 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M05.15 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M05.16 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M05.17 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M05.18 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M05.19 | Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M05.20 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M05.21 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M05.22 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M05.23 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M05.24 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M05.25 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M05.26 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M05.27 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M05.28 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M05.29 | Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M05.30 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen |
| M05.31 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M05.32 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M05.33 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M05.34 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M05.35 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M05.36 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M05.37 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M05.38 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M05.39 | Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Seropositive chronische Polyarthritis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M05.80 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M05.81 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M05.82 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M05.83 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M05.84 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M05.85 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M05.86 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M05.87 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M05.88 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M05.89 | Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Sonstige seropositive chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M05.90 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M05.91 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M05.92 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M05.93 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M05.94 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M05.95 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M05.96 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M05.97 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M05.98 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M05.99 | Seropositive chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen |
| M06.00 | Seronegative chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M06.01 | Seronegative chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M06.02 | Seronegative chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M06.03 | Seronegative chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M06.04 | Seronegative chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M06.05 | Seronegative chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M06.06 | Seronegative chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M06.07 | Seronegative chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M06.08 | Seronegative chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M06.09 | Seronegative chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Seronegative chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M06.10 | Adulte Form der Still-Krankheit: Mehrere Lokalisationen |
| M06.11 | Adulte Form der Still-Krankheit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M06.12 | Adulte Form der Still-Krankheit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M06.13 | Adulte Form der Still-Krankheit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M06.14 | Adulte Form der Still-Krankheit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M06.15 | Adulte Form der Still-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M06.16 | Adulte Form der Still-Krankheit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M06.17 | Adulte Form der Still-Krankheit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M06.18 | Adulte Form der Still-Krankheit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M06.19 | Adulte Form der Still-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Adulte Form der Still-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M06.20 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M06.21 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M06.22 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M06.23 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M06.24 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M06.25 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M06.26 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M06.27 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M06.28 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M06.29 | Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Bursitis bei chronischer Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M06.40 | Entzündliche Polyarthropathie: Mehrere Lokalisationen |
| M06.41 | Entzündliche Polyarthropathie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M06.42 | Entzündliche Polyarthropathie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M06.43 | Entzündliche Polyarthropathie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M06.44 | Entzündliche Polyarthropathie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M06.45 | Entzündliche Polyarthropathie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M06.46 | Entzündliche Polyarthropathie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M06.47 | Entzündliche Polyarthropathie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M06.48 | Entzündliche Polyarthropathie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M06.49 | Entzündliche Polyarthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Entzündliche Polyarthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M06.80 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M06.81 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M06.82 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M06.83 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M06.84 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M06.85 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M06.86 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M06.87 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M06.88 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M06.89 | Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M06.90 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M06.91 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M06.92 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M06.93 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M06.94 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M06.95 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M06.96 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M06.97 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M06.98 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M06.99 | Chronische Polyarthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen |
| M07.00 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Mehrere Lokalisationen |
| M07.04 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M07.07 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M07.09 | Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Distale interphalangeale Arthritis psoriatica: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M07.10 | Arthritis mutilans: Mehrere Lokalisationen |
| M07.11 | Arthritis mutilans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M07.12 | Arthritis mutilans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M07.13 | Arthritis mutilans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M07.14 | Arthritis mutilans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M07.15 | Arthritis mutilans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M07.16 | Arthritis mutilans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M07.17 | Arthritis mutilans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M07.18 | Arthritis mutilans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M07.19 | Arthritis mutilans: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Arthritis mutilans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M07.2 | Spondylitis psoriatica |
| M07.30 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Mehrere Lokalisationen |
| M07.31 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M07.32 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M07.33 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M07.34 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M07.35 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M07.36 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M07.37 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M07.38 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M07.39 | Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Sonstige psoriatische Arthritiden: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| 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] |
| 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 Lokalisationen [ab 2013: 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] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| 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 Lokalisationen [ab 2013: Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M07.60 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Mehrere Lokalisationen |
| M07.61 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M07.62 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M07.63 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M07.64 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M07.65 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M07.66 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M07.67 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M07.68 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M07.69 | Sonstige Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen |
| M08.00 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen |
| M08.01 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.02 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.03 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.04 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M08.05 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M08.06 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.07 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.08 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.09 | Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile chronische Polyarthritis, adulter Typ: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M08.10 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen |
| M08.11 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.12 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.13 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.14 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M08.15 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M08.16 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.17 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.18 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.19 | Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M08.20 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Mehrere Lokalisationen |
| M08.21 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.22 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.23 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.24 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M08.25 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M08.26 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.27 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.28 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.29 | Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M08.3 | Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form |
| M08.40 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Mehrere Lokalisationen |
| M08.41 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.42 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.43 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.44 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M08.45 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M08.46 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.47 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.48 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.49 | Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre Form: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M08.70 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M08.71 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.72 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.73 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.74 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M08.75 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M08.76 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.77 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.78 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.79 | Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Vaskulitis bei juveniler Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M08.80 | Sonstige juvenile Arthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M08.81 | Sonstige juvenile Arthritis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.82 | Sonstige juvenile Arthritis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.83 | Sonstige juvenile Arthritis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.84 | Sonstige juvenile Arthritis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M08.85 | Sonstige juvenile Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M08.86 | Sonstige juvenile Arthritis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.87 | Sonstige juvenile Arthritis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.88 | Sonstige juvenile Arthritis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.89 | Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Sonstige juvenile Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M08.90 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M08.91 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M08.92 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M08.93 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M08.94 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M08.95 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M08.96 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M08.97 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M08.98 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M08.99 | Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen |
| M09.00 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Mehrere Lokalisationen |
| M09.01 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M09.02 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M09.03 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M09.04 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M09.05 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M09.06 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M09.07 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M09.08 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M09.09 | Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile Arthritis bei Psoriasis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M09.10 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Mehrere Lokalisationen |
| M09.11 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M09.12 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M09.13 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M09.14 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M09.15 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M09.16 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M09.17 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M09.18 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M09.19 | Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M09.20 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Mehrere Lokalisationen |
| M09.21 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M09.22 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M09.23 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M09.24 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M09.25 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M09.26 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M09.27 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M09.28 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M09.29 | Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M09.80 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen |
| M09.81 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M09.82 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M09.83 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M09.84 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M09.85 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M09.86 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M09.87 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M09.88 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M09.89 | Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisationen [ab 2013: Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation] |
| M10.00 | Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen |
| M10.01 | Idiopathische Gicht: Schulterregion |
| M10.02 | Idiopathische Gicht: Oberarm |
| M10.03 | Idiopathische Gicht: Unterarm |
| M10.04 | Idiopathische Gicht: Hand |
| M10.05 | Idiopathische Gicht: Beckenregion und Oberschenkel |
| M10.06 | Idiopathische Gicht: Unterschenkel |
| M10.07 | Idiopathische Gicht: Knöchel und Fuß |
| M10.08 | Idiopathische Gicht: Sonstige |
| M10.09 | Idiopathische Gicht: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M10.10 | Bleigicht: Mehrere Lokalisationen |
| M10.11 | Bleigicht: Schulterregion |
| M10.12 | Bleigicht: Oberarm |
| M10.13 | Bleigicht: Unterarm |
| M10.14 | Bleigicht: Hand |
| M10.15 | Bleigicht: Beckenregion und Oberschenkel |
| M10.16 | Bleigicht: Unterschenkel |
| M10.17 | Bleigicht: Knöchel und Fuß |
| M10.18 | Bleigicht: Sonstige |
| M10.19 | Bleigicht: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M10.20 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Mehrere Lokalisationen |
| M10.21 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Schulterregion |
| M10.22 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Oberarm |
| M10.23 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Unterarm |
| M10.24 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Hand |
| M10.25 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Beckenregion und Oberschenkel |
| M10.26 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Unterschenkel |
| M10.27 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Knöchel und Fuß |
| M10.28 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Sonstige |
| M10.29 | Arzneimittelinduzierte Gicht: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M10.30 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Mehrere Lokalisationen |
| M10.31 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Schulterregion |
| M10.32 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Oberarm |
| M10.33 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Unterarm |
| M10.34 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Hand |
| M10.35 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Beckenregion und Oberschenkel |
| M10.36 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Unterschenkel |
| M10.37 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Knöchel und Fuß |
| M10.38 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Sonstige |
| M10.39 | Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M10.40 | Sonstige sekundäre Gicht: Mehrere Lokalisationen |
| M10.41 | Sonstige sekundäre Gicht: Schulterregion |
| M10.42 | Sonstige sekundäre Gicht: Oberarm |
| M10.43 | Sonstige sekundäre Gicht: Unterarm |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M10.44 | Sonstige sekundäre Gicht: Hand |
| M10.45 | Sonstige sekundäre Gicht: Beckenregion und Oberschenkel |
| M10.46 | Sonstige sekundäre Gicht: Unterschenkel |
| M10.47 | Sonstige sekundäre Gicht: Knöchel und Fuß |
| M10.48 | Sonstige sekundäre Gicht: Sonstige |
| M10.49 | Sonstige sekundäre Gicht: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M10.90 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M10.91 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M10.92 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M10.93 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M10.94 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Hand |
| M10.95 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M10.96 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M10.97 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M10.98 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| M10.99 | Gicht, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M11.00 | Apatitrheumatismus: Mehrere Lokalisationen |
| M11.01 | Apatitrheumatismus: Schulterregion |
| M11.02 | Apatitrheumatismus: Oberarm |
| M11.03 | Apatitrheumatismus: Unterarm |
| M11.04 | Apatitrheumatismus: Hand |
| M11.05 | Apatitrheumatismus: Beckenregion und Oberschenkel |
| M11.06 | Apatitrheumatismus: Unterschenkel |
| M11.07 | Apatitrheumatismus: Knöchel und Fuß |
| M11.08 | Apatitrheumatismus: Sonstige |
| M11.09 | Apatitrheumatismus: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M11.10 | Familiäre Chondrokalzinose: Mehrere Lokalisationen |
| M11.11 | Familiäre Chondrokalzinose: Schulterregion |
| M11.12 | Familiäre Chondrokalzinose: Oberarm |
| M11.13 | Familiäre Chondrokalzinose: Unterarm |
| M11.14 | Familiäre Chondrokalzinose: Hand |
| M11.15 | Familiäre Chondrokalzinose: Beckenregion und Oberschenkel |
| M11.16 | Familiäre Chondrokalzinose: Unterschenkel |
| M11.17 | Familiäre Chondrokalzinose: Knöchel und Fuß |
| M11.18 | Familiäre Chondrokalzinose: Sonstige |
| M11.19 | Familiäre Chondrokalzinose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M11.20 | Sonstige Chondrokalzinose: Mehrere Lokalisationen |
| M11.21 | Sonstige Chondrokalzinose: Schulterregion |
| M11.22 | Sonstige Chondrokalzinose: Oberarm |
| M11.23 | Sonstige Chondrokalzinose: Unterarm |
| M11.24 | Sonstige Chondrokalzinose: Hand |
| M11.25 | Sonstige Chondrokalzinose: Beckenregion und Oberschenkel |
| M11.26 | Sonstige Chondrokalzinose: Unterschenkel |
| M11.27 | Sonstige Chondrokalzinose: Knöchel und Fuß |
| M11.28 | Sonstige Chondrokalzinose: Sonstige |
| M11.29 | Sonstige Chondrokalzinose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M11.80 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Mehrere Lokalisationen |
| M11.81 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Schulterregion |
| M11.82 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Oberarm |
| M11.83 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Unterarm |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M11.84 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Hand |
| M11.85 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Beckenregion und Oberschenkel |
| M11.86 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Unterschenkel |
| M11.87 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Knöchel und Fuß |
| M11.88 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Sonstige |
| M11.89 | Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M11.90 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M11.91 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M11.92 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M11.93 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M11.94 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Hand |
| M11.95 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M11.96 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M11.97 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M11.98 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| M11.99 | Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M12.00 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Mehrere Lokalisationen |
| M12.01 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Schulterregion |
| M12.02 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Oberarm |
| M12.03 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Unterarm |
| M12.04 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Hand |
| M12.05 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Beckenregion und Oberschenkel |
| M12.06 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Unterschenkel |
| M12.07 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Knöchel und Fuß |
| M12.08 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Sonstige |
| M12.09 | Chronische postrheumatische Arthritis [Jaccoud-Arthritis]: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M12.10 | Kaschin-Beck-Krankheit: Mehrere Lokalisationen |
| M12.11 | Kaschin-Beck-Krankheit: Schulterregion |
| M12.12 | Kaschin-Beck-Krankheit: Oberarm |
| M12.13 | Kaschin-Beck-Krankheit: Unterarm |
| M12.14 | Kaschin-Beck-Krankheit: Hand |
| M12.15 | Kaschin-Beck-Krankheit: Beckenregion und Oberschenkel |
| M12.16 | Kaschin-Beck-Krankheit: Unterschenkel |
| M12.17 | Kaschin-Beck-Krankheit: Knöchel und Fuß |
| M12.18 | Kaschin-Beck-Krankheit: Sonstige |
| M12.19 | Kaschin-Beck-Krankheit: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M12.30 | Palindromer Rheumatismus: Mehrere Lokalisationen |
| M12.31 | Palindromer Rheumatismus: Schulterregion |
| M12.32 | Palindromer Rheumatismus: Oberarm |
| M12.33 | Palindromer Rheumatismus: Unterarm |
| M12.34 | Palindromer Rheumatismus: Hand |
| M12.35 | Palindromer Rheumatismus: Beckenregion und Oberschenkel |
| M12.36 | Palindromer Rheumatismus: Unterschenkel |
| M12.37 | Palindromer Rheumatismus: Knöchel und Fuß |
| M12.38 | Palindromer Rheumatismus: Sonstige |
| M12.39 | Palindromer Rheumatismus: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M13.0 | Polyarthritis, nicht näher bezeichnet |
| M13.10 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen |
| M13.11 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion |
| M13.12 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M13.13 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm |
| M13.14 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Hand |
| M13.15 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel |
| M13.16 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel |
| M13.17 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß |
| M13.18 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige |
| M13.19 | Monarthritis, anderenorts nicht klassifiziert: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M13.80 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Mehrere Lokalisationen |
| M13.81 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Schulterregion |
| M13.82 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Oberarm |
| M13.83 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Unterarm |
| M13.84 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Hand |
| M13.85 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Beckenregion und Oberschenkel |
| M13.86 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Unterschenkel |
| M13.87 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Knöchel und Fuß |
| M13.88 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Sonstige |
| M13.89 | Sonstige näher bezeichnete Arthritis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M13.90 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M13.91 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M13.92 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M13.93 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M13.94 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand |
| M13.95 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M13.96 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M13.97 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M13.98 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| M13.99 | Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.00 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Mehrere Lokalisationen |
| M14.01 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.02 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.03 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.04 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.05 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.06 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.07 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.08 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.09 | Gicht-Arthropathie durch Enzymdefekte und sonstige angeborene Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.10 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Mehrere Lokalisationen |
| M14.11 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M14.12 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.13 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.14 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.15 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.16 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.17 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.18 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.19 | Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.20 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Mehrere Lokalisationen |
| M14.21 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.22 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.23 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.24 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.25 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.26 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.27 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.28 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.29 | Diabetische Arthropathie (E10-E14, vierte Stelle .6): Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.30 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Mehrere Lokalisationen |
| M14.31 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.32 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.33 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.34 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.35 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.36 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.37 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.38 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.39 | Multizentrische Retikulohistiozytose (E78.8): Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.40 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Mehrere Lokalisationen |
| M14.41 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.42 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.43 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M14.44 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.45 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.46 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.47 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.48 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.49 | Arthropathie bei Amyloidose (E85.-): Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.50 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Mehrere Lokalisationen |
| M14.51 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.52 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.53 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.54 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.55 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.56 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.57 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.58 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.59 | Arthropathien bei sonstigen endokrinen, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.60 | Neuropathische Arthropathie: Mehrere Lokalisationen |
| M14.61 | Neuropathische Arthropathie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.62 | Neuropathische Arthropathie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |
| M14.63 | Neuropathische Arthropathie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.64 | Neuropathische Arthropathie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.65 | Neuropathische Arthropathie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.66 | Neuropathische Arthropathie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.67 | Neuropathische Arthropathie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.68 | Neuropathische Arthropathie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.69 | Neuropathische Arthropathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M14.80 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen |
| M14.81 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk] |
| M14.82 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk] |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M14.83 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk] |
| M14.84 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen] |
| M14.85 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk] |
| M14.86 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk] |
| M14.87 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes] |
| M14.88 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule] |
| M14.89 | Arthropathien bei sonstigen näher bezeichneten, anderenorts klassifizierten Krankheiten: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M30.0 | Panarteriitis nodosa |
| M30.1 | Panarteriitis mit Lungenbeteiligung |
| M30.2 | Juvenile Panarteriitis |
| M30.3 | Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit] |
| M31.0 | Hypersensitivitätsangiitis |
| M31.3 | Wegener-Granulomatose |
| M31.4 | Aortenbogen-Syndrom [Takayasu-Syndrom] |
| M31.5 | Riesenzellarteriitis bei Polymyalgia rheumatica |
| M31.6 | Sonstige Riesenzellarteriitis |
| M31.7 | Mikroskopische Polyangiitis |
| M31.8 | Sonstige näher bezeichnete nekrotisierende Vaskulopathien |
| M32.0 | Arzneimittelinduzierter systemischer Lupus erythematodes |
| M32.1 | Systemischer Lupus erythematodes mit Beteiligung von Organen oder Organsystemen |
| M32.8 | Sonstige Formen des systemischen Lupus erythematodes |
| M32.9 | Systemischer Lupus erythematodes, nicht näher bezeichnet |
| M33.0 | Juvenile Dermatomyositis |
| M33.1 | Sonstige Dermatomyositis |
| M33.2 | Polymyositis |
| M33.9 | Dermatomyositis-Polymyositis, nicht näher bezeichnet |
| M34.0 | Progressive systemische Sklerose |
| M34.1 | CR(E)ST-Syndrom |
| M34.2 | Systemische Sklerose, durch Arzneimittel oder chemische Substanzen induziert |
| M34.9 | Systemische Sklerose, nicht näher bezeichnet |
| M35.0 | Sicca-Syndrom [Sjögren-Syndrom] |
| M35.1 | Sonstige Overlap-Syndrome |
| M35.2 | Behçet-Krankheit |
| M35.3 | Polymyalgia rheumatica |
| M35.4 | Eosinophile Fasziitis |
| M35.6 | Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit] |
| M35.9 | Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet |
| M36.0 | Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen (C00-D48†) |
| M36.1 | Arthropathie bei Neubildungen (C00-D48†) |
| M36.2 | Arthropathia haemophilica (D66-D68†) |
| M36.3 | Arthropathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Blutkrankheiten (D50-D76†) |
| M36.4 | Arthropathie bei anderenorts klassifizierten Hypersensitivitätsreaktionen |
| M36.51 | Stadium 1 der chronischen Bindegewebe-Graft-versus-Host-Krankheit (T86.05†) |

| Internistische Rheumatologie - Grunderkrankung | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M36.52 | Stadium 2 der chronischen Bindegewebe-Graft-versus-Host-Krankheit (T86.05†, T86.06†) |
| M36.53 | Stadium 3 der chronischen Bindegewebe-Graft-versus-Host-Krankheit (T86.07†) |
| M36.8 | Systemkrankheiten des Bindegewebes bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| M45.00 | Spondylitis ankylosans: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M45.01 | Spondylitis ankylosans: Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| M45.02 | Spondylitis ankylosans: Zervikalbereich |
| M45.03 | Spondylitis ankylosans: Zervikothorakalbereich |
| M45.04 | Spondylitis ankylosans: Thorakalbereich |
| M45.05 | Spondylitis ankylosans: Thorakolumbalbereich |
| M45.06 | Spondylitis ankylosans: Lumbalbereich |
| M45.07 | Spondylitis ankylosans: Lumbosakralbereich |
| M45.08 | Spondylitis ankylosans: Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| M45.09 | Spondylitis ankylosans: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M46.00 | Spinale Enthesopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M46.01 | Spinale Enthesopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| M46.02 | Spinale Enthesopathie: Zervikalbereich |
| M46.03 | Spinale Enthesopathie: Zervikothorakalbereich |
| M46.04 | Spinale Enthesopathie: Thorakalbereich |
| M46.05 | Spinale Enthesopathie: Thorakolumbalbereich |
| M46.06 | Spinale Enthesopathie: Lumbalbereich |
| M46.07 | Spinale Enthesopathie: Lumbosakralbereich |
| M46.08 | Spinale Enthesopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| M46.09 | Spinale Enthesopathie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M46.1 | Sakroiliitis, anderenorts nicht klassifiziert |
| M46.90 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M46.91 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| M46.92 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich |
| M46.93 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich |
| M46.94 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich |
| M46.95 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich |
| M46.96 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich |
| M46.97 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich |
| M46.98 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| M46.99 | Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M86.30 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Mehrere Lokalisationen |
| M86.31 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Schulterregion |
| M86.32 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Oberarm |
| M86.33 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterarm |
| M86.34 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Hand |
| M86.35 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Beckenregion und Oberschenkel |
| M86.36 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Unterschenkel |
| M86.37 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Knöchel und Fuß |
| M86.38 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Sonstige |
| M86.39 | Chronische multifokale Osteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M94.1 | Panchondritis [Rezidivierende Polychondritis] |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| B18.0 | B18.0 Chronische Virushepatitis B mit Delta-Virus |
| B18.11 | B18.11 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 1 |
| B18.12 | B18.12 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 2 |
| B18.13 | B18.13 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 3 |
| B18.14 | B18.14 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase 4 |
| B18.19 | B18.19 Chronische Virushepatitis B ohne Delta-Virus, Phase nicht näher bezeichnet |
| B18.2 | B18.2 Chronische Virushepatitis C |
| B18.8 | B18.8 Sonstige chronische Virushepatitis |
| B18.9 | B18.9 Chronische Virushepatitis, nicht näher bezeichnet |
| C18.0 | C18.0 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Zäkum |
| C18.1 | C18.1 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Appendix vermiformis |
| C18.2 | C18.2 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon ascendens |
| C18.3 | C18.3 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Flexura coli dextra [hepatica] |
| C18.4 | C18.4 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon transversum |
| C18.5 | C18.5 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Flexura coli sinistra [lienalis] |
| C18.6 | C18.6 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon descendens |
| C18.7 | C18.7 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Colon sigmoideum |
| C18.8 | C18.8 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Kolon, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C18.9 | C18.9 Bösartige Neubildung des nicht näher bezeichneten Kolons: Kolon, nicht näher bezeichnet |
| C43.0 | C43.0 Bösartiges Melanom der Lippe |
| C43.1 | C43.1 Bösartiges Melanom des Augenlides, einschließlich Kanthus |
| C43.2 | C43.2 Bösartiges Melanom des Ohres und des äußeren Gehörganges |
| C43.3 | C43.3 Bösartiges Melanom sonstiger und nicht näher bezeichneter Teile des Gesichtes |
| C43.4 | C43.4 Bösartiges Melanom der behaarten Kopfhaut und des Halses |
| C43.5 | C43.5 Bösartiges Melanom des Rumpfes |
| C43.6 | C43.6 Bösartiges Melanom der oberen Extremität, einschließlich Schulter |
| C43.7 | C43.7 Bösartiges Melanom der unteren Extremität, einschließlich Hüfte |
| C43.8 | C43.8 Bösartiges Melanom der Haut, mehrere Teilbereiche überlappend |
| C43.9 | C43.9 Bösartiges Melanom der Haut, nicht näher bezeichnet |
| C96.0 | C96.0 Multifokale und multisystemische (disseminierte) Langerhans-Zell-Histiozytose [Abt-Letterer-Siwe-Krankheit] |
| C96.2 | C96.2 Bösartiger Mastzelltumor |
| C96.4 | C96.4 Sarkom der dendritischen Zellen (akzessorische Zellen) |
| C96.5 | C96.5 Multifokale und unisystemische Langerhans-Zell-Histiozytose |
| C96.6 | C96.6 Unifokale Langerhans-Zell-Histiozytose |
| C96.7 | C96.7 Sonstige näher bezeichnete bösartige Neubildungen des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes |
| C96.8 | C96.8 Histiozytisches Sarkom |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| C96.9 | C96.9 Bösartige Neubildung des lymphatischen, blutbildenden und verwandten Gewebes, nicht näher bezeichnet |
| D59.0 | D59.0 Arzneimittelinduzierte autoimmunhämolytische Anämie |
| D59.1 | D59.1 Sonstige autoimmunhämolytische Anämien |
| D59.2 | D59.2 Arzneimittelinduzierte nicht-autoimmunhämolytische Anämie |
| D59.3 | D59.3 Hämolytisch-urämisches Syndrom |
| D59.4 | D59.4 Sonstige nicht-autoimmunhämolytische Anämien |
| D61.10 | D61.10 Aplastische Anämie infolge zytostatischer Therapie |
| D61.18 | D61.18 Sonstige arzneimittelinduzierte aplastische Anämie |
| D61.19 | D61.19 Arzneimittelinduzierte aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet |
| D61.9 | D61.9 Aplastische Anämie, nicht näher bezeichnet |
| D63.8 | D63.8 Anämie bei sonstigen chronischen, anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| D64.8 | D64.8 Sonstige näher bezeichnete Anämien |
| D68.6 | D68.6 Sonstige Thrombophilien |
| D68.8 | D68.8 Sonstige näher bezeichnete Koagulopathien |
| D68.9 | D68.9 Koagulopathie, nicht näher bezeichnet |
| D69.3 | D69.3 Idiopathische thrombozytopenische Purpura |
| D69.40 | D69.40 Sonstige primäre Thrombozytopenie: Als transfusionsrefraktär bezeichnet |
| D69.41 | D69.41 Sonstige primäre Thrombozytopenie: Nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet |
| D69.52 | D69.52 Heparin-induzierte Thrombozytopenie Typ I |
| D69.57 | D69.57 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, als transfusionsrefraktär bezeichnet |
| D69.58 | D69.58 Sonstige sekundäre Thrombozytopenien, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet |
| D69.59 | D69.59 Sekundäre Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet |
| D69.60 | D69.60 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, als transfusionsrefraktär bezeichnet |
| D69.61 | D69.61 Thrombozytopenie, nicht näher bezeichnet, nicht als transfusionsrefraktär bezeichnet |
| D69.80 | D69.80 Hämorrhagische Diathese durch Thrombozytenaggregationshemmer |
| D69.88 | D69.88 Sonstige näher bezeichnete hämorrhagische Diathesen |
| D69.9 | D69.9 Hämorrhagische Diathese, nicht näher bezeichnet |
| D70.18 | D70.18 Sonstige Verlaufsformen der arzneimittelinduzierten Agranulozytose und Neutropenie |
| D70.19 | D70.19 Arzneimittelinduzierte Agranulozytose und Neutropenie, nicht näher bezeichnet |
| E10.01 | E10.01 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet |
| E10.11 | E10.11 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichne |
| E10.20 | E10.20 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.21 | E10.21 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.30 | E10.30 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.31 | E10.31 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.40 | E10.40 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.41 | E10.41 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| E10.50 | E10.50 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.51 | E10.51 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.60 | E10.60 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.61 | E10.61 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.72 | E10.72 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.73 | E10.73 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet |
| E10.74 | E10.74 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.75 | E10.75 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet |
| E10.80 | E10.80 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.81 | E10.81 Diabetes mellitus, Typ 1: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E10.90 | E10.90 Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E10.91 | E10.91 Diabetes mellitus, Typ 1: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.01 | E11.01 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Koma: Als entgleist bezeichnet |
| E11.11 | E11.11 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Ketoazidose: Als entgleist bezeichnet |
| E11.20 | E11.20 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.21 | E11.21 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Nierenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.30 | E11.30 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.31 | E11.31 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit Augenkomplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.40 | E11.40 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.41 | E11.41 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit neurologischen Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.50 | E11.50 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.51 | E11.51 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit peripheren vaskulären Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.60 | E11.60 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.61 | E11.61 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit sonstigen näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.72 | E11.72 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.73 | E11.73 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit sonstigen multiplen Komplikationen, als entgleist bezeichnet |
| E11.74 | E11.74 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, nicht als entgleist bezeichnet |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| E11.75 | E11.75 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit multiplen Komplikationen: Mit diabetischem Fußsyndrom, als entgleist bezeichnet |
| E11.80 | E11.80 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.81 | E11.81 Diabetes mellitus, Typ 2: Mit nicht näher bezeichneten Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E11.90 | E11.90 Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Nicht als entgleist bezeichnet |
| E11.91 | E11.91 Diabetes mellitus, Typ 2: Ohne Komplikationen: Als entgleist bezeichnet |
| E20.8 | E20.8 Sonstiger Hypoparathyreoidismus |
| E21.3 | E21.3 Hyperparathyreoidismus, nicht näher bezeichnet |
| E24.2 | E24.2 Arzneimittelinduziertes Cushing-Syndrom |
| E27.3 | E27.3 Arzneimittelinduzierte Nebennierenrindeninsuffzienz |
| E66.91 | E66.91 Adipositas, nicht näher bezeichnet, BMI > 35 und < 40 |
| E66.92 | E66.92 Adipositas, nicht näher bezeichnet, BMI > 40 |
| E89.9 | E89.9 Endokrine oder Stoffwechselstörung nach medizinischen Maßnahmen, nicht näher bezeichnet |
| F32.1 | F32.1 Mittelgradige depressive Episode |
| F32.2 | F32.2 Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome |
| F32.3 | F32.3 Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen |
| F33.1 | F33.1 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode |
| F33.2 | F33.2 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome |
| F33.3 | F33.3 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen |
| F33.4 | F33.4 Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert |
| F45.41 | F45.41 Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren |
| F62.80 | F62.80 Andauernde Persönlichkeitsänderung bei chronischem Schmerzsyndrom |
| F62.88 | F62.88 Sonstige andauernde Persönlichkeitsänderungen |
| G62.0 | G62.0 Arzneimittelinduzierte Polyneuropathie |
| G62.80 | G62.80 Critical-illness-Polyneuropathie |
| G62.88 | G62.88 Sonstige näher bezeichnete Polyneuropathien |
| G62.9 | G62.9 Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet |
| G63.5 | G63.5 Polyneuropathie bei Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M35†) |
| G63.6 | G63.6 Polyneuropathie bei sonstigen Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems |
| I10.90 | I10.90 Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet |
| I25.20 | I25.20 Alter Myokardinfarkt: 29 Tage bis unter 4 Monate zurückliegend |
| I25.21 | I25.21 Alter Myokardinfarkt: 4 Monate bis unter 1 Jahr zurückliegend |
| I25.22 | I25.22 Alter Myokardinfarkt: 1 Jahr und länger zurückliegend |
| I25.29 | I25.29 Alter Myokardinfarkt: Nicht näher bezeichnet |
| I25.9 | I25.9 Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| I26.0 | I26.0 Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I26.9 | I26.9 Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale |
| I27.0 | I27.0 Primäre pulmonale Hypertonie (I27.0G) |
| I27.20 | I27.20 Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie |
| I27.28 | I27.28 Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie |
| I27.8 | I27.8 Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten |
| I27.9 | I27.9 Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| I39.0 | I39.0* Mitralklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| I39.1 | I39.1* Aortenklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| I39.2 | I39.2* Trikuspidalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| I39.3 | I39.3* Pulmonalklappenkrankheiten bei anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| I39.4 | I39.4* Krankheiten mehrerer Herzklappen bei anderenorts klassifizierten |
| I39.8 | I39.8* Endokarditis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten, Herzklappe nicht näher bezeichnet |
| I42.0 | I42.0 Dilatative Kardiomyopathie |
| I42.80 | I42.80 Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM] |
| I42.88 | I42.88 Sonstige Kardiomyopathien |
| I42.9 | I42.9 Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet |
| I43.0 | I43.0 Kardiomyopathie bei anderenorts klassifzierten infektiösen und parasitären Krankheiten |
| I43.8 | I43.8 Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifzierten Krankheiten |
| I50.01 | I50.01 Sekundäre Rechtsherzinsuffzienz |
| I50.19 | I50.19 Linksherzinsuffzienz: Nicht näher bezeichnet |
| I50.9 | I50.9 Herzinsuffzienz, nicht näher bezeichnet |
| I73.0 | I73.0 Raynaud-Syndrom |
| J44.00 | J44.00 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| J44.01 | J44.01 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.02 | J44.02 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes |
| J44.03 | J44.03 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 >=70 % des Sollwertes |
| J44.09 | J44.09 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.10 | J44.10 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| J44.11 | J44.11 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.12 | J44.12 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes |
| J44.13 | J44.13 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes |
| J44.19 | J44.19 Chronische obstruktive Lungenkrankheit mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.80 | J44.80 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 <35 % des Sollwertes |
| J44.81 | J44.81 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.82 | J44.82 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes |
| J44.83 | J44.83 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 >=70 % des Sollwertes |
| J44.89 | J44.89 Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenkrankheit: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J44.90 | J44.90 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 <35 % des Sollwertes |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| J44.91 | J44.91 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=35 % und <50 % des Sollwertes |
| J44.92 | J44.92 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=50 % und <70 % des Sollwertes |
| J44.93 | J44.93 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 >=70 % des Sollwertes |
| J44.99 | J44.99 Chronische obstruktive Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet |
| J84.0 | J84.0 Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände |
| J84.1 | J84.1 Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose |
| J84.8 | J84.8 Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten |
| J84.9 | J84.9 Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| J99.0 | J99.0 Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthritis |
| J99.1 | J99.1 Krankheiten der Atemwege bei sonstigen difusen Bindegewebskrankheiten |
| J99.8 | J99.8 Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten |
| K50.0 | K50.0 Crohn-Krankheit des Dünndarmes |
| K50.1 | K50.1 Crohn-Krankheit des Dickdarmes |
| K50.80 | K50.80 Crohn-Krankheit des Magens |
| K50.81 | K50.81 Crohn-Krankheit der Speiseröhre |
| K50.82 | K50.82 Crohn-Krankheit der Speiseröhre und des Magen-Darm-Traktes, mehrere Teilbereiche betreffend |
| K50.88 | K50.88 Sonstige Crohn-Krankheit |
| K50.9 | K50.9 Crohn-Krankheit, nicht näher bezeichnet |
| K51.9 | K51.9 Colitis ulcerosa, nicht näher bezeichnet |
| K74.0 | K74.0 Leberfibrose |
| K74.1 | K74.1 Lebersklerose |
| K74.2 | K74.2 Leberfibrose mit Lebersklerose |
| K74.3 | K74.3 Primäre biliäre Zirrhose |
| K74.4 | K74.4 Sekundäre biliäre Zirrhose |
| K74.5 | K74.5 Biliäre Zirrhose, nicht näher bezeichnet |
| K74.6 | K74.6 Sonstige und nicht näher bezeichnete Zirrhose der Leber |
| K76.9 | K76.9 Leberkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| M00.90 | M00.90 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M00.91 | M00.91 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M00.92 | M00.92 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M00.93 | M00.93 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M00.94 | M00.94 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Hand |
| M00.95 | M00.95 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M00.96 | M00.96 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M00.97 | M00.97 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M00.98 | M00.98 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| M00.99 | M00.99 Eitrige Arthritis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M15.0 | M15.0 Primäre generalisierte (Osteo-)Arthrose |
| M15.1 | M15.1 Heberden-Arthrose |
| M15.2 | M15.2 Bouchard-Arthrose der Fingermittelgelenke |
| M15.3 | M15.3 Sekundäre multiple Arthrose |
| M16.1 | M16.1 Sonstige primäre Koxarthrose |
| M16.6 | M16.6 Sonstige sekundäre Koxarthrose, beidseitig |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M16.9 | M16.9 Koxarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M17.1 | M17.1 Sonstige primäre Gonarthrose |
| M17.5 | M17.5 Sonstige sekundäre Gonarthrose |
| M17.9 | M17.9 Gonarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M18.9 | M18.9 Rhizarthrose, nicht näher bezeichnet |
| M46.20 | M46.20 Wirbelsäulenosteomyelitis: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M46.21 | M46.21 Wirbelsäulenosteomyelitis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| M46.22 | M46.22 Wirbelsäulenosteomyelitis: Zervikalbereich |
| M46.23 | M46.23 Wirbelsäulenosteomyelitis: Zervikothorakalbereich |
| M46.24 | M46.24 Wirbelsäulenosteomyelitis: Thorakalbereich |
| M46.25 | M46.25 Wirbelsäulenosteomyelitis: Thorakolumbalbereich |
| M46.26 | M46.26 Wirbelsäulenosteomyelitis: Lumbalbereich |
| M46.27 | M46.27 Wirbelsäulenosteomyelitis: Lumbosakralbereich |
| M46.28 | M46.28 Wirbelsäulenosteomyelitis: Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| M46.29 | M46.29 Wirbelsäulenosteomyelitis: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M46.40 | M46.40 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M46.41 | M46.41 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| M46.42 | M46.42 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich |
| M46.43 | M46.43 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich |
| M46.44 | M46.44 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich |
| M46.45 | M46.45 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich |
| M46.46 | M46.46 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich |
| M46.47 | M46.47 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich |
| M46.48 | M46.48 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| M46.49 | M46.49 Diszitis, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M48.00 | M48.00 Spinalkanalstenose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule |
| M48.01 | M48.01 Spinalkanalstenose: Okzipito-Atlanto-Axialbereich |
| M48.02 | M48.02 Spinalkanalstenose: Zervikalbereich |
| M48.03 | M48.03 Spinalkanalstenose: Zervikothorakalbereich |
| M48.04 | M48.04 Spinalkanalstenose: Thorakalbereich |
| M48.05 | M48.05 Spinalkanalstenose: Thorakolumbalbereich |
| M48.06 | M48.06 Spinalkanalstenose: Lumbalbereich |
| M48.07 | M48.07 Spinalkanalstenose: Lumbosakralbereich |
| M48.08 | M48.08 Spinalkanalstenose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich |
| M48.09 | M48.09 Spinalkanalstenose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M79.70 | M79.70 Fibromyalgie |
| M80.00 | M80.00 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |
| M80.01 | M80.01 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion |
| M80.02 | M80.02 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm |
| M80.03 | M80.03 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm |
| M80.04 | M80.04 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand |
| M80.05 | M80.05 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel |
| M80.06 | M80.06 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel |
| M80.07 | M80.07 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß |
| M80.08 | M80.08 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M80.09 | M80.09 Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M80.40 | M80.40 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |
| M80.41 | M80.41 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion |
| M80.42 | M80.42 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm |
| M80.43 | M80.43 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm |
| M80.44 | M80.44 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand |
| M80.45 | M80.45 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel |
| M80.46 | M80.46 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel |
| M80.47 | M80.47 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß |
| M80.48 | M80.48 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige |
| M80.49 | M80.49 Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M80.50 | M80.50 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |
| M80.51 | M80.51 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion |
| M80.52 | M80.52 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm |
| M80.53 | M80.53 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm |
| M80.54 | M80.54 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand |
| M80.55 | M80.55 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel |
| M80.56 | M80.56 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel |
| M80.57 | M80.57 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß |
| M80.58 | M80.58 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige |
| M80.59 | M80.59 Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M80.90 | M80.90 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen |
| M80.91 | M80.91 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion |
| M80.92 | M80.92 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm |
| M80.93 | M80.93 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm |
| M80.94 | M80.94 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand |
| M80.95 | M80.95 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel |
| M80.96 | M80.96 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel |
| M80.97 | M80.97 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß |
| M80.98 | M80.98 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige |
| M80.99 | M80.99 Nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M81.00 | M81.00 Postmenopausale Osteoporose: Mehrere Lokalisationen |
| M81.01 | M81.01 Postmenopausale Osteoporose: Schulterregion |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M81.02 | M81.02 Postmenopausale Osteoporose: Oberarm |
| M81.03 | M81.03 Postmenopausale Osteoporose: Unterarm |
| M81.04 | M81.04 Postmenopausale Osteoporose: Hand |
| M81.05 | M81.05 Postmenopausale Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel |
| M81.06 | M81.06 Postmenopausale Osteoporose: Unterschenkel |
| M81.07 | M81.07 Postmenopausale Osteoporose: Knöchel und Fuß |
| M81.08 | M81.08 Postmenopausale Osteoporose: Sonstige |
| M81.09 | M81.09 Postmenopausale Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M81.40 | M81.40 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Mehrere Lokalisationen |
| M81.41 | M81.41 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Schulterregion |
| M81.42 | M81.42 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Oberarm |
| M81.43 | M81.43 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterarm |
| M81.44 | M81.44 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Hand |
| M81.45 | M81.45 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel |
| M81.46 | M81.46 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterschenkel |
| M81.47 | M81.47 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Knöchel und Fuß |
| M81.48 | M81.48 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Sonstige |
| M81.49 | M81.49 Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M81.50 | M81.50 Idiopathische Osteoporose: Mehrere Lokalisationen |
| M81.51 | M81.51 Idiopathische Osteoporose: Schulterregion |
| M81.52 | M81.52 Idiopathische Osteoporose: Oberarm |
| M81.53 | M81.53 Idiopathische Osteoporose: Unterarm |
| M81.54 | M81.54 Idiopathische Osteoporose: Hand |
| M81.55 | M81.55 Idiopathische Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel |
| M81.56 | M81.56 Idiopathische Osteoporose: Unterschenkel |
| M81.57 | M81.57 Idiopathische Osteoporose: Knöchel und Fuß |
| M81.58 | M81.58 Idiopathische Osteoporose: Sonstige |
| M81.59 | M81.59 Idiopathische Osteoporose: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M81.90 | M81.90 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M81.91 | M81.91 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M81.92 | M81.92 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M81.93 | M81.93 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M81.94 | M81.94 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Hand |
| M81.95 | M81.95 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M81.96 | M81.96 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M81.97 | M81.97 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M81.98 | M81.98 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| M81.99 | M81.99 Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M83.10 | M83.10 senile Osteomalazie: Mehrere Lokalisationen |
| M83.11 | M83.11 senile Osteomalazie: Schulterregion |
| M83.12 | M83.12 senile Osteomalazie: Oberarm |
| M83.13 | M83.13 senile Osteomalazie: Unterarm |
| M83.14 | M83.14 senile Osteomalazie: Hand |
| M83.15 | M83.15 senile Osteomalazie: Beckenregion und Oberschenkel |
| M83.16 | M83.16 senile Osteomalazie: Unterschenkel |
| M83.17 | M83.17 senile Osteomalazie: Knöchel und Fuß |
| M83.18 | M83.18 senile Osteomalazie: Sonstige |
| M83.19 | M83.19 senile Osteomalazie: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |

| Internistische Rheumatologie - Multimorbidität und Polypharmazie | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| M83.20 | M83.20 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Mehrere Lokalisationen |
| M83.21 | M83.21 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Schulterregion |
| M83.22 | M83.22 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Oberarm |
| M83.23 | M83.23 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Unterarm |
| M83.24 | M83.24 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Hand |
| M83.25 | M83.25 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Beckenregion und Oberschenkel |
| M83.26 | M83.26 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Unterschenkel |
| M83.27 | M83.27 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Knöchel und Fuß |
| M83.28 | M83.28 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Sonstige |
| M83.29 | M83.29 Osteomalazie im Erwachsenenalter durch mangelnde Resorption: Nicht näher bezeichnete Lokalisation |
| M86.90 | M86.90 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen |
| M86.91 | M86.91 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Schulterregion |
| M86.92 | M86.92 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Oberarm |
| M86.93 | M86.93 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Unterarm |
| M86.94 | M86.94 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Hand |
| M86.95 | M86.95 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel |
| M86.96 | M86.96 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Unterschenkel |
| M86.97 | M86.97 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß |
| M86.98 | M86.98 Osteomyelitis nicht näher bezeichnet: Sonstige |
| N04.9 | N04.9 Nephrotisches Syndrom |
| N08.5 | N08.5 Glomeruläre Krankheiten bei Systemkrankheiten des Bindegewebes |
| N08.8 | N08.8 Glomeruläre Krankheiten bei sonstigen anderenorts klassifzierten |
| N14.0 | N14.0 Analgetika-Nephropathie |
| N14.1 | N14.1 Nephropathie durch sonstige Arzneimittel, Drogen und biologisch aktive Substanzen |
| N15.9 | N15.9 Tubulointerstitielle Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet |
| N16.4 | N16.4 Tubulointerstitielle Nierenkrankheiten bei systemischen Krankheiten des Bindegewebes |
| N18.1 | N18.1 Chronische Niereninsuffzienz, Stadium I |
| N18.2 | N18.2 Chronische Niereninsuffzienz, Stadium II |
| N18.3 | N18.3 Chronische Niereninsuffzienz, Stadium III |
| N18.4 | N18.4 Chronische Niereninsuffzienz, Stadium IV |
| N18.5 | N18.5 Chronische Niereninsuffzienz, Stadium V |
| N19 | N19 Nicht näher bezeichnete Niereninsuffzienz |
| O99.8 | O99.8 Sonstige näher bezeichnete Krankheiten und Zustände, die Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett komplizieren |
| Z85.3 | Z85.3 Mammakarzinom in der Eigenanamnese |
| Z99.2 | Z99.2 Langzeitige Abhängigkeit von Dialyse bei Niereninsuffizienz |

| Internistische Rheumatologie - Schwangerschaft | |
|---|---|
| **ICD-Kode** | **ICD-Klartext** |
| Z34 | Überwachung einer normalen Schwangerschaft |
| Z35.8 | Überwachung sonstiger Risikoschwangerschaften |
| O09.0! | Schwangerschaftsdauer: Weniger als 5 vollendete Wochen |
| O09.1! | Schwangerschaftsdauer: 5 bis 13 vollendete Wochen |
| O09.2! | Schwangerschaftsdauer: 14. Woche bis 19 vollendete Wochen |
| O09.3! | Schwangerschaftsdauer: 20. Woche bis 25 vollendete Wochen |
| O09.4! | Schwangerschaftsdauer: 26. Woche bis 33 vollendete Wochen |
| O09.5! | Schwangerschaftsdauer: 34. Woche bis 36 vollendete Wochen |
| O09.6! | Schwangerschaftsdauer: 37. Woche bis 41 vollendete Wochen |
| O09.7! | Schwangerschaftsdauer: Mehr als 41 vollendete Wochen |
| O09.9! | Schwangerschaftsdauer: Nicht näher bezeichnet |

!-Kodes sind sekundäre Kodes, die gemäß DIMDI nicht alleine verwendet werden dürfen.

## Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie

Die Vertragspartner streben durch diesen Vertrag die Umsetzung einer Rationalen Pharmakotherapie an. Die ärztliche Hoheit und Verantwortung bei der Verordnung bleibt dabei voll gewahrt. Der RHEUMATOLOGE soll für alle Patienten eine leitliniengerechte und unter qualitativen und wirtschaftlichen Aspekten angemessene Verordnung von Arzneimitteln durchführen. Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur Realisierung einer rationalen Pharmakotherapie erhält der RHEUMATOLOGE insbesondere über die Vertragssoftware und über die Teilnahme an Qualitätszirkeln gem. Anlage 2a.

## 1. Zuschlag Rationale Pharmakotherapie

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

Die Kriterien, nach denen der Zuschlag von 4,00 € pro Quartal auf die Pauschalen RP1, RP2 oder RP3 ausgezahlt wird, können von der AOK, der BKK und vom MEDIVERBUND einvernehmlich vierteljährlich angepasst werden. Falls keine Anpassung erfolgt, sind die für das Vorquartal gültigen Kriterien auch im laufenden Quartal gültig. **Die übrigen Vertragspartner stimmen einer entsprechenden Änderung schon jetzt zu.**

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

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

In der Vertragssoftware gibt es für Arzneimittel folgende Kennzeichnungen:

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

**Blau** hinterlegt sind:
Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, für die die AOK Arzneimittel-Rabattverträge abgeschlossen hat.

**Orange** hinterlegt sind:
Patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel, die durch patentgeschützte und / oder biotechnologisch hergestellte Arzneimittel substituiert werden können, für die die AOK Arzneimittel-Rabattverträge abgeschlossen hat (Blau hinterlegt).

**Rot** hinterlegt sind:
Arzneimittel, die in der Regel durch qualitative und wirtschaftliche Alternativen unter Beachtung medizinischer Ausschlusskriterien substituiert werden können.

**Nicht farblich** hinterlegt sind:
Alle übrigen Arzneimittel.

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

Verordnungen von blau hinterlegten Arzneimitteln sollen gegenüber Verordnungen von orange hinterlegten Arzneimitteln bevorzugt werden.
Bei Verordnungen von rot hinterlegten Arzneimitteln soll der Substitutionsvorschlag bevorzugt werden.

## 2. Ermittlung des Zuschlages

Der Zuschlag von 4,00 € wird aufgeteilt in
1. einen Zuschlag Rot (2,50 €),
2. einen Zuschlag Rabatt-Grün (1,00 €) und
3. einen Zuschlag Blau (0,50 €).

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

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

Ausgelöst werden die Zuschläge, wenn folgende Schwellenwerte erreicht werden:

| | |
|---|---|
| Rot | <= 3 % |
| Rabatt-Grün | >= 90 % |
| Blau | >= 70 % |

Über weitere Plausibilisierungsmaßnahmen verständigen sich die Vertragspartner und ergänzen diese Anlage.

## Entlastungsassistent/-in in der Facharztpraxis („EFA®“)

Der Vergütung des im Rahmen des Facharztvertrags vereinbarten Vergütungszuschlags (siehe Vergütungstabelle) liegen folgende Rahmenbedingungen zugrunde:

### Abrechnungsvoraussetzungen für FACHARZT und EFA®

### 1. Allgemeine Abrechnungsvoraussetzung

Teilnehmen können alle am Facharztvertrag für Rheumatologie teilnehmenden Ärzte, wenn sie mindestens eine/n ausgebildete/n und bei MEDIVERBUND gemeldete/n Medizinische/n Fachangestellte/n, Arzthelfer/-in, Krankenschwester/Krankenpfleger, Gesundheits- und Krankenpfleger/ -in, Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/ -in oder Altenpfleger/ -in (im Nachfolgenden gemeinsam als Medizinische Fachangestellte (MFA) in weiblicher Form bezeichnet) in ihrer Praxis beschäftigen (mindestens halbe Stelle, sozialversicherungspflichtige Festanstellung).

### 2. Spezielle Abrechnungsvoraussetzungen

a) Erfolgreiche Teilnahme der MFA am zwischen den Vertragspartnern gemeinsam vereinbarten Weiterbildungslehrgang „EFA®-Rheumatologie“ in Baden-Württemberg.

   Der Lehrgang umfasst insgesamt 80 Stunden und behandelt die Themen entzündliche/ nicht entzündliche Erkrankungen von Gelenken sowie der Wirbelsäule und Osteoporose. AOK und BKK erhalten die Möglichkeit, sich am Lehrgang u. a. zu den Themen medikamentöse und nicht-medikamentöse Versorgung, Schnittstellen sowie Sozialer Dienst und Präventionsberater/ Patientenbegleitung in einem Umfang von 8 Stunden aktiv zu beteiligen. Dem Lehrgang schließt sich eine schriftliche Online-Prüfung an. Die Teilnahme über die erfolgreiche Qualifizierung zur EFA®-Rheumatologie wird durch ein entsprechendes Zertifikat nachgewiesen. Das Zertifikat darf nur ausgestellt werden, wenn die schriftliche Online-Prüfung bestanden und die vorgesehenen 80 Stunden des Lehrgangs absolviert wurden. In begründeten Einzelfällen ist die Kompensation von Fehlzeiten bis zu 10% (8 Stunden) durch Selbststudium möglich, sofern es sich um die Absolvierung des vorgesehenen, gesamten 80 Stunden-Curriculums handelt. Nachholung von Teilabschnitten (z. B. bei bereits vorliegenden RFA-Weiterbildungszertifikaten) müssen in vollem Umfang erfolgen. Die Online-Prüfung darf maximal zweimal wiederholt werden.

   Das Nähere zum Inhalt und Umfang der Teilnahme am Lehrgang, insbesondere zum Curriculum des Lehrgangs, der Art und Form erforderlichen Abschlussprüfung und der Anerkennung von zum Zeitpunkt des Inkrafttretens dieser Vereinbarung bereits in anderen Bundesländern oder nach anderen Curricula ausgebildeten EFAs®, regelt der Beirat gemäß § 22 des Hauptvertrages.

b) Die MFA muss mindestens ein Jahr Vorbeschäftigungszeit in einer Facharztpraxis oder vergleichbaren stationären Einrichtung mit Schwerpunkt internistisch rheumatologischer Leistungen vorweisen. Auf diese Vorbeschäftigungszeit werden Ausbildungszeiten einer MFA in einer entsprechenden Facharztpraxis oder stationären Einrichtung angerechnet. Die Anstellung, das Ausscheiden, die Änderung der Wochenstundenzahl sowie Unterbrechungen der Anstellung ab einem vollen Quartal (z.B. Elternzeit, Arbeitsunfähigkeit, unbezahlter Urlaub und sonstige Freistellungen ohne Tätigkeit) einer EFA® sind seitens der Arztpraxis mittels des vorgeschriebenen Formvordrucks unverzüglich bei der Managementgesellschaft anzuzeigen.

c) Teilnahme der EFA® an mindestens einem von den Vertragspartnern organisierten Qualitätszirkel pro Kalenderjahr. Wird der Zuschlag innerhalb eines Kalenderjahres in nur zwei Quartalen oder weniger abgerechnet (unterjährige EFA®-Anerkennung zur Abrechnung), ist die Teilnahme an einem Qualitätszirkel in diesem Kalenderjahr fakultativ.

## 3. Abrechnung des EFA®-Zuschlags

3.1 Der EFA®-Zuschlag beträgt 5 Euro pro Quartal und wird auf die Grundpauschalen RP2 oder RP3 erstmalig im Folgequartal nach Eingang des Nachweises der Qualifikation gemäß Ziffer 2. lit. a) bei der Managementgesellschaft und der Erfüllung der Voraussetzung gemäß Ziffer 2. lit. b) ausbezahlt.

Der EFA®-Zuschlag wird als Praxisstrukturmerkmal einer BAG/ MVZ i. d. R. über die BSNR/ HBSNR vergütet. Unterhält ein FACHARZT mehrere HBSNRs inkl. NBSNRs, gelten diese auch als BAG. Der EFA®-Zuschlag erfolgt nur dann, wenn die EFA®-Tätigkeit in einer Praxis mindestens 50% einer Vollzeitkraft entspricht.

Bei nicht nachgewiesener Teilnahme der EFA® an einem Qualitätszirkel nach Ziffer 2. lit. c) bleibt der bereits ausgezahlte EFA®-Zuschlag für das Kalenderjahr der Nichtteilnahme zunächst unangetastet. Erfolgt im anschließenden Kalenderjahr erneut keine Teilnahme an einem Qualitätszirkel, werden für beide Kalenderjahre der Nichtteilnahme die EFA®-Zuschläge vollständig zurückgefordert und für die zukünftigen Quartale gestrichen. Erfolgt nach einer Streichung/ Rückforderung eine erneute Teilnahme am Qualitätszirkel, wird der EFA®-Zuschlag ab dem Kalenderjahr, in dem der Qualitätszirkel erstmals wieder besucht wurde, erneut in voller Höhe vergütet.

Für Quartale, in denen keine EFA® in der Arztpraxis tätig wird (Unterbrechungen siehe Nr. 2 lit. b)), kann kein EFA®-Zuschlag abgerechnet werden.

Der EFA®-Zuschlag kann nur abgerechnet werden, wenn die Aufgaben gemäß beiliegender Aufgabenübersicht entsprechend beachtet und umgesetzt werden.

3.2 Sonderregelung bei Vorliegen der Qualifikationen RFA und StruPI
Bei erfolgreichem Abschluss des Grundkurses zur Rheumatologischen Fachassistenz (RFA) der Rheumatologischen Fortbildungsakademie GmbH (Rheuma Akademie) und dem erfolgreichen Abschluss des Seminars zur Strukturierten Patientenschulung (StruPI) durch die rheumatologische Fortbildungsakademie (Arbeitsgemeinschaft Regionaler Kooperativer Rheumazentren, Berufsverband Deutscher Rheumatologen und Deutsche Rheuma-Liga) und einer MFA-Tätigkeit von mindestens 50% einer Vollzeitkraft erfolgt eine Anerkennung als Rheumatologie-EFA®.
Als Nachweise werden das RFA-Weiterbildungszertifikat der Rheumatologischen Fortbildungsakademie sowie die Selbstauskunft zur StruPI auf der Teilnahmeerklärung bei der MEDIVERBUND AG eingereicht.
Diese Regelung ist daran gebunden, dass die/ der bereits ausgebildete RFA die zur Erfüllung des 80-stündigen Curriculums fehlenden 24 Stunden (8 Stunden vertragsspezifische Schulung durch die AOK sowie Bosch BKK, 8 Stunden Schulung im Schnittpunkt Orthopädie – Rheumatologie mit Schwerpunkt Osteoporose und ggf. 8 Stunden Kommunikation (durch StruPI anrechenbar)) nachgeholt und die schriftliche Online-Prüfung erfolgreich absolviert hat. Die Prüfung bezieht sich in diesen Fällen ausschließlich auf die vertragsspezifische Schulung durch die AOK sowie Bosch BKK und auf den Schnittpunkt Orthopädie-Rheumatologie mit dem Schwerpunkt Osteoporose.

Das IFFM e.V. informiert die FACHÄRZTE schriftlich zu den angebotenen Terminen, welche ebenfalls über die MEDIVERBUND Homepage einzusehen sind.

3.3 Die MEDIVERBUND AG setzt nach Vorlage der Nachweise den Strukturzuschlag RQ6 auf die Grundpauschalen RP2 oder RP3 automatisch zu.

## 4. Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen

Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, die erfolgreiche Qualifizierung der EFA®-Rheumatologie zu überprüfen und stellt den Vertragspartnern die Zertifikate, Nachweise über Anstellung und den Tätigkeitsumfang sowie die Teilnahme an Qualitätszirkeln gemäß Nr. 2 lit. c) im Rahmen eines zwischen den Vertragspartnern abgestimmten Verfahrens zur Verfügung.

**Aufgabenbeschreibung EFA® Rheumatologie**

**Grundverständnis**

Die EFA® Rheumatologie unterstützt die Versorgung von Menschen mit entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises insbesondere zu entzündlichen Gelenkerkrankungen (z.B. zur rheumatoiden Arthritis), zu entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke (Spondyloarthritiden) z. B. sog. Morbus Bechterew und zu entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes (Vaskulitiden und Kollagenosen) z. B. systemischer Lupus erythematodes.

Sedentäres Verhalten, d. h. langes Sitzen, Bewegungsmangel, zudem Übergewicht, Fehlernährung, Nikotin- und Alkoholabusus sind Grundlagen für den Ausbruch und die Verschlimmerung von chronischen sog. Zivilisationserkrankungen neben der genetischen Prädisposition. Risikofaktoren addieren sich nicht nur, sondern multiplizieren sich in ihren Auswirkungen.

Eine gemeinsame Entscheidungsfindung und die motivationale Beratung hin zu einem gesünderen Lebensstil, soll die Patienten dabei unterstützen, besser mit der Erkrankung zu leben mit weniger Schmerzen und einer höheren Lebensqualität.

Die Patientenedukation und -kommunikation sind daher Schlüsselaufgaben nicht nur für die Beziehung zwischen Patient, Arzt und Praxispersonal, sondern auch für die Krankheitsprävention, zur Gesundheitsförderung und für mehr Patientensicherheit.
Daher gilt es als Patient zu wissen, was die persönliche Gesundheit einerseits fördert und andererseits wie dieses Wissen im Alltag in hilfreiches Verhalten umzusetzen wäre.

Für dieses Ziel wurden neue Versorgungsinhalte und Rahmenbedingungen vereinbart gemäß sogenanntem evidenzbasiertem Wissensstand u. a. in Anlagen 12a, 17 und Anhängen, weil

- medizinische Behandlungen nicht mehr ein einseitig biomedizinisches Versorgungsprinzip zugrunde gelegt werden soll, sondern in ein modernes, dank zunehmender wissenschaftlicher Erkenntnisse, sogenanntes bio-psycho-soziales und damit stärker präventiv ausgerichtetes Versorgungskonzept, mit Berücksichtigung der individuellen Lebensbedingungen
- die frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung (v. a. bei rheumatoider Arthritis) über den weiteren Krankheitsverlauf entscheidet
- ein Drittel bis die Hälfte chronisch kranker Patienten die Medikamente nicht so einnimmt, wie der Arzt es verordnet hat, besonders Methotrexat hat eine schlechte Adhärenz. Diese mangelnde Therapietreue kann erhebliche Folgen für die Gesundheit haben.
  Darum besprechen Arzt und Patient gemeinsam das therapeutische Vorgehen. Es ist bekannt, dass Personen, die das Ziel ihrer Therapie kennen, auch eine bessere Adhärenz zeigen
- aufgrund aktueller Empfehlungen der EULAR (2015) Patientenschulungen die Therapieadhärenz und das Selbstmanagement fördern
- gerade auch bei entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formkreises gilt, das Gesundheitsverhalten als Patient aktiv eigenständig zu fördern basierend auf dem nötigen Wissen, was Risiko- und Schutzfaktoren sowie Selbstmanagementstrategien beinhalten
- Polypharmazie bei Multimorbidität durch Verordnung von Medikamenten im Kontext von Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen eine besondere Herausforderung darstellen und daher entsprechend in der Beratung des Patienten zu berücksichtigen sind

| **Allgemeine Aufgaben der EFA®-Rheumatologie (gem. Anlage 12a, 17 & Anhänge)** | | | |
|---|---|---|---|
| **Nicht-medikamentöse Versorgung** | Entzündliche Gelenkerkrankungen | Entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke | Entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes |
| **Die EFA® unterstützt die präventive Information und motivationale Beratung v. a. zu:** | x | x | x |
| • Entzündlichen Gelenkerkrankungen z.B. zur rheumatoiden Arthritis<br>• Entzündlichen Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke (Spondyloarthritiden), z.B. sog. Morbus Bechterew<br>• Entzündlich-rheumatischen Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes (Vaskulitiden und Kollagenosen) z.B. systemischer Lupus erythematodes | | | |
| • bio-psycho-sozialer Anamnese<br>vgl. auch Anamnesebogen (Anhang 13 zu Anlage 17) | | | |
| • einem bewussten Lebensstil mittels nicht-medikamentöser Maßnahmen v. a.<br>➔ zur Bewegung (positive Wirkung auf degenerative Effekte, Schmerzempfinden, Gelenkfunktionen, kardiovaskuläres Risiko, wirkt antientzündlich usw.)<br>○ im Alltag (z. B. Treppensteigen, Hausarbeit, Gehen/ Walken usw.)<br>○ Turn/ Sportvereine bzw. körperliche Aktivität/ Training v. a. Kraft, Ausdauer und Koordinationstraining, Wassergymnastik, Stretching, Tai-Chi, Pilates über das Rezept für Bewegung des DOSB www.sportprogesundheit.de/de/sport-und-gesundheit/rezept-fuer-bewegung/<br>○ Gesundheitsangebote der Krankenkasse über das grüne Rezept (AOK/ Bosch BKK) z. B. zum AOK-Präventionsberater, „Aktiv und genussvoll abnehmen“, Rückenschule und Arthrose Konzept, ggf. auch AOKSports, AOK-proReha (siehe auch www.bw.aok.de/inhalt/aok-gesundheitsangebote-in-ihrer-region/) das Adipositasmodul der Bosch BKK (www.Bosch-BKK.de/Hausarztprogramm-BW) sowie das Kursangebot der Bosch BKK im Bereich Bewegung (www.Bosch-BKK.de/Kursfinder)<br>○ Funktionstraining der Rheuma-Liga durch Muster 56 (Vorlage bei AOK/ Bosch BKK zur Genehmigung) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ➔ zum Rauchstopp (positive Auswirkungen u. a. auf Entzündungen, kardiovaskuläres Risiko wie Bluthochdruck und Schlaganfall sowie auf das rheumatologische Risiko)<br><br>○ Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) **„rauchfrei Ausstiegsprogramm“** www.rauchfrei-info.de &www.rauchfrei-programm.de/<br>○ Deutsches Krebsforschungszentrum (DKFZ) www.dkfz.de/de/tabakkontrolle/Aufhoeren_zu_Rauchen.html<br>○ Curaplan (DMP) Persönliche Raucherberatung & Kurs „Ja, ich werde Nichtraucher“<br>○ AOK Raucherberatung www.Ich-werde-nichtraucher.de sowie Kurs: „Ja, ich will Nichtraucher werden!“<br>○ Nichtraucherseminare im Kursangebot der Bosch BKK (www.Bosch-BKK.de/Kursfinder)<br><br>➔ zur Ernährung/Gewichtsoptimierung (v. a. entzündungshemmend) z. B.<br><br>○ Rheuma-Liga „Alles rund um Ernährung“ www.rheuma-liga.de/ernaehrung/<br>○ www.dge.de (Suchwort: Rheumadiät)<br>○ Mediterrane Ernährung „Alles Gute für Ihr Herz“ Curaplan (DMP) KHK<br>○ „Leichter leben- leichter fühlen“ (siehe auch www.bw.aok.de/inhalt/aok-gesundheitsangebote-in-ihrer-region/)<br>○ „Aktiv und genussvoll abnehmen“ www.abnehmen-mit-genuss.de/<br>○ Adipositasmodul der Bosch BKK (www.Bosch-BKK.de/Hausarztprogramm-BW)<br>○ Ernährungskurse im Kursangebot der Bosch BKK (www.Bosch-BKK.de/Kursfinder)<br>○ zur natürlichen Kalzium und Vitamin D Aufnahme durch die Ernährung/Licht<br>○ ggfs. zur Auswirkung von Folsäure unter dem Blickwinkel der Ernährung<br>○ zu Alkohol, Kaffee und Rauchen wegen möglicher Schleimhautwirkung<br><br>➔ zu Selbsthilfegruppen z.B.<br><br>○ Rheuma-Liga z. B. www.versorgungslandkarte.de/beratungsangebote/<br>○ www.adipositas-gesellschaft.de<br>○ www.adipositasverband.de/<br><br>➔ zu allgemeinen evidenzbasierten Patienteninformationen v. a.<br><br>○ www.rheuma-liga.de<br>○ www.gesundheitsinformation.de | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ○ www.rki.de (Themenheft Entzündlich-rheumatische Erkrankungen – Heft 49)<br>○ www.rheumanet.org (Rheuma Links)<br>○ www.bzga.de<br>○ www.sklerodermie.info<br>○ www.vasculitis.org<br>○ www.dgrh.de → Publikationen → Leitlinien | | | |
| • Motivation zur Teilnahme am DMP (Curaplan) bei Multimorbidität wie z. B. KHK, Asthma, COPD, Diabetes | | | |
| • ggf. Abfrage der vereinbarten Ziele zwischen Arzt und Patient z. B. auch telefonisch im Rahmen der gemeinsamen Entscheidungsfindung und motivationalen Beratung | | | |
| **Rezeptvorbereitung zu örtlichen Bewegungsangeboten bzw. zu nichtmedikamentösen Maßnahmen** | x | x | x |
| 1. „Rezept für Bewegung“ des DOSB über www.aerztekammer-bw.de/news/2015/2015-04/rezept-fuer-bewegung/index.html<br><br>2. „Grünes Rezept“ für die AOK-Präventionsberater und Patientenbegleiter der Bosch BKK<br><br>➔ Korrekte endstellige spezifische Kodierung, einschl. behandlungsrelevanter Diagnosen (Beachtung von Multimorbidität)<br>➔ Ausgewählte Maßnahme zur Gesundheitsförderung/ Prävention vor Ort<br>➔ ggf. Rückmeldung zu den durchgeführten Maßnahmen der Gesundheitsförderung/Prävention (durch zugehöriges Dokument)<br>➔ Rezeptausstellung dokumentieren bzw. speichern<br><br>3. Rheuma-Liga Muster 56 (Funktionstraining)<br><br>Zur Leistungserbringung ist die Genehmigung durch AOK/ Bosch BKK erforderlich. | | | |
| **Medikamentöse Versorgung (obliegt dem Arzt)** | Entzündliche Gelenkerkrankungen | Entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke | Entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes |
| **Die EFA® unterstützt die ärztliche Versorgung v. a.** | x | x | x |
| • zum Medikationsplan des Patienten für das ärztliche Gespräch (abgleichen mit dem Patienten und – sofern fehlend - gegebenenfalls vom HAUSARZT nachfordern)<br>• zur Abfrage nach benötigten Medikamenten und zur Rezeptvorbereitung | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| • bei der Förderung der Adhärenz z.B.: durch die Durchführung von Patientenschulungen zur Selbstinjektion bei subkutan zu verabreichenden Medikamenten<br>• bei der bedarfsgerechten Beratung von Patienten zum rationalen Einsatz von Arzneimitteln (Rabattverträge, Aut Idem etc.)<br>• bei korrekter Arzneimittel-Rezeptausstellung unter Beachtung von Anl.12 Anh.3 | | | |

| **Schnittstellen** | Entzündliche Gelenkerkrankungen | Entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke | Entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes |
|---|---|---|---|
| **Die EFA® fördert die Schnittstellenkommunikation durch die Rückmeldung an die HAUSARZT-Praxis wie auch an weitere Fachärzte v. a. zu:** | x | x | x |
| • spezifischen gesicherten Diagnosen einschließlich relevanter Begleiterkrankungen und entsprechenden ICD-Kodes<br>• nicht-medikamentösen Verordnungen/Empfehlungen<br>• medikamentösen Verordnungen<br>• Unterstützungsmöglichkeiten durch den Sozialen Dienst der AOK/ Patientenbegleitung der Bosch BKK z. B. bei psychosozialen Belastungen oder beruflichen Risikofaktoren gemäß Anhang 4 zu Anlage 17<br>• Übermittlung des ärztlich erstellten Therapieplanes an den Hausarzt und Organisation von darin vereinbarten Kontroll- und Konsiluntersuchungen (Hausarzt, Facharzt z. B. Orthopäde, Kardiologe) | | | |
| **Korrekte Diagnosestellung** | Entzündliche Gelenkerkrankungen | Entzündliche Erkrankungen der Wirbelsäule und einzelner Gelenke | Entzündlich-rheumatische Erkrankungen der Gefäße und des Bindegewebes |
| **Die EFA® behält die korrekte Dokumentation der spezifischen endstelligen ICD-Kodierung auch bei relevanten Begleiterkrankungen im Auge, gemäß www.dimdi.de/ sowie Anhang 2 zu Anlage 12a z. B.:** | x | x | x |
| ➔ Entzündliche Polyarthropathien (M05.- bis M09.-)<br>➔ Herz-, Kreislauferkrankungen (Kapitel I00 bis I99)<br>➔ Adipositas (E66.-)<br>➔ Diabetes mellitus Typ 2 (E11.-)<br>➔ Psychische Folgen oder Ursachen von Schmerzen (F45.4- und F62.80) | | | |

| | | | |
|---|---|---|---|
| ➔ Nikotinabusus (F17.-)<br>➔ Muskuloskelettale Erkrankungen z.B. Gon- und Koxarthrose (M16.- und M17.-) | | | |

# ELEKTRONISCHE ARZTVERNETZUNG

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

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

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

Die elektronische Arztvernetzung startet mit drei Fachanwendungen. Mit der Teilnahme an dem Vertragsmodul „Elektronische Arztvernetzung“ verpflichten sich die FACHÄRZTE zur Schaffung der entsprechenden technischen Voraussetzungen sowie zur adäquaten Nutzung bzw. Angebot an Patienten. Die Art und Weise der Nutzung der jeweiligen Fachanwendungen richtet sich nach der obligatorischen Anforderung und technischen Beschreibung gem. Anlage 10 des Orthopädie- und Rheumatologievertrags (Aufnahme in den Anforderungskatalog Vertragssoftware).

## I. Fachanwendungen

Die elektronische Arztvernetzung beinhaltet nachfolgend aufgeführte Fachanwendungen:

### a) eArbeitsunfähigkeitsbescheinigung (eAU)

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

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

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

**b) eArztbrief**

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

Die Daten werden vor dem Versenden elektronisch signiert.

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

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

Grundsätzlich werden zwei Arten des Versands eines eArztbriefes unterschieden:

**a. Adressierter Versand:**

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

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, über eine Suchmaske einen direkten Empfänger für seinen eArztbrief zu suchen. Hierfür stehen in der Suche verschiedene Merkmale zur Verfügung.

Wenn der FACHARZT über diese Maske einen Adressaten ausgewählt hat, wird der eArztbrief adressiert an diese Einzelarztpraxis/diese BAG/dieses MVZ verschickt.

**Abholung:**

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis, dass er einen neuen eArztbrief zugesendet bekommen hat. Er kann diesen dann aufrufen und weiterverarbeiten.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

**b. Gerichteter Versand:**

Dieser Versand dient dem FACHARZT dazu, einer definierten Empfängergruppe (Empfängergruppe der Praxis) einen Brief zuzusenden, ohne dass beim Versand der Adressat namentlich bekannt ist. Näheres regelt die Beschreibung der Fachanwendung eArztbrief.

Der FACHARZT hat die Möglichkeit, eine Empfängergruppe zu wählen. Jeder FACHARZT gibt bei seiner Teilnahmeerklärung die Empfängergruppe an, deren typischen Leistungen Bestandteil seines Leistungsangebots sind (z.B. Diabetologie).

**Abholung:**

Der FACHARZT erhält von seiner Vertragssoftware automatisch einen Hinweis auf den Eingang eines gerichtet versendeten eArztbriefes, wenn die Karteikarte des betreffenden Patienten geöffnet wird und die Versichertenkarte des Patienten im aktuellen Quartal eingelesen wurde. Er kann sich dann entscheiden, diesen Arztbrief in sein System zu importieren.

Wenn ein eArztbrief vom Server abgeholt wurde, so steht er keinem anderen Arzt mehr zur Verfügung.

Bezüglich der Abholung gilt, dass es keine Verpflichtung gibt, innerhalb eines bestimmten Zeitraums die Dokumente entgegenzunehmen. Jedoch ist zu beachten, dass sämtliche bis zum Ende des Folgequartals nicht abgeholten eArztbriefe automatisch gelöscht werden.

**c) HAUSKOMET (hausärztlich kontrollierte medikamentöse Therapie)**

Bei HAUSKOMET handelt es sich um einen zentralen, durch den HAUSARZT gepflegten Medikationsspeicher zu einem Patienten mit AMTS-Funktionalität. FACHÄRZTE können lesend auf den Medikationsspeicher zugreifen und Ergänzungen in Form von Änderungsdatensätzen angeben. Haus- und Facharzt verantworten die Sicherheit der Pharmakotherapie gemeinsam, der HAUSARZT entscheidet im Sinne eines finalen Editors über die Änderungsdatensätze und übernimmt diese in den Medikationsspeicher. Unerwünschte Arzneimittelwirkungen werden von den beteiligten Haus- und Fachärzten über ein AMTS-Modul geprüft. Der Arzt-zu-Arzt-Austausch von Medikationsinformationen auf elektronischen Weg wird berücksichtigt und fokussiert. HAUSKOMET ermöglicht die Schaffung einer Zusammenstellung von Medikationsinformationen, die vollumfänglich strukturiert verwendet werden können, z.B. für einen elektronischen AMTS-Check.

## II. Teilnahme des FACHARZTES

Die Teilnahme ist gegenüber der Managementgesellschaft durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach diesem Anhang des Orthopädie- und Rheumatologievertrags („Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung“) schriftlich zu beantragen. Voraussetzung für die Teilnahme ist der Nachweis über die Installation des Vertragssoftwaremoduls zur elektronischen Arztvernetzung. Nach Eingang der Teilnahmeerklärung des FACHARZTES wird der FACHARZT mit Ausstellung der Teilnahmebestätigung als Teilnehmer der Vernetzung geführt. Im

Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zur elektronischen Arztvernetzung stimmt der FACHARZT der Veröffentlichung seiner Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung sowohl im Rahmen der Fachanwendungen als auch auf den Web-Angeboten der Vertragspartner zu.

## III. Kündigung der Teilnahme des FACHARZTES

Ein an der Vernetzung teilnehmender FACHARZT kann seine Teilnahme an der Vernetzung mit einer Frist von 4 Wochen zum Kalenderquartalsende schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft kündigen. Mit dem Folgequartal wird der Arzt nicht mehr als Teilnehmer der Vernetzung geführt.

## IV. Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung

Zur Ausschüttung des erfolgsbasierten Zuschlags im Rahmen der elektronischen Arztvernetzung (eAV) müssen die beiden nachstehend genannten Voraussetzungen im jeweiligen Abrechnungsquartal erfüllt sein:

1) Strukturelle Quote - Teilnahmequote eAV (Grundvoraussetzung)

Die Teilnahmequote eAV für das jeweilige Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Anzahl der aktiv an der eAV gem. Ziffer II teilnehmenden HAUS- bzw. FACHÄRZTE, dividiert durch die Gesamtzahl aller an der HZV bzw. Facharztvertrag teilnehmenden HAUS- bzw. FACHÄRZTE (außer teilnehmende HZV-Ärzte der Anlage 12a und Psychotherapeuten). Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um den prozentualen Anteil zu ermitteln.

Die zu erfüllenden Teilnahmequoten ergeben sich, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr, aus der nachfolgenden Tabelle. Die Teilnahmequote ist nur dann erreicht, wenn mindestens die geforderten Anteile sowohl der HAUS- als auch der FACHÄRZTE erreicht werden.

| Jahr | Anteil teilnehmender HZV-Ärzte | | Anteil teilnehmender 73c/ 140a-Fachärzte |
|---|---|---|---|
| 2020 | 50% | + | 50% |
| 2021 | 60% | | 60% |
| Ab 2022 | 75% | | 75% |

2) Umsetzungsquote - Versichertenanteil mit Anwendung eArztbrief (eAB) oder HAUSKOMET (HK)

Die Umsetzungsquote für das jeweilige Abrechnungsquartal ergibt sich aus der Anzahl der HZV-Versicherten, in deren Behandlung im betreffenden Quartal mindestens eine Fachanwendung (eAB oder HK gem. Ziffer I lit. b) oder c)) innerhalb der HZV oder der Facharztverträge eingesetzt wurde, dividiert durch die Gesamtzahl aller eingeschriebenen HZV-Versicherten (ohne Versicherte, die bei Kinder- und Jugendärzten gem. Anlage 12a eingeschrieben sind). Dieser Quotient wird mit 100 multipliziert, um den prozentualen Anteil zu ermitteln.

Die zu erfüllende Umsetzungsquote ergibt sich, bezogen auf das jeweilige Kalenderjahr, aus der nachfolgenden Tabelle.

| Jahr | Anteil HZV-Versicherter mit Anwendung eAB und/oder HK an allen HZV-Versicherten |
|---|---|
| 2020 | 10% |
| 2021 | 12,5% |
| Ab 2022 | 15% |

# Anhang 6 zu Anlage 12a

## Messenger-Lösung im Rahmen der ELEKTRONISCHEN ARZTVERNETZUNG

Nicht besetzt

## Abrechnungsprüfkriterien

(1) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung des FACHARZTES auf Vertragsmäßigkeit und Plausibilität (§§ 19, 20 des Vertrages, **Anlage 12**) im Hinblick auf die gesetzlich und vertraglich ordnungsgemäße Leistungserbringung und die formal richtige Abrechnung der erbrachten Leistungen (ordnungsgemäße Dokumentation über und gemäß den Vorgaben der Vertragssoftware). Zusätzlich führen die AOK bzw. die BKK eine solche Prüfung anhand der AOK- bzw. BKK-Abrechnung der Managementgesellschaft durch.

(2) Die Prüfung erfolgt **insbesondere** anhand der folgenden Daten:

a) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Teilnahme am Vertrag;

b) Vorliegen der Voraussetzungen zur vertragskonformen Erbringung der Leistungen und der Zuschläge (erforderliche Qualifikationen, Ausstattung, um Leistungen zu erbringen);

c) Vorliegen vollständiger Abrechnungsdatensätze;

d) Angabe der erforderlichen Diagnosendokumentation gemäß ICD 10 (endstellig, korrekt, aktuell);

(3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK – bzw. BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. Anlage 12 übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.

(4) Die Prüfungen erfolgen soweit technisch möglich automatisiert und basierend auf der durch den FACHARZT über die Vertragssoftware nach ihrem jeweiligen Entwicklungsstand (**Anlage 10)** übermittelten Dokumentation.

(5) Die Managementgesellschaft erfasst die nach ihrer Prüfung und der Prüfung der AOK bzw. BKK gesetzlich und vertraglich im Sinne der vorstehenden Absätze ordnungsgemäß erbrachten Leistungen in einem dem FACHARZT übersandten Abrechnungsnachweis (§ 19 Abs. 5 des Vertrages). Zu Einzelheiten der Prüfung und Versendung des Abrechnungsnachweises sowie zu möglichen Abrechnungskorrekturen wird auf das in den §§ 19, 20 des Vertrages und **Anlage 12** ABSCHNITTE III und IV niedergelegte Verfahren verwiesen.

(6) Die Managementgesellschaft und die AOK bzw. die BKK unterrichten sich wechselseitig unverzüglich über auffällige Abrechnungen von FACHÄRZTEN.

(7) Wenn die Prüfungen gemäß Ziffer 2 Auffälligkeiten ergeben, kann neben der vertraglich vorgesehenen Abrechnungskorrektur das Verfahren nach **Anlage 15** Anwendung finden.

(8) **Bei einer Änderung der Vergütungsregelung nach Maßgabe von § 19 Abs. 2 des Vertrages wird als Teil dieser Änderung eine gegebenenfalls erforderliche Anpassung der Abrechnungskriterien vorgenommen.**

## Prüfwesen

## Abschnitt I: Prüfung der Wirtschaftlichkeit und der Qualität der Leistungserbringung

(1) Die AOK bzw. die BKK prüfen die Abrechnungen der FACHÄRZTE über die Abrechnungsprüfkriterien der **Anlage 13** im Rahmen der Prüfung der AOK- bzw. BKK-Abrechnung (§ 20 Abs. 1 des Vertrages) hinaus insbesondere hinsichtlich

a) des Bestehens und des Umfangs ihrer Leistungspflicht;

b) der Plausibilität von Art und Umfang der für die Behandlung eines Versicherten abgerechneten Leistungen, auch in Bezug auf die angegebene Diagnose;

c) der Plausibilität der Zahl der von eingeschriebenen Versicherten in Anspruch genommenen FACHÄRZTE und sonstigen Ärzten und der dabei abgerechneten Leistungen durch Überprüfung der FACHARZT -Abrechnung und der Abrechnung der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg auf Grundlage der ihr insoweit über die aus der Umsetzung des Vertrags hinaus vorliegenden Daten;

d) der Plausibilität von Verordnungen im Rahmen dieses Vertrags – auch in Verbindung mit Verordnungen aus der kollektivvertraglichen Versorgung soweit davon eingeschriebene Versicherte betroffen sind.

(2) Die AOK bzw. die BKK kann (z. B. über Versichertenbefragungen) auch die Leistungserbringung der FACHÄRZTE hinsichtlich der Leistungsqualität (z.B. die grundsätzliche Einhaltung von Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2**) sowie die Einhaltung der sonstigen vertraglichen Verpflichtungen, insbesondere gemäß § 5 des Vertrages (z.B. werktägliche Sprechstunde, Abendsprechstunde) überprüfen.

(3) Durch das Verfahren nach den vorstehenden Absätzen 1 und 2 soll die gesetzeskonforme, vertragsgemäße, qualitativ hochwertige und wirtschaftliche Leistungserbringung sichergestellt werden. Unnötiger bürokratischer Prüfaufwand soll vermieden werden.

(4) Die AOK und die BKK unterrichten die Managementgesellschaft über die Durchführung der Prüfungen gemäß den vorstehenden Absätzen 1 und 2 und deren Ergebnisse, soweit sie diesen Vertrag betreffen.

(5) Wenn die Prüfungen gemäß Absatz 1 Auffälligkeiten ergeben, die diesen Vertrag betreffen, kann die Managementgesellschaft den betroffenen FACHARZT zu einer schriftlichen Stellungnahme auffordern. Lassen sich die Auffälligkeiten durch die schriftliche Stellungnahme nicht vollständig ausräumen oder wird eine Stellungnahme

nicht innerhalb angemessener Frist vorgelegt, führt die Managementgesellschaft in der Regel mit dem FACHARZT ein Gespräch (telefonisch oder persönlich). Der FACHARZT ist verpflichtet, an diesem Gespräch teilzunehmen. Das Gespräch dient dazu, die durch die Prüfung entstandenen Auffälligkeiten soweit möglich auszuräumen. Seitens der Managementgesellschaft kann mit Zustimmung des FACHARZTES ein von BVOU, BNC, MEDI Baden-Württemberg e.V. und/oder von der AOK/BKK vorgeschlagener Arzt/eine Ärztin oder ein sonstiger Mitarbeiter der AOK oder BKK hinzugezogen werden. Der FACHARZT kann einen Beistand, maximal 2 Personen, hinzuziehen. Für Prüfungen gemäß Abs. 1 lit. d kann die Managementgesellschaft darüber hinaus auch FACHÄRZTE beauftragen, einen FACHARZT, der gemäß Abs. 1 auffällig ist, hinsichtlich der Klärung von Auffälligkeiten persönlich oder telefonisch zu kontaktieren. Sowohl die Managementgesellschaft als auch die von der Managementgesellschaft beauftragten FACHÄRZTE erhalten von der AOK/BKK zur Erfüllung ihrer Aufgabe die Adressen des betreffenden FACHARZTES, der gemäß Abs. 1 auffällig wurde, mitgeteilt. Zur Identifizierung der konkreten Fälle erhalten die Managementgesellschaft und die beauftragten FACHÄRZTE neben dem Sachverhalt und Zeitraum das Geburtsjahr und das Geschlechtsmerkmal des betroffenen, eingeschriebenen Versicherten mitgeteilt.

(6) Lassen sich die Auffälligkeiten durch das Gespräch nach Absatz 5 und eine Abrechnungskorrektur durch die Managementgesellschaft nicht klären bzw. beseitigen (§ 19 Abs. 5 bzw. Abs. 9 des Vertrages), erfolgt die Abstimmung von im Einzelfall angemessenen Maßnahmen (z.B. Hinweise, Beratungen) im Abrechnungsgremium. Das Abrechnungsgremium setzt sich aus jeweils zwei Vertretern der Managementgesellschaft und der AOK bzw. zwei Vertretern der BKK zusammen. Unbeschadet des vorstehenden Satzes kann die Managementgesellschaft rechtliche Schritte gemäß § 8 Absatz 4 des Vertrages einleiten (Abmahnung bis hin zur fristlosen Kündigung).

(7) Falls nach Durchführung des Verfahrens gemäß Ziffern 5 und 6 konkrete Anhaltspunkte für schwerwiegende Verstöße gegen den Vertrag bestehen, die nicht ausgeräumt werden können, kann die AOK oder die BKK in begründeten Einzelfällen als ultima ratio Schweigepflichtentbindungserklärungen von den betroffenen Patienten einholen und entsprechende Einsicht in die Patientenakten nehmen oder Patienten befragen. Dem FACHARZT wird vor einer solchen Maßnahme erneut Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von mindestens 6 Wochen gegeben.

(8) Die AOK und die BKK können, sofern dazu Veranlassung besteht, die Managementgesellschaft zu einer gezielten Abrechnungsprüfung hinsichtlich einzelner Abrechnungsprüfkriterien gemäß **Anlage 13** auffordern. Die Managementgesellschaft kann, sofern dazu Veranlassung besteht, die AOK oder die BKK zu Prüfungen nach dieser **Anlage 15** auffordern.

(9) Die Prüfungen gemäß dieser Anlage können im Auftrag der AOK oder BKK auch durch Auftragnehmer im Sinne des § 80 SGB X durchgeführt werden.

(10) Eine sachlich-rechnerische Richtigstellung nach § 19 Abs. 5. bzw. 9 des Vertrages bleibt von Maßnahmen nach dieser Anlage 15 unberührt.

(11) **Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass das Prüfwesen fortzuschreiben und an aktuelle Entwicklungen anzupassen ist.** Zur näheren Ausgestaltung des Prüfverfahrens wird der Beirat Verfahrensregelungen im Einzelnen vorschlagen.

## Abschnitt II: Verhältnis zu § 106

(1) § 106 SGB V bleibt im Übrigen unberührt.

(2) Wird im Rahmen der Wirtschaftlichkeitsprüfung gemäß §§ 106 SGB V und 106b SGB V von der Gemeinsamen Prüfungsstelle oder vom Gemeinsamen Beschwerdeausschuss ein rechtskräftiger Bescheid ausgestellt, ist MEDIVERBUND verpflichtet im Auftrag der AOK/BKK, den Anteil der Nachforderung, der auf die selektivvertragliche Versorgung nach diesem VERTRAG entfällt, bei dem FACHARZT einzufordern. Für die Fälle in denen FACHÄRZTE einer Verrechnung mit den Honorarzahlungen zustimmen, muss MEDIVERBUND eine Verrechnung vornehmen und den Zahlungseingang sicherstellen. Eine Ratenzahlung ist auf max. 5 Monate begrenzt. Der FACHARZT wird über den festgesetzten Betrag durch ein Rechnungsstellungsverfahren in Kenntnis gesetzt. FACHÄRZTE ohne Honorarauszahlungen, z.B. aufgrund der Beendigung der Vertragsteilnahme oder Insolvenz, sind von der Regelung ausgeschlossen. Der Einzug wird in diesen Fällen von der AOK/BKK übernommen. Zudem erfolgt bei Regressforderungen über 15.000 € der Regresseinzug direkt durch die AOK/BKK. Gleiches gilt für FACHÄRZTE, die einer Aufrechnung/Verrechnung mit den Abschlags- bzw. Restzahlungen widersprechen.

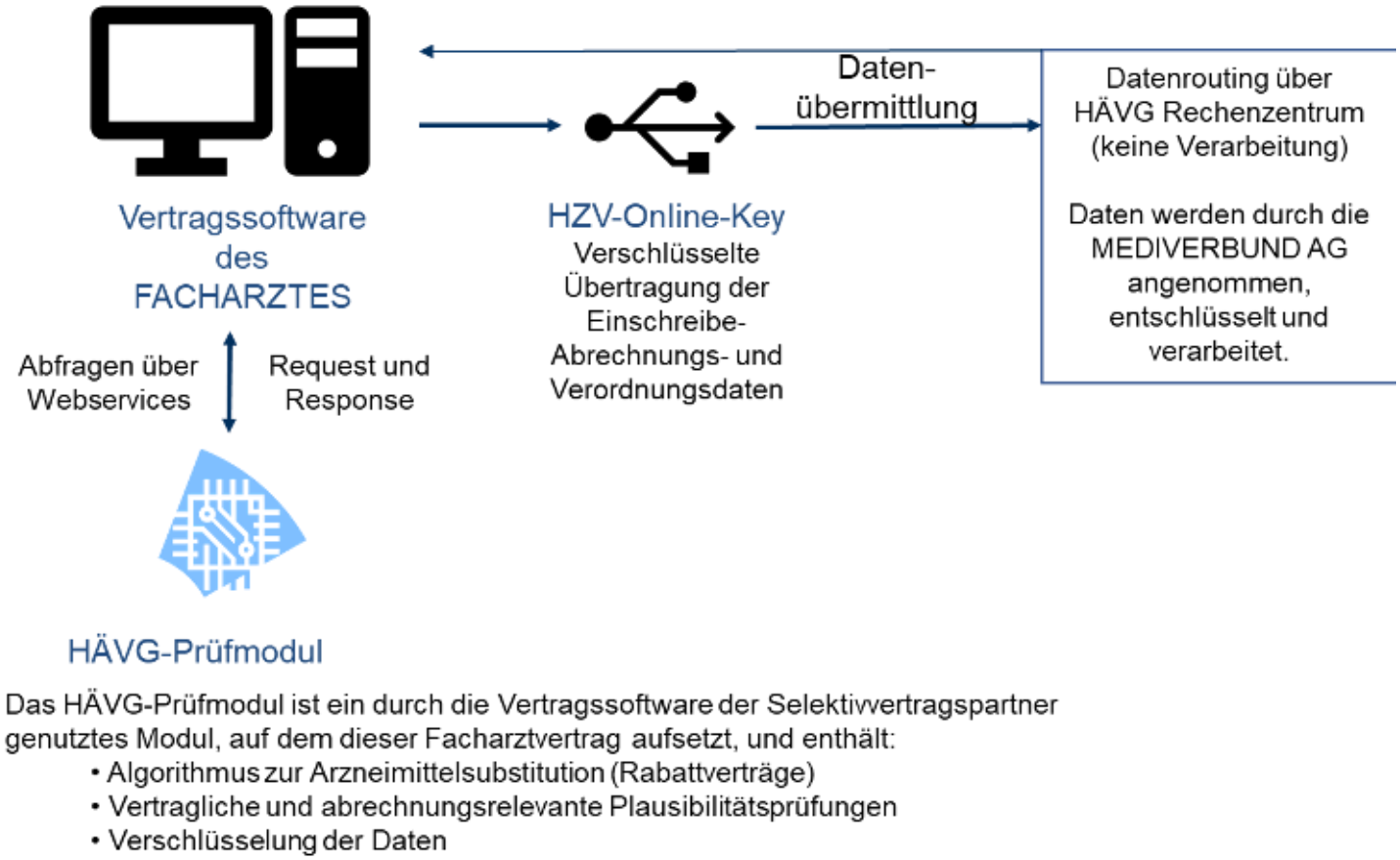
**Anlage 16**

# Datenschutz

## Datenübermittlung

### I. Schaubild der Datenübermittlung

Übermittlung der Einschreibe- und Abrechnungsdaten vom FACHARZT an die Managementgesellschaft:




Das HÄVG-Prüfmodul ist ein durch die Vertragssoftware der Selektivvertragspartner genutztes Modul, auf dem dieser Facharztvertrag aufsetzt, und enthält:

- Algorithmus zur Arzneimittelsubstitution (Rabattverträge)
- Vertragliche und abrechnungsrelevante Plausibilitätsprüfungen
- Verschlüsselung der Daten

### II. Datenübermittlung vom FACHARZT an die Managementgesellschaft gem. § 295a Abs. 2 SGB V:

- Informationen über den abrechnenden Arzt (BSNR, LANR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, ggf. Telefon und Fax)

- Informationen zur verwendeten Software (KV- Prüfnummer, System-ID, Name der Software, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)

- Informationen zum HÄVG-Prüfmodul (HÄVG-Prüfmodul-ID, Name, Version, Ansprechpartner des Softwarehauses mit Kontaktdaten)

- Identifikator für den Facharztvertrag

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Straße, PLZ, Ort, Geburtsdatum, Geschlecht, Kassen-IK, Versichertennummer und Status)

- Abrechnungsrelevante Daten (Art der Inanspruchnahme, Abrechnungsziffern, Diagnosen-Text, Diagnosen-Code, Art der Diagnosen, Behandlungsdatum, verwendete ICD-Version, Seitenlokalisation, Diagnosesicherheit)

- LANR und BSNR des überweisenden Arztes

- ggf. Informationen zu Stellvertretern (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name)

- Informationen zur Weiterüberweisung (Überweisungsdatum, Quartal, Geschlecht, Überweisung an, Überweisungsart, Auftragsart, Unfallkennzeichen)

- Hinweise zur Medikamentenverordnung (Aut idem, Anzahl, PZN, ATC, Preis, Gebührenpflicht, Begründungspflicht, Impfstoff, Sprechstundenbedarf, Verordnungszeitpunkt, Freitext)

## III. Datenübermittlung von der Managementgesellschaft an die AOK/Bosch BKK

- Informationen über den abrechnenden Arzt (LANR, BSNR, MEDIVERBUND-ID, ggf. akademischer Grad, Vorname, Name, LANR und BSNR des überweisenden Arztes)

- Angaben zum abzurechnenden Versicherten (Versicherten-ID, Vorname, Name, Versichertennummer, Kassen-IK, Status, Geschlecht, Abrechnungsziffern, präventive bzw. kurative Behandlungsfälle, ICD-10 Diagnosen, OPS, Behandlungsdatum, Art der Inanspruchnahme)

## IV. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und teilnehmenden FACHÄRZTEN

Die Zusammenarbeit der Parteien nach Maßgabe des Facharztvertrages bringt es mit sich, dass die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die teilnehmenden FACHÄRZTE gemeinsam über die Zwecke und/oder Mittel im Bereich der Verarbeitung von Versichertendaten im Rahmen der Versicherteneinschreibung gem. § 4 des Facharztvertrages und der Abrechnung gem. Abschnitt V des Facharztvertrages bestimmen und durch ihre Zusammenarbeit als gemeinsame Verantwortliche iSv Art. 26 iVm Art. 4 Nr. 7 DSGVO agieren. Dementsprechend regeln die Parteien nachfolgend ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Versichertendaten i.S.d. Art. 26 DSGVO.

## 1. Zweck der Verarbeitung:

(1) Die Verarbeitung von Daten ist der Managementgesellschaft, der AOK/Bosch BKK und den teilnehmenden FACHÄRZTEN nur zum Zweck der Erfüllung des Facharztvertrages und nach Maßgabe der datenschutzrechtlichen Vorschriften gestattet. Die Daten und die daraus erzielten Verarbeitungsergebnisse werden ausschließlich für die Erfüllung und nach den vereinbarten Vorgaben des Vertrages verwendet. Die Managementgesellschaft und die AOK legen die Inhalte des Facharztvertrages gemeinsam fest.

(2) Die Parteien bewahren die verarbeiteten Daten jeweils im eigenen Zuständigkeitsbereich unter Verschluss bzw. unter Einsatz entsprechender technischer Mittel vor unbefugtem Zugriff gesichert und nur solange auf, wie es für die Erfüllung der genannten Leistungen erforderlich ist, es sei denn, zwingende gesetzliche Vorschriften sehen eine entsprechend längere Aufbewahrungsfrist vor. Für die Beachtung der gesetzlichen Aufbewahrungsfristen ist jede Partei selbst verantwortlich.

(3) Der Umfang und Inhalt der von den Versicherten im Rahmen der besonderen Versorgung verarbeiteten Daten ergeben sich aus §§ 140a, 295 und 295a SGB V i.V.m. dem Facharztvertrag.

## 2. Informationspflichten gegenüber den Versicherten gem. Art. 13 DSGVO

(1) Die Informationsplichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT erfüllt. Die Versicherten werden vom HAUSARZT/FACHARZT mit der Teilnahmeerklärung und dem dazugehörigen Merkblatt über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

(2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK legen gemeinsam den Inhalt und die Formulierung dieser Informationen im Einzelnen fest.

## 3. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der Versicherten gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der Versicherten nach Art. 15 ff. ist die AOK/Bosch BKK verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und Merkblätter der Versicherten gem. Anlage 7.

## 4. Datensicherheit

Jede Partei trägt im Rahmen ihres Verantwortungsbereiches die Gewähr dafür, dass die in Art. 32 DSGVO genannten technischen und organisatorischen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit getroffen worden sind und eingehalten werden.

## 5. Vorgehen bei Datenschutzverletzungen/Kommunikation mit Aufsichtsbehörden

(1) Für die Prüfung und Bearbeitung aller Verletzungen des Schutzes personenbezogener Daten, einschließlich der Erfüllung deshalb bestehender Meldepflichten gegenüber der zuständigen Aufsichtsbehörde (Art. 33 DSGVO) bzw. den Betroffenen (Art. 34 DSGVO) ist jede Partei selbst zuständig.

(2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterrichten sich gegenseitig unverzüglich über den Verdacht auf Datenschutzverletzungen oder andere Unregelmäßigkeiten bei der Datenverarbeitung und bei Störungen des Verarbeitungsablaufs.

## 6. Haftung

(1) Die Parteien haften gegenüber den Betroffenen nach Art. 82 DSGVO.

(2) Die Managementgesellschaft, die AOK/Bosch BKK und die FACHÄRZTE haften nach Maßgabe der gesetzlichen Bestimmungen für Schäden, die infolge eines schuldhaften Verstoßes gegen die Datenschutzbestimmungen und/oder durch die schuldhafte Verletzung dieser Vereinbarungen entstehen. Eine Partei, die von Dritten oder einer weiteren Partei im Zusammenhang mit der Verletzung von gesetzlichen und vertraglichen Datenschutzbestimmungen in Anspruch genommen wird, hat gegen die Partei, in deren Verantwortungsbereich gemäß der Zuordnung der Verantwortung für die Datenverarbeitung die Einhaltung der verletzten Datenschutzvorschriften fällt, einen Anspruch auf Freistellung von sämtlichen dieser Ansprüche.

(3) Im Innenverhältnis haften die Parteien einander nur für ihren Anteil an der haftungsauslösenden Ursache. Nummer 6 Absatz 2 Satz1 gilt entsprechend im Falle einer gegen eine Partei wegen eines Verstoßes gegen Datenschutzvorschriften verhängten Geldbuße, sofern die mit der Geldbuße belegte Partei die Rechtsmittel gegen den Bußgeldbescheid ausgeschöpft hat. Bleibt eine Partei mit einer Geldbuße belastet, die nicht ihrem Verantwortungsanteil an dem Verstoß entspricht, ist die jeweils andere Partei verpflichtet, sie von der Geldbuße in dem Umfang freizustellen, in dem sie die Verantwortung für den sanktionierten Verstoß trägt. Ungeachtet dessen bleibt durch diesen Vertrag die volle Eigenverantwortung der Parteien gegenüber Betroffenen unberührt (Art. 26 Abs. 3 DSGVO).

## 7. Sonstige Pflichten

(1) Die Parteien werden alle mit der Datenverarbeitung beschäftigten Personen schriftlich zur Vertraulichkeit im Hinblick auf die Daten verpflichten.

(2) Jede Partei führt für sich ein eigenes Verzeichnis zu allen Kategorien von in gemeinsamer Verantwortung durchgeführten Tätigkeiten der Verarbeitung, das alle Angaben nach Art. 30 Abs. 2 DSGVO enthält.

(3) Sofern und solange die gesetzlichen Voraussetzungen gegeben sind, bestellt jede Partei selbst einen fachkundigen und zuverlässigen Datenschutzbeauftragten gemäß Art. 37 DSGVO.

# V. Datenschutzvereinbarungen zwischen der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK

(1) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK verarbeiten über den Regelungsbereich von **Ziffer III** hinaus im Rahmen dieses Vertrages gemeinsam die Daten der teilnehmenden FACHÄRZTE gemäß den Bestimmungen von **Abschnitt IV des Facharztvertrages**. Nachfolgend regeln die Managementgesellschaft und die AOK ihre datenschutzrechtlichen Rechte und Pflichten in Bezug auf die gemeinsame Verarbeitung der Daten i.S.d. Art 26 DSGVO in diesem Verarbeitungsbereich.

(2) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet für ihren Zuständigkeitsbereich den Datenverarbeitungsablauf lückenlos und soweit technisch möglich revisionssicher zu dokumentieren. Die entsprechende Dokumentation ist für einen Zeitraum von 12 Monaten vorzuhalten und bei Bedarf der Managementgesellschaft und der AOK/Bosch BKK vorzulegen.

(3) Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind nur berechtigt, die Daten im Geltungsbereich des Sozialgesetzbuches oder eines Mitgliedsstaates der EU oder eines anderen Vertragsstaates des Abkommens über den EWR zu verarbeiten.

## 1. Informationspflichten gegenüber den FACHÄRZTEN gem. Art. 13 DSGVO

(1) Die Informationsplichten nach Artikel 13 DSGVO gegenüber dem teilnehmenden FACHARZT werden von der Managementgesellschaft erfüllt. Der FACHARZT wird von der Managementgesellschaft im Rahmen der Teilnahmeerklärung der Ärzte (Anhang zu Anlage 1) sowie dieser Anlage 16 (Ziffer VI) über die erforderlichen Informationen und die wesentlichen Inhalte der Vereinbarung gem. Art. 26 DSGVO in präziser, transparenter, verständlicher und leicht zugänglicher Form unentgeltlich informiert.

## 2. Wahrnehmung sonstiger Betroffenenrechte der FACHÄRZTE gem. Art. 15 ff. DSGVO

Für die Erfüllung der Betroffenenrechte der FACHÄRZTE nach Art. 15 ff. ist die Managementgesellschaft verantwortlich. Ungeachtet dessen, sind sich die Parteien einig, dass sich betroffene Personen zwecks Wahrnehmung ihrer Betroffenenrechte an alle Parteien wenden können. In diesem Fall wird die jeweils andere Partei das Ersuchen an die zuständige Partei unverzüglich weiterleiten. Näheres hierzu regeln die Teilnahmeerklärungen und der FACHÄRZTE.

## 3. Verpflichtung auf das Sozialgeheimnis

Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK sind verpflichtet, für die vertragsgemäße Datenverarbeitung nur Personen einzusetzen, die auf das Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I verpflichtet sind. Ferner stellen sie sicher, dass das von ihnen eingesetzte Personal im Sinne der Datenschutzvorschriften ausreichend informiert, angewiesen und auf die Vertraulichkeit verpflichtet wurde.

## 4. Sonstige Rechte und Pflichten

(1) Die nach der DSGVO, dem BDSG oder anderen Regelungen im Sozialgesetzbuch erforderlichen Meldungen über die Datenverarbeitung an die zuständigen Aufsichtsbehörden nehmen die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK in eigener Zuständigkeit wahr.

(2) Änderungen und Nebenabreden zu dieser Datenschutzanlage bedürfen der Schriftform und sind von allen Vertragsparteien zu unterschreiben. Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft und/oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem im Vertrag genannten Vertragsende hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Leistungen verarbeiteten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.

(3) Die Verletzung von gesetzlichen oder vertraglichen Datenschutzbestimmungen durch eine Partei ist stets ein wichtiger Grund für die Managementgesellschaft und die AOK zur außerordentlichen Kündigung des Vertrages. Dies gilt auch, wenn ein Auftragnehmer gegen gesetzliche oder vertragliche Datenschutzbestimmungen verstößt und dieses Verhalten einem Vertragspartner zuzurechnen ist.

(4) Mögliche Auftragnehmer der Managementgesellschaft oder der AOK/Bosch BKK müssen auch nach dem Ende des Vertrages hinsichtlich der im Rahmen der Abwicklung der vertraglich vereinbarten Daten zur Geheimhaltung verpflichtet werden. Die AOK und die Managementgesellschaft unterliegen entsprechend der Geheimhaltungspflicht.

(5) Im Übrigen gelten die getroffenen Vereinbarungen aus **Ziffer III** für die Managementgesellschaft und die AOK/Bosch BKK entsprechend für den Verarbeitungsbereich von **Ziffer IV**.

## VI. Information für den FACHARZT gem. Artikel 13 EU-Datenschutz-Grundverordnung über die Verarbeitung personenbezogener Daten im Rahmen der Teilnahme und des Teilnahmeantrages am Facharztvertrag

(1) Rechtsgrundlagen der Datenverarbeitung durch den MEDI Baden-Württemberg e.V., den BVOU, BNC – vertreten durch ANC BWN - , BDRh – in enger Abstimmung mit Rheumaexperten BW eG und die Managementgesellschaft zum Zweck der Teilnahme des Arztes an dem Facharztvertrag ist Art. 5 und Art. 6 Abs. 1 lit. b) DSGVO in Verbindung mit dem Facharztvertrag nach § 140a SGB V. Die Datenverarbeitung erfolgt in Kenntnis des betroffenen Vertragsarztes bzw. FACHARZTES. Er kennt den Inhalt des Vertrages und die mit Eingehung, Durchführung und Beendigung seiner Teilnahme am Vertrag verbundene Datenverarbeitung. Die Daten werden ausschließlich für diese Zwecke verarbeitet.

(2) Empfänger der Daten des FACHARZTES sind die jeweilige Krankenkasse und Ihre Dienstleister sowie die Managementgesellschaft, MEDI Baden-Württemberg e.V. und die teilnehmenden Berufsverbände BVOU, BNC – vertreten durch ANC BWN - , BDRh – in enger Abstimmung mit Rheumaexperten BW eG.

(3) Die Dauer der Datenverarbeitung ergibt sich aus Vertrag sowie aus Gesetz. Nach Ablauf der vertraglichen und gesetzlichen Fristen werden die entsprechenden Daten gelöscht.

(4) Der FACHARZT hat das Recht auf Auskunft zu seinen Daten (Art. 15 Abs. 1 und Abs. 2 DSGVO), auf Löschung seiner Daten (Art. 17), auf Berichtigung seiner Daten z.B. falscher Daten (Art. 16 Satz 1) und auf Sperrung seiner Daten (Art. 18) sowie ein Recht auf Datenübertragbarkeit (Art 20 DSGVO) und ein Beschwerderecht (Art. 77 DSGVO). Hierfür wendet er sich an die verantwortliche Stelle:

MEDIVERBUND AG
Industriestraße 2
70565 Stuttgart
Telefon: (07 11) 80 60 79-0
Fax: (07 11) 80 60 79-555
E-Mail: datenschutz-team@medi-verbund.de

(5) Datenschutzbeauftragter der MEDIVERBUND AG, Industriestraße 2, 70565 Stuttgart; Tel. 0711 80 60 79-0; ist Herr Markus Zechel; migosens Datenschutz Service Desk, Wiesenstraße 35, 45473 Mühlheim a. d. Ruhr, Tel.: 0208 993 95 112, Email: datenschutz@migosens.de, Internet: www.migosens.de.

(6) Beschwerden gegen die Datenverarbeitung durch die Krankenkasse sowie gegen die Datenverarbeitung durch die Managamenentgesellschaft sind an die verantwortliche Stelle zu richten. Alternativ besteht ein Beschwerderecht gegenüber einer Aufsichtsbehörde. Die Aufsichtsbehörde in Baden-Württemberg:

Der Landesbeauftragte für den Datenschutz und die Informationsfreiheit
Hausanschrift:

Königstrasse 10 a
70173 Stuttgart

Postanschrift:
Postfach 10 29 32 70025 Stuttgart
Tel.: 0711/615541-0
Fax: 0711/615541-15

# Therapieempfehlung der Arzneimittelkommission (AMK) der Vertragspartner zur medikamentösen Behandlung

# Behandlungspfad

# „Medikamentöse Versorgung Osteoporose“

Die Basis dieses Behandlungspfads stellen die jeweils aktuell gültigen Leitlinien des DVO (Dachverband Osteologie e.V.) dar [1].

## Diagnostik

Empfehlung zur Basisdiagnostik

- Bei einem 10-Jahres Risiko >20% für eine Schenkelhals- oder Wirbelkörperfraktur
- Generelle Risikoabschätzung bei auftretenden Frakturen ab 50 Jahren
- Risikoabschätzung für Osteoporose bei Personen ab 50 Jahren mit Risikofaktoren

## Basistherapie

Indikation

- Im Rahmen der Prophylaxe alle Risikopatienten der Basisdiagnostik unabhängig von der spezifischen Medikation
- V. a. Patienten mit spezifischer antiresorptiver Medikation zur Vermeidung von Hypokalzämien

Maßnahmen

- Bio-psycho-soziale Anamnese gemäß Anlage 12
- Nicht-medikamentöse Maßnahmen
  - vgl. Anlage 12, 17 und Anhang 1 zu Anlage 17 sowie [2], [3]
  - Beratung u.a. zu Bewegung (Muskelkraft verbessern, Mobilisation fördern, Koordination verbessern durch spezielle Übungen, aktiven Lebensstil fördern um chronische Schmerzen bei osteoporotischer Fraktur zu reduzieren), Ernährung (u. a. Calcium- und Proteinreiche Kost, weniger phosphatreiche Nahrungsmittel), Reduktion von Alkohol- und Nikotinkonsum, Untergewicht vermeiden (BMI > 20 kg/m$^2$)
  - Beratung zu Sturzrisiko (Sturzanamnese, Sturzrisiko, relevante Vorerkrankungen – z. B. Herzrhythmusstörungen, Unfallrisiken in häuslicher Umgebung, Visus überprüfen, etc.)

- Medikamenten-Überprüfung

  Regelmäßige Überprüfung des Verhältnisses von Nutzen und Risiken Fraktur-begünstigender Medikamente:

  - Sturzprävention
    - Revision sturzfördernder Medikamente (Antidepressiva, Neuroleptika, Benzodiazepine, Sedativa, Antihypertonika)
  - Monitoring der Medikamente [2]
    - Orale Glucocorticoide kritisch und wenn nötig, so niedrig wie möglich
    - Thyroxin nicht überdosieren (TSH-Kontrolle 1x jährlich - bei L-Thyroxin-Einnahme: TSH > 0,3 mU/L)
    - Langzeittherapie mit PPI vermeiden
    - Antiepileptika (Bevorzugung von Wirkstoffen mit geringem Wechselwirkungs- bzw. Nebenwirkungs-Potenzial)
    - Hormonablative Therapien (z. B. GnRH-Agonisten wie Leuprorelin, z. B. Aromatasehemmer wie Letrozol)

- **Calcium-Zufuhr von mindestens 1.000 mg/Tag mit der Nahrung**
  - bspw. durch calciumreiche Mineralwässer oder Milchprodukte, siehe auch https://www.gesundheitsinformation.de/kalziumrechner/
  - nur bei unzureichender alimentärer Zufuhr ist Calcium zu substituieren

- **Vitamin-D3-Zufuhr von 800-1000 I.E/Tag**
  - Risikogruppen für einen Vitamin-D-Mangel [4]:
    - Gebrechliche, in Mobilität eingeschränkte, an das Haus gebundene Menschen, insbesondere in Pflegeheimen
    - Menschen, die Sonnenlicht vollständig meiden

- **Eine selbstständige und gesunde Lebensweise mit alimentärer Calcium-Zufuhr ist von grundlegender Bedeutung für den Orthopädie-Vertrag** (vgl. Anlage 17), bspw. durch
  - Calcium- und bicarbonatreiche Mineralwässer (150 – 500 mg Calcium/L)
  - Vermehrte Zufuhr pflanzlicher Proteine (weniger tierische Proteine)
  - Fischreiche und mediterrane, vitaminreiche Ernährung

- **Vitamin K2:** Die hochdosierte Einnahme von Vitamin K2 wird zur Behandlung der Osteoporose und zur Frakturprävention **nicht** empfohlen. Eine adäquate Vitamin K Zufuhr (1µg/kg/Tag) hingegen wird generell empfohlen und kann im Regelfall **durch die Ernährung** (z. B. Gemüse) sichergestellt werden. [1]

# Spezifische medikamentöse Therapie

Indikation

- Bei osteoporotischen **Frakturen** mit **T-Werten ≤ -2,0** ist von vornherein eine spezifische medikamentöse Therapie indiziert!
- Bei allen Konstellationen einer Osteoporose, bei denen ein deutlich **erhöhtes Frakturrisiko** gegeben ist, z. B.
  - Wirbelkörper- oder Femurfrakturen (nach DVO-LL)
  - Hochdosierte orale Glucocorticoide
    - Bei ≥ 7,5 mg Prednisolonäquivalent täglich für mehr als 3 Monate
    - Bei T-Score ≤ -1,5 oder vorliegenden Frakturen
  - 10-jahres Frakturrisiko größer als 30% für Wirbelkörper- oder Femurfrakturen
    - z. B. nach T-Wert (vgl. Tab. 1)
    - unter Berücksichtigung verschiedener Risikofaktoren (siehe DVO-LL)
      - z. B. obligate Medikation nach Revision des Medikationsplans
      - z. B. vers. Grunderkrankungen

| Lebensalter in Jahren | | T-Wert (Nur anwendbar auf DXA-Werte. Die Wirksamkeit einer medikamentösen Therapie ist bei T-Werten > -2 nicht belegt.) | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Frau** | **Mann** | **-2 bis -2,5** | **-2,5 bis -3** | **-3 bis -3,5** | **-3,5 bis -4** | **< -4** |
| 50-60 | 60-70 | Nein | Nein | Nein | Nein | Ja |
| 60-65 | 70-75 | Nein | Nein | Nein | Ja | Ja |
| 65-70 | 75-80 | Nein | Nein | Ja | Ja | Ja |
| 70-75 | 80-85 | Nein | Ja | Ja | Ja | Ja |
| >75 | >85 | Ja | Ja | Ja | Ja | Ja |

**Tabelle 1: DVO-Empfehlung für eine spezifische medikamentöse Therapie**

Medikamentöse Therapie

Tabelle 2 zeigt eine Auswahl von Osteoporose-Arzneimitteln, deren Dosierungen, Darreichungsformen, Indikationen:

| Wirkstoff | Präparate-Bsp. | Dosierung | Darreichungsform | PMO* | Mann* | GIO* |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Alendronsäure | Fosamax®, Tevanate®, vers. Generika | 10 mg/Tag, | Tablette, Filmtablette, Braustablette | ■ | ■*1 | ■*1 |
| | | 70 mg/Woche | Tablette, Filmtablette | ■ | | |
| Risedronsäure | Actonel®, vers. Generika | 35 mg/Woche | Filmtablette | ■ | ■ | |
| | | 2 x 75 mg/Monat | | ■ | | |
| | | 5 mg/Tag | | ■ | | ■*2 |
| Ibandronsäure ♀ | Bonviva®, vers. Generika | 150 mg/Monat | Filmtablette | ■ | | |
| | | 3 mg/Quartal | i. v.-Injektion | ■ | | |
| Zoledronsäure | Aclasta®, ZOLE 1A Pharma | 5 mg/Jahr | i. v.-Infusion | ■ | ■ | ■ |
| Raloxifen ♀ | Evista®, Optruma®, vers. Generika | 60 mg/Tag | Filmtablette | ■ | | |
| Denosumab | Prolia® | 60 mg/Halbjahr | s. c.-Injektion | ■ | ■ | ■ |
| Teriparatid (PTH 1-34) | Forsteo®; Biosimilars Movymia®, Terrosa® | 20 µg/Tag | s. c.-Injektion | ■ | ■ | ■ |
| Romosozumab ♀ | Evenity® | 210 mg/ Monat | s. c.-Injektion | ■ | | |

**Tabelle 2: Auswahl von Osteoporose-Medikamenten**

* PMO: Zulassung für die Behandlung der postmenopausalen Osteoporose
Mann: Zulassung für die Behandlung der männlichen Osteoporose
GIO: Zulassung für die Behandlung der Glucocorticoid-induzierten Osteoporose bei Frauen und Männern (sofern nicht anders angegeben)

*1 verschiedene Zulassungen einzelner Präparate beachten

*2 Zulassung nur bei Frauen

## Rationale Pharmakotherapie:

Die Auswahl eines Medikaments wird durch *patientenindividuelle* sowie *wirtschaftliche* Faktoren bedingt. Nach Auswahl eines geeigneten Therapieansatzes (partizipative Therapieentscheidung auch im Sinne einer höchstmöglichen *Adhärenz*; Beachtung von *Evidenz*) für den individuellen Patienten ist zu prüfen, ob rabattierte Präparate mit dem entsprechenden Wirkstoff vorliegen. Rabattierte Präparate sind bevorzugt zu verordnen, um eine wirtschaftliche Verordnungsweise zu gewährleisten. Insbesondere ist auf die Anwendung von Biosimilars bei Teriparatid zu achten.

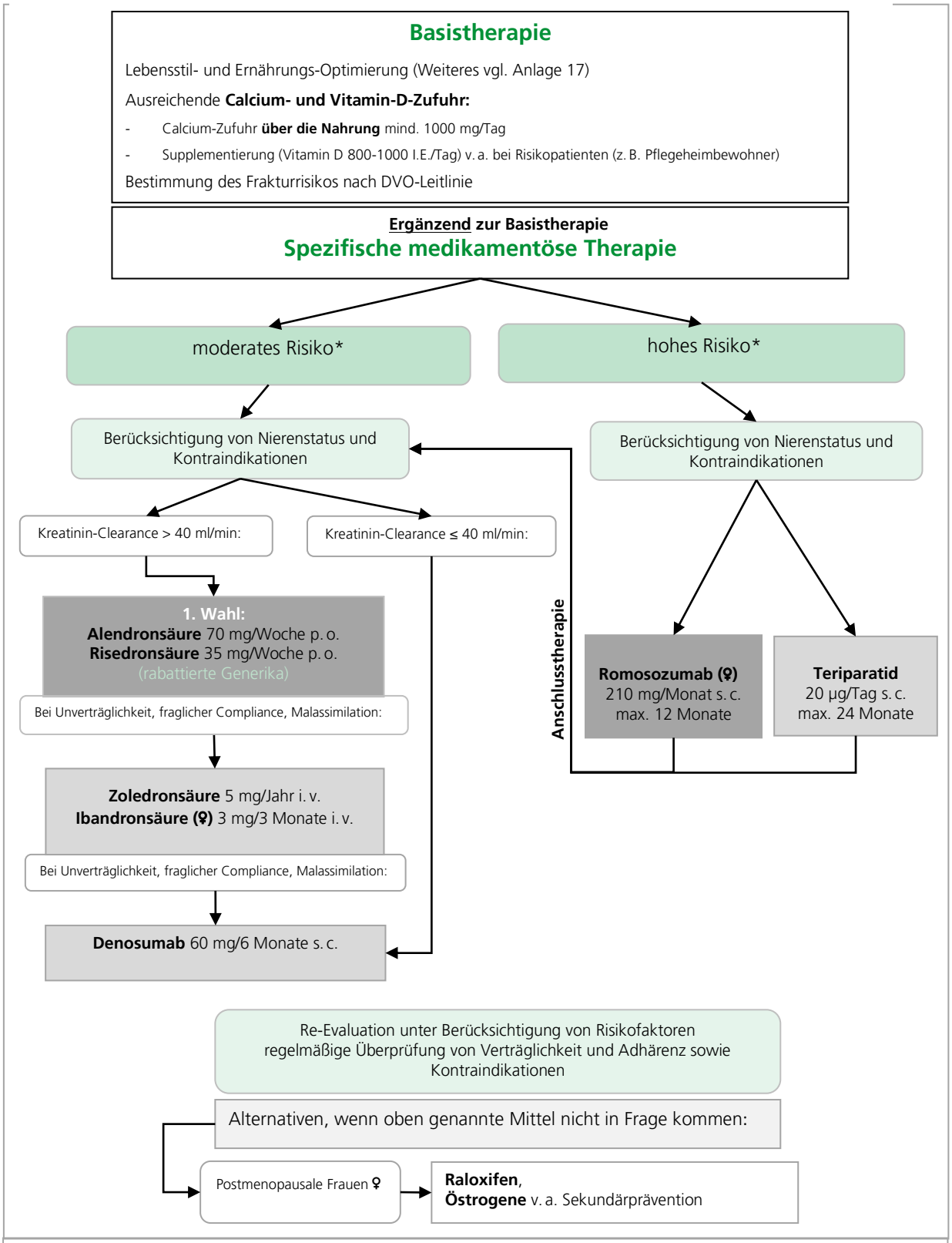
Hinweise zur Wirtschaftlichkeit können der Vertragssoftware entnommen werden (Anlage 12a. Anhang 3 – Qualitätszuschläge Rationale Pharmakotherapie).

Rabattierte Präparate sind in der Vertragssoftware „grün“ bzw. „blau“ dargestellt.

## Empfohlene Behandlungsstrategie:

Die empfohlene Behandlungsstrategie ist in Abb. 1 dargestellt. Zu Beachten sind die entsprechenden Hinweise zu den einzelnen Arzneimitteln.
Nach Empfehlung der DVO-Leitlinie 2017 soll die spezifische Osteoporose-Therapie nach 3 – 5 Jahren Therapiedauer hinsichtlich Nutzen und Risiko reevaluiert werden.

## Abbildung 1: Empfohlene Behandlungsstrategie




* **Moderates Risiko** – 10-Jahres Frakturrisiko > 30 % (vgl. DVO-LL)

* **Hohes Risiko** – angelehnt an ARCH-Studie mit Romosozumab [8]

- **T-Score ≤ – 2,50** an Gesamthüfte oder Oberschenkelhals **und**
  - entweder mindestens 1 moderate oder schwere vertebrale Fraktur oder
  - mindestens 2 milde vertebrale Frakturen
- **T-Score ≤ – 2,00** an Gesamthüfte oder Oberschenkelhals **und**
  - entweder mindestens 2 moderate oder schwere vertebrale Frakturen oder
  - eine Fraktur des proximalen Oberschenkelknochens in den letzten 2 Jahren

| Wirbelkörperfrakturen (vertebrale Frakturen): | |
|---|---|
| Mild: | Wirbelkörperfrakturen 1. Grades nach Genant (20 - 25% Höhenminderung) |
| Moderat: | Wirbelkörperfrakturen 2. Grades nach Genant (25 - 40% Höhenminderung) |
| Schwer: | Wirbelkörperfrakturen 3. Grades nach Genant ( > 40% Höhenminderung) |

**Weitere Hinweise zur empfohlenen Behandlungsstrategie u.a. [1], [2]:**

Die spezifische Zulassung des Medikaments für die jeweilige Indikation und Kontraindikationen sind zu beachten. Grundlage hierfür sind die jeweils aktuellen Fachinformationen.

| | |
|---|---|
| **Alendronsäure, Risedronsäure, Zoledronsäure** | **Senkung der Inzidenz vertebraler und extravertebraler Frakturen nachgewiesen für Alendronsäure, Risedronsäure sowie Zoledronsäure.**<br>**Auch zur Therapie der Osteoporose bei Männern zugelassen.** |
| **Ibandronsäure** | Evidenz gegeben bei **postmenopausaler** Osteoporose zur Reduktion des Risikos **vertebraler Frakturen** |
| **Denosumab (Prolia®)** | Zu beachten sind die Hinweise aus den Rote Hand Briefen[5]: Auftreten atypischer Femurfrakturen, Kieferosteonekrosen sowie Hyopcalcämien.<br>Nach Absetzen der Behandlung mit Denosumab können multiple vertebrale Frakturen (MVF) sowie ein Schwund der Knochenmineraldichte (BMD) auch unterhalb des Niveaus vor Beginn der Behandlung auftreten.<br>**Bevor die Behandlung mit Denosumab begonnen wird und bevor sie abgesetzt wird, sollte eine individuelle Nutzen/Risiko-Abwägung vor dem Hintergrund dieser Risiken erfolgen.** [6] |
| **Teriparatid (Forsteo®, Movymia®, Terrosa®)** | Max. Therapiedauer 24 Monate [7]. Die Inzidenz von Hüftfrakturen wird nicht signifikant reduziert. |
| **Romosozumab (Evenity®)** | Zulassung postmenopausale Osteoporose (♀)<br>Therapiedauer 12 Monate<br>Nach Ende der Therapie ist eine antiresorptive Behandlung angezeigt, z. B. mit Alendronat (Zeitraum 3-5 Jahre)<br>Besondere Vorsicht bei Patientinnen mit kardiovaskulärem Risiko (kontraindiziert bei Myokardinfarkt oder Schlaganfall in der Vorgeschichte)<br>Neuer Wirkstoff – Achtung bei seltenen UAWs |

| | |
|---|---|
| **Raloxifen** | Bei postmenopausaler Osteoporose: Reduktion des Risikos vertebraler Frakturen, keine Evidenz für periphere Frakturen; strenge Indikationsstellung (thrombogene und kardiovaskuläre Risiken) |
| **Östrogene** | Östrogene/Gestagene sollen nur bei Unverträglichkeit oder Kontraindikationen gegenüber den anderen oben genannten Osteoporosetherapeutika unter sorgfältiger individueller Abwägung von Nutzen und Risiken gemeinsam mit der Patientin im Rahmen der Sekundärprävention eingesetzt werden. |

**Therapieerfolg:**

Nach DVO-Leitlinie [1]:
Eine spezifische Osteoporosetherapie soll nach jeweils 3-5 Jahren Therapiedauer hinsichtlich Nutzen und Risiko reevaluiert werden (vgl. DVO-LL Kap. 10.7).

Für ein medikamentöses Therapieversagen gibt es keine evaluierten Kriterien. Es ist zu erwägen bei

- einem deutlichen Abfall der Knochendichte (≥ 5%) unter Therapie mit Bisphosphonaten, Denosumab oder Raloxifen
- ≥ 2 osteoporotischen Frakturen innerhalb von 3 Jahren trotz spezifischer medikamentöser Therapie

In diesen Fällen sind v. a. mögliche Gründe zu prüfen:

- z. B. schlechte Adhärenz oder Resorption
- Änderung der Risikokonstellation

Gegebenenfalls ist ein Therapiewechsel zu erwägen.

## Literatur

[1] DVO Leitlinie 2017 zur Prophylaxe, Diagnostik und Therapie der Osteoporose bei postmenopausalen Frauen und bei Männern

[2] Herold, Innere Medizin, 2018, pp. 776 ff

[3] Schiltenwolf, Henningsen; Muskuloskelettale Schmerzen – Erkennen und Behandeln nach biopsychosozialem Konzept; 2. Auflage, 2018

[4] Arznei-telegramm, a-t 2012, Korrespondenz; 43; 84-6, Screening auf Vitamin D?

[5] Rote Hand Briefe Prolia®, 20.02.2013 sowie 03.09.2014

[6] Arznei-telegramm, a-t 2017, Netzwerk aktuell; 48; 47-8, Nochmals – multiple Wirbelkörperfrakturen nach Absetzen von Denosumab (PROLIA)

[7] Fachinformation Forsteo®, Bearbeitungsstand 10/2020

[8] Saag KG, et al.; Romosozumab or Alendronate for Fracture Prevention in Women with Osteoporosis; N Engl J Med 2017;377:1417-1427.

# Medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis

Die Therapie der rheumatoiden Arthritis als häufigste entzündliche Polyarthropathie stellt eine vielseitige Herausforderung für die umfassende multidisziplinäre Versorgung der Patienten dar.

Der vorliegende Therapiealgorithmus verfolgt das Ziel einer qualitativ hochwertigen medikamentösen Behandlung unter der Berücksichtigung einer rationalen Verordnungsweise. Dabei sind die ärztliche Hoheit und die Verantwortung bei der Verordnung voll gewahrt.

Aktuelle und wissenschaftlich fundierte Hilfestellungen zur rationalen Pharmakotherapie und Wirtschaftlichkeit erhält der Arzt zusätzlich über die Vertragssoftware (Anlage 12a Anhang 3) und ggf. über die Teilnahme an Qualitätszirkeln (gem. Anlage 2a).

Zunehmend wird eine differenzierte Arzneimitteltherapie durch die fortlaufende medizinische und pharmakologische Entwicklung notwendig und es wird vorausgesetzt, dass am Vertrag teilnehmende Ärzte bei der Entwicklung und Implementierung von Vertragserweiterungen zur rationalen Pharmakotherapie und Optimierung der Therapieadhärenz mitwirken.

Aufgrund der fortlaufenden Aktualisierungen der Fachinformationen wird in Bezug auf die Indikationen, Kontraindikationen, Nebenwirkungen, Hinweise und Vorsichtsmaßnahmen auf die jeweils gültige und aktuelle Fassung verwiesen.

## Allgemeine Hinweise

Zu Beginn der Therapie sollte ein realistisches Behandlungsziel festgelegt werden unter Berücksichtigung von:

- Komorbiditäten (Anlage 17, Kapitel IV „Modul Internistische Rheumatologie“)
- Krankheitsstatus (Dauer, Ausprägung, gesamtes psychosoziales Umfeld)

Zu unterscheiden ist zwischen einer:

- symptomatischen Therapie (vgl. Anlage 17 Anhang 12)
- krankheitsmodifizierenden Therapie (Abb.1)

Der frühe Einsatz einer krankheitsmodifizierenden Therapie nach Diagnosestellung ist zur Erreichung des Behandlungsziels Remission bzw. alternativ niedriger Krankheitsaktivität erforderlich.

Im Beratungsgespräch zur partizipativen Therapieentscheidung zwischen Rheumatologen und Patient wird empfohlen, folgende Punkte zu beachten:

- das Anstreben einer höchstmöglichen Adhärenz
- die aktuelle Evidenz
- patientenindividuelle Aspekte zur Wirksamkeit und Sicherheit der Therapie
- der rationale Einsatz der möglichen Therapieoptionen unter Beachtung von Rabattverträgen und ggf. biosimilaren Alternativen
- Therapiestrategien (Treat to Target, Tight Control bei aktiver Erkrankung)

## Medikamentöse krankheitsmodifizierende Therapie

Die medikamentöse Therapieempfehlung (Abb. 1) beruht auf den aktuellen deutschen (DGRh 2018) und internationalen Leitlinien (EULAR 2016) und ist als Standardtherapie der rheumatoiden Arthritis angedacht. Bei der gemeinsamen Therapieentscheidung zwischen Arzt und Patient sind individuelle Abweichungen beispielsweise durch Unverträglichkeiten oder Kontraindikationen möglich.

Eine Eskalation der jeweiligen Therapiestufe ist bei fehlendem Ansprechen nach 3 Monaten oder Nicht-Erreichen des Therapieziels nach 6 Monaten in Betracht zu ziehen. Dem Patienten sollte die zu erwartende Dauer bis zum Wirkungseintritt verdeutlicht werden.

**Anlage 18a**

# Therapiealgorithmus Rheumatoide Arthritis*
## (Anlehnung an EULAR 2016 / AWMF- Leitlinie RA)

Eskalationsstufen

**1**

**DMARD**
Standard-Basistherapie:
MTX-Monotherapie

Bei Kontraindikationen alternativ
LEF o. SSZ

**Frühzeitige Standard-Basistherapie MTX / +GC nach Diagnosestellung**
MTX: ab 7,5mg/1x wöchentlich,
(mittlere wöchentliche Dosis 15 – 20mg)
Folsäuregabe
**Optimierung:**
MTX Dosis-Erhöhung / Umstellung der Applikation
Anpassung GC

**Osteoporose-Prophylaxe:**
Ausreichende, möglichst alimentäre Ca++-Zufuhr von min. 1000 mg/die sowie eine Vit.-D-Zufuhr von 800-1000 I.E./die

Bei fehlendem Ansprechen nach 3 Monaten oder Nicht-Erreichen des Therapieziels** nach 6 Monaten.

**2**

**DMARD-Kombinationen**

**DMARD Kombinationstherapie**

**Bei ungünstigen Prognosefaktoren nach Versagen von Stufe 1**

Bei fehlendem Ansprechen nach 3 Monaten oder Nicht-Erreichen des Therapieziels** nach 6 Monaten.

**3**

**Erstes Biologikum**

**Biologikum (gängige Praxis) ± MTX**
**oder**
**JAK-Inhibitor ± MTX**
**(wirtschaftliche Alternativen prüfen)**

Zulassungsindikationen sind der jeweils gültigen Fachinformation zu entnehmen

Bei fehlendem Ansprechen nach 3 Monaten oder Nicht-Erreichen des Therapieziels** nach 6 Monaten.

**4**

**Wechsel des Biologikums**

**Max. 2 Therapien mit TNF-α-Blocker**

**Biologikum ± MTX**
**oder**
**JAK-Inhibitor ± MTX**
**(wirtschaftliche Alternativen prüfen)**

**Weitere immunmodul. Therapien**

* Standardtherapie der rheumatoiden Arthritis, wobei individueller Krankheitsstatus und Unverträglichkeiten bei der gemeinsamen Therapieentscheidung zu berücksichtigen und Abweichungen möglich sind (vgl. aktuelle Leitlinien, EULAR Empfehlungen, Osteoporose-Prophylaxe gemäß Orthopädievertrag). Sollten zwischenzeitlich neue, allgemein anerkannte Empfehlungen und Erkenntnisse in der Therapie der rheumatoiden Arthritis vorliegen, so sind diese zu berücksichtigen.

** i.d.R. Remission oder niedrige Krankheitsaktivität.

DMARD = krankheitsmodifizierende Antirheumatika
MTX = Methotrexat
LEF = Leflunomid
SSZ = Sulfasalazin
GC = Glukokortikoide
JAK = Januskinase

## I. Stufe 1 – DMARD (First-Line-Therapie)

**Standard-Basistherapie: MTX-Monotherapie**

- Ansprechzeiten: i. d. R. 4 - 8 Wochen
- Optimierung der MTX-Therapie bei guter Verträglichkeit und unzureichender Wirkung durch:
  - Dosissteigerung (Überschreitung der mittleren wöchentlichen Dosis nicht empfohlen)
  - Änderung der Applikationsart
  - Anpassung der Glukokortikoid-Begleittherapie
- Verbesserte Verträglichkeit durch Folsäuregabe
- Dosisanpassung bei verminderter Nierenfunktion
- Überprüfung eventueller medikamentöser Interaktionen in der Gesamtmedikation des Patienten wie z. B.: MTX+Metamizol, MTX+NSAR+PPI. Ggf. Dosisänderung oder Wirkstoffwechsel
- Glukokortikoide (i. d. R. Prednisolon):
  - Zur Überbrückung, bis DMARD-Wirkung einsetzt
  - Die Höhe der Dosierung sowie Applikationsart ist abhängig von:
    - Art und Schwere der Erkrankung
    - dem individuellen Ansprechen des Patienten
  - wirkstoffbezogene Dosisreduktion und Absetzen nach Eintritt der erwünschten DMARD-Wirkung
  - GC-Verordnungsdauer: max. 6 Monate, ggf. Osteoporoseprophylaxe (Vgl. Anl. 17, 18)
- Alternative Basistherapie: Leflunomid oder Sulfasalazin
  - Einsatz als Alternative bei Kontraindikation, Nebenwirkungen und Unverträglichkeiten gegen MTX (Anlage 17 Anhang 12)
  - die Auswahl des alternativen Wirkstoffes soll unter patientenindividuellen Aspekten stattfinden (z. B.: Krankheitsaktivität und -verlauf, bestehender Kinderwunsch, Komorbiditäten, Interaktionen)

## II. Stufe 2 – DMARD Kombinationen

Wenn das Therapieziel in Stufe 1 trotz optimierter DMARD-Therapie nicht erreicht werden kann, sollte bei prognostisch günstigen Faktoren eine DMARD-Kombinationstherapie eingesetzt werden (z. B.: MTX+LEF, MTX+SSZ) unter Beachtung möglicher additiver Nebenwirkungen (z. B.: hepatotoxische Effekte von MTX und LEF). Bei weiterhin unzureichendem Therapieerfolg nach 6 Monaten soll auf Stufe 3 eskaliert werden.

Nach Therapieversagen in der ersten Stufe und in Verbindung mit prognostisch ungünstigen Faktoren sollte direkt die Kombination eines Biologikums oder eines Jak-Inhibitors mit MTX in Betracht gezogen werden (Stufe 3).

Prognostisch ungünstige Faktoren sind u.a.:

- positive Rheumaserologie (RF, ACPA)
- hohe Entzündungsaktivität (BSG, CRP)
- Gelenkerosionen

## III. Stufe 3 – Biologika (Erstanwendung) oder Jak-Inhibitor

Eine Therapie mit Biologika sollte gemäß dem jeweiligen Zulassungsstatus nach Möglichkeit in Kombination mit MTX verordnet werden.

Alle Biologika sind aus qualitativer Sicht als gleichwertig zu betrachten. Übliche ärztliche Praxis ist es, initial einen TNF-α-Inhibitor auszuwählen.

Bei der gemeinsamen Therapieentscheidung sollte neben medizinischen Kriterien auch die Wirtschaftlichkeit beachtet werden; so sind Rabattprodukte zu bevorzugen und Biosimilars als gleichwertige Alternativen zu den jeweiligen Bio-Originalen zu erwägen.

Studien zu Biosimilars belegen nicht nur die Gleichwertigkeit zum entsprechenden Bio-Original, sondern auch die Möglichkeiten zum „Switch“ ohne Wirkungsverlust. Bereits auf ein Bio-Original eingestellte Patienten können daher auf das entsprechende Biosimilar umgestellt werden (AkdÄ Leitfaden Biosimilars 2017).
Kernbotschaften für den Patienten während des Arzt-Patienten-Gespräches zum Switch sind:

1. Prinzip der Biosimilarität
2. Äquivalente Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Biosimilars gegenüber den Originalen
3. Biosimilar Zulassungsprozess (EMA, klinische Studien)
4. Informationen zum pharmazeutischen Hersteller
5. Aufklären zu ggf. verändertem Aussehen, Anwendung etc. im Sinne einer höchstmöglichen Adhärenz
6. Unverändert weiter gültige generelle Aspekte einer Biologika-Therapie (Impfschutz, mögliche Nebenwirkungen, zuverlässige Anwendung etc.)

Bei der Anwendung von Biologika sind Nebenwirkungen und Kontraindikationen regelmäßig zu prüfen und ggf. bei relativen Kontraindikationen engmaschig zu verfolgen (z. B.: Verschlechterung einer bekannten Herzinsuffizienz unter TNF-α-Inhibitoren, siehe Anlage 17)

Januskinase-Hemmer sind zur peroralen Behandlung der mittelschweren bis schweren rheumatoiden Arthritis Erwachsener neu im Handel. Folgen der Langzeitanwendung hinsichtlich Malignomen, Infektionen und kardiovaskulärer Schadwirkungen bleiben zu klären (Arznei-Telegramm 2017).

## IV. Stufe 4 – Wechsel des Biologikums oder Jak-Inhibitor

Beim primären Versagen eines Biologikums wird der Wechsel des Biologika-Wirkprinzips empfohlen.

Ausnahme: Ein zweiter TNF-alpha Hemmer kann bei Nicht-Ansprechen auf eine TNF-α-hemmende Ersttherapie wirksam sein. Grundsätzlich werden Therapieversuche mit höchstens zwei verschiedenen TNF-α-Inhibitoren empfohlen.

Es wird erwartet, dass wirtschaftliche Alternativen in Stufe 4 bei der Therapieauswahl überprüft werden (rabattierte Arzneimittel, Biosimilars).

Bei Ausschöpfung der Therapieoptionen können in therapieresistenten Situationen alternativ weitere immunmodulatorische Alternativen zum Einsatz kommen (z. B.: Azathioprin, Ciclosporin A). Hierbei muss die Toxizität der einzelnen Wirkstoffe berücksichtigt werden.

**Deeskalation**

Zum Therapieabbau stehen aktuell nur begrenzt wissenschaftliche Daten zur Verfügung. Bei stabiler Remission (EULAR 2016) kann in einer gemeinsamen Entscheidung von Patient und Arzt die Möglichkeit einer Deeskalation in Erwägung gezogen werden.

Bei der Auswahl der Deeskalationsstrategie soll nach bestehenden Möglichkeiten das Wirtschaftlichkeitsgebot berücksichtigt werden (z. B. bei Dosisreduktion die Verfügbarkeit einer passenden Einzeldosisstärke überprüfen und Verwurf vermeiden oder die Applikationsintervalle vergrößern so genanntes „Spacing“) (EULAR 2016)

**Literatur**

1. Fiehn, C., Holle, J., Iking-Konert, C. et al. S2e-Leitlinie: Therapie der rheumatoiden Arthritis mit krankheitsmodifizierenden Medikamenten. Z Rheumatol (2018). https://doi.org/10.1007/s00393-018-0481-y
2. Smolen JS, Landewé R, Bijlsma J, et al. EULAR recommendations for the management of rheumatoid arthritis with synthetic and biological disease-modifying antirheumatic drugs: 2016 update. Annals of the Rheumatic Diseases 2017; 76:960-977
3. Krüger, K., Wollenhaupt, J., Albrecht, K., et al. S1-Leitlinie der DGRh zur sequenziellen medikamentösen Therapie der rheumatoiden Arthritis 2012. Z Rheumatol. 2012 Sep;71(7):592-603.
4. Fachinformation Decortin®, Stand September 2017
5. Leitfaden der Arzneimittelkommission der deutschen Ärzteschaft (AkdÄ): Biosimilars, 1 Auflage; Version 1.1; August 2017
6. Arznei-Telegramm, a-t 07/2017; 48: 58-60; Juli 2017