

Honorarverteilungsmaßstab der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein

Soweit sich die nachfolgenden Vorschriften auf Ärzte beziehen, gelten sie entsprechend für deren Gemeinschaften, Psychotherapeuten, Angestellte und Medizinische Versorgungszentren, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

§ 1 Abrechnung

1) Abrechnungsfähigkeit von Leistungen

Abrechnungsfähig sind alle zur ärztlichen Behandlung und Betreuung gehörenden Leistungen im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 2 SGB V mit Ausnahme der Nrn. 2 und 2a. Die Leistungen müssen nach den für die Durchführung maßgeblichen Bestimmungen des SGB V und der darauf gründenden Regelungen, insbesondere im Bundesmantelvertrag-Ärzte (BMV-Ä) inklusive seiner Anlagen, Einheitlichen Bewertungsmaßstab/Euro-Gebührenordnung (EBM) sowie der Richtlinien erbracht worden sein.

Nicht abrechnungsfähig sind insbesondere

- Leistungen, für die eine Genehmigung durch oder auf Grund eines Gesetzes oder eines Gesamtvertrages vorgeschrieben ist, wenn eine solche nicht erteilt wurde,
- fachfremde Leistungen, es sei denn, dass sie zur Erstversorgung eines Notfalles notwendig sind,
- Leistungen, die unmittelbar zwischen Leistungserbringern, deren Zusammenschlüssen und/oder deren Trägern mit den Krankenkassen vereinbart wurden, auch wenn sie Leistungsinhalt einer Leistung nach dem EBM sind, sofern keine abweichenden Regelungen getroffen sind,
- Untersuchungen und Behandlungen aus betriebsärztlicher Tätigkeit,
- Schutzimpfungen, die nicht zur unmittelbaren Krankheitsbehandlung gehören, es sei denn, es bestehen insoweit besondere vertragliche Regelungen,
- badeärztliche Behandlung,
- Atteste und Untersuchungen zum Zwecke der Einleitung eines Heil- oder Rentenverfahrens für alle Kostenträger, außer wenn die Primärkrankenkassen, die Knappschaft sowie die Ersatzkassen selbst die Kostenträger sind,
- Bescheinigungen für Arbeitgeber und Behörden,
- Leistungen im Auftrag des medizinischen Dienstes sowie die Ausstellung von Bescheinigungen und Erstellung von Berichten, welche die Krankenkassen oder der medizinische Dienst zur Durchführung ihrer gesetzlichen Aufgaben oder welche die Versicherten für den Anspruch auf Fortzahlung des Arbeitsentgelts nicht benötigen,
- Behandlung von Unfallverletzten oder Berufskrankheiten im Auftrag der Berufsgenossenschaften,
- Leistungen nach dem Infektionsschutzgesetz im Auftrag der Gesundheitsämter,
- Besuchsgebühren bei Früherkennungsuntersuchungen bei Kindern, die mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z. B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden,
- Besuchsgebühren, wenn sich ein an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmender Arzt im Rahmen der ambulanten vertragsärztlichen Behandlung zur Vornahme einer vereinbarten ärztlichen Verrichtung (z. B. Anästhesie/Narkose) in die Praxis eines anderen Vertragsarztes oder in ein OP-Zentrum begibt,
- die Selbstbehandlung sowie die Behandlung von Familienangehörigen,
- Leistungen in Heimen, für die ein Betreuungsvertrag besteht.

Die ärztlichen Leistungen sind mit der jeweiligen Gebührenordnungsposition (GOP) des EBM oder sonstiger Bestimmungen einzutragen. Die Eintragungen haben individuell zu erfolgen.

2) Rechnungslegung

a) Abrechnung

Die Abrechnung vertragsärztlicher Leistungen ist quartalsweise auf der Grundlage der Richtlinien der Kassenärztlichen Bundesvereinigung für den Einsatz von IT-Systemen in der Arztpraxis zum Zwecke der Abrechnung gemäß § 295 Abs. 4 SGB V in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, grundsätzlich mittels Informationstechnologie (IT) vorzunehmen. Dabei hat die Übermittlung der Abrechnungsdaten leitungsgebunden und die der abrechnungsbegründenden Daten einschließlich Dokumentationen und Qualitätsindikatoren sowie der zu übermittelnden Statistikdaten nach Maßgabe der vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein erlassenen Richtlinie zur IT-gestützten Quartalsabrechnung (IT-Rtl. KVNO), die grundsätzlich für die Abrechnungslegung gelten, in der jeweils geltenden Fassung, veröffentlicht im offiziellen Veröffentlichungsorgan, zu erfolgen. Mehrere dieser Abrechnungsübermittlungen während eines Quartals für denselben Versicherten zu Lasten derselben Krankenkasse bei demselben Arzt/derselben Praxis sind für die Abrechnung als ein Behandlungsfall zu führen. Dies gilt nicht, wenn der Versicherte während des Behandlungsquartals die Krankenkasse gewechselt hat bzw. bei Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst bei eigenen Patienten. Die Abrechnung mittels IT ist an den Einsatz einer von der KBV zertifizierten Software gebunden. Die Voraussetzungen für eine derartige Abrechnungslegung sowie weitere Voraussetzungen für eine ordnungsgemäße Abrechnungslegung sind in der IT-Rtl. KVNO geregelt.

b) Persönliche Rechnungslegung

Die Rechnungslegung ist persönlich – ohne die Einschaltung von Dritten, insbesondere sog. Verrechnungsstellen, soweit nicht ausdrücklich gesetzlich oder vertraglich vorgesehen – vorzunehmen. Die aufgrund unzulässiger Datenverarbeitung erstellte Abrechnung darf nicht verwendet werden und wird zurückgewiesen.

3) Kennzeichnungspflichten

Bei der Abrechnung der vertragsärztlichen Leistungen ist eine arztbezogene Kennzeichnung unter Angabe der Arztnummer (LANR) und der Betriebs- und Nebenbetriebsstättennummern (BSNR/NBSNR) vorzunehmen. Die Erfüllung der Kennzeichnungspflicht ist Voraussetzung für die Ermittlung der arztbezogenen RLV-Fallzahl und dafür, dass die von der jeweiligen Praxis zur Abrechnung gebrachten Leistungen vergütet werden.

4) Sammelerklärung

Voraussetzung der Abrechnung ist, dass alle Leistungserbringer die vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein für die Abrechnung festgesetzten Erklärung(en) auf Vordruck (Sammelerklärung) ordnungsgemäß und vollständig abgeben. Dabei sind von den Leistungserbringern die für das jeweilige Quartal von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Verfügung gestellten Vordrucke zu benutzen. In der Sammelerklärung ist durch Unterschrift zu bestätigen, dass der Unterzeichner die Verantwortung für die Erfüllung der Abrechnungsvoraussetzungen trägt, weil er sie selbst erfüllt oder sich von deren Erfüllung persönlich überzeugt hat. Im letzten Fall genügt bei einer Berufsausübungsgemeinschaft (BAG) die Unterschrift eines Partners. Bei einem Medizinischen Versorgungszentrum (MVZ) und bei Krankenhäusern ist die Unterschrift des ärztlichen Leiters bzw. Leitenden Arztes erforderlich. Im Falle dessen kurzfristiger Verhinderung ist die Unterzeichnung durch einen stellvertretenden ärztlichen Leiter im Einzelfall zulässig, wenn dieser bereits im Vorfeld durch den Betreiber des MVZ gegenüber der zuständigen Bezirksstelle der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein schriftlich benannt worden ist. Im Falle einer kooperativen Leitung des MVZ gilt Satz 4 entsprechend. Bei

Abrechnung von Leistungen im organisierten ärztlichen Notfalldienst unter einer speziellen BSNR/NBSNR für Notfallpraxen ist die Abrechnung von dem oder den für die Ordnungsgemäßheit der Abrechnung jeweils verantwortlichen Arzt/Ärzten zu unterzeichnen. Die Erklärung kann auch in einer vom Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zugelassenen elektronischen Form abgegeben werden. Eine Veränderung des Erklärungstextes führt zur Unwirksamkeit.

5) Abrechnungsfristen

a) Fristen

Die Abrechnungsunterlagen sind innerhalb der in der IT-Rtl. KVNO genannten Abgabefristen einzureichen. Abrechnungsscheine, die der Arzt erst nach Ablauf dieser erhält, können in den Fällen des § 18 Abs. 8 Nr. 1 BMV-Ä mit der nächsten Quartalsabrechnung eingereicht werden. Nachträglich eingereichte Abrechnungsscheine nehmen an der Honorarverteilung im Einreichungsquartal teil. Bei verspäteter Einreichung von Abrechnungsunterlagen finden die Regelungen nach Abs. 5b) Anwendung. Eine nachträgliche Berichtigung oder Ergänzung einer unvollständigen Abrechnung für eingereichte Abrechnungsscheine, auch in elektronischer Form, kann der Arzt nach Abgabe der Abrechnungsunterlagen grundsätzlich nicht mehr geltend machen. Ausnahmsweise kann unter der Voraussetzung, dass die nachträgliche Korrektur nicht als geringfügig erscheint, eine Nachbearbeitung nur mit der Folge aus Abs. 5b) verlangt werden.

Die Einreichung von Abrechnungsunterlagen nach Ablauf eines Jahres, vom Ende des Kalendervierteljahres an gerechnet, in dem die Leistungen erbracht worden sind, ist ausgeschlossen.

b) Folgen bei verspäteter Abrechnung

Bei verspäteter Abrechnung gilt – außer bei Geringfügigkeit (z. B. Einreichung vor Bearbeitung der Arztgruppe, Einreichung von in der Regel bis zu 50 Fällen usw.) – Folgendes:

- (1) Vorauszahlungen werden bis zur Vorlage der Abrechnungsunterlagen eingestellt bzw. ermäßigt.
- (2) Von dem anerkannten Honoraranspruch für die verspätet eingereichte Abrechnung werden 10 %, jedoch maximal Euro 10.000,00 pauschaliert zur Deckung des zusätzlich entstehenden Aufwandes in Abzug gebracht.

Von den vg. Maßnahmen kann auf Antrag ganz oder teilweise abgesehen werden, wenn der Arzt nachweist, dass er die Einreichungsfrist ohne sein Verschulden versäumt hat. Die Regelung unter (2) wird auch zu Grunde gelegt, wenn zwei oder mehr Abrechnungen wegen eines Statuswechsels/einer Änderung der Kooperationsform während eines Quartals durchgeführt werden müssen und der Statuswechsel/die Änderung der Kooperationsform während des Quartals aus Gründen erfolgt, die die Praxis zu vertreten hat.

6) Einzelne Abrechnungsregeln

a) Organisierter Notfalldienst und Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung

Abrechnungsscheine für den ärztlichen Notfalldienst, Urlaubs- bzw. Krankheitsvertretung (Muster 19) berechtigen nur zur Abrechnung von Vertretungsleistungen und im Notfall von Leistungen der Erstversorgung.

Vertretungsleistungen kommen nur dann in Betracht, wenn es sich um eine mindestens halbtägige Vertretung im Sinne des § 32 Abs. 1 Ärzte-ZV handelt, die eine Abwesenheit des vertretenen Arztes voraussetzt.

Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Vertragsarzt, d. h. ohne Austausch des zum Notdienst Verpflichteten, hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Notfalldienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes oder in einer von der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein und Ärztekammer Nordrhein genehmigten Notfallpraxis unter

dessen BSNR abzurechnen. Bei Vertretungen im organisierten Notfalldienst durch einen Nichtvertragsarzt sind die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter der BSNR/NBSNR des vertretenen Arztes abzurechnen. Sofern Nichtvertragsärzten eine eigene BSNR/NBSNR zugeteilt wurde, ist diese nur bei persönlicher Einteilung zum organisierten ärztlichen Notfalldienst verwendbar. Sofern spezielle BSNR/NBSNR für Notfallpraxen vergeben wurden, sind diese bei der Ableistung des organisierten Notfalldienstes in den Notfallpraxen zu verwenden.

Bei Vertretungen im Urlaubs- bzw. Krankheitsfall durch einen Vertragsarzt hat der Vertreter die erbrachten Leistungen über Muster 19 unter seiner BSNR abzurechnen, sofern er den Dienst in seiner eigenen Praxis wahrnimmt; dagegen sind die Leistungen bei Vertretung in den Praxisräumen des vertretenen Arztes unter dessen BSNR abzurechnen.

b) MKG-Chirurgen

Im Falle der Leistungserbringung auf Überweisung gilt für MKG-Chirurgen, die sowohl zur vertragsärztlichen als auch zur vertragszahnärztlichen Versorgung zugelassen sind, dass die Leistungen bei einer Behandlung aufgrund einer Überweisung durch einen Vertragsarzt ausschließlich über die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein abzurechnen sind, hingegen über die Kassenzahnärztliche Vereinigung bei einer Überweisung durch einen Vertragszahnarzt.

c) Krankenhäuser und/oder ermächtigte Krankenhausärzte

(1) Eine Abrechnung ambulanter Notfalleistungen erfolgt durch das Krankenhaus; die Abrechnung derartiger Leistungen durch den ermächtigten Krankenhausarzt ist nicht zulässig. Dabei sind sämtliche Leistungen eines Krankenhauses bei ambulanter Notfallbehandlung bei einem Patienten auf demselben Behandlungsschein abzurechnen; Datum und Uhrzeit der Behandlung sind als Abrechnungsvoraussetzung anzugeben. Während der üblichen Praxiszeiten können grundsätzlich keine ambulanten Notfalleistungen abgerechnet werden.

Nicht abrechnungsfähig sind ambulante Notfalleistungen eines Krankenhauses, wenn sich die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme ergibt und diese an demselben Tage in demselben Krankenhaus erfolgt. Einer Aufnahme in demselben Krankenhaus steht die Aufnahme in einem anderen Krankenhaus gleich, wenn für die Aufnahme dort kein zwingender medizinischer Grund besteht. Ein solcher Grund besteht insbesondere dann nicht, wenn beide Krankenhäuser die für den Einzelfall relevanten gleichen medizinischen Fachabteilungen vorhalten.

(2) Ebenfalls nicht abrechnungsfähig sind Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Krankenhausarzt erbracht werden. Gleiches gilt für vor- und nachstationäre Behandlungen im Sinne von § 115a SGB V.

(3) Ambulant ausgeführte vertragsärztliche Leistungen sind von einem Krankenhausarzt bzw. einem ermächtigten Institut dann nicht abrechnungsfähig, wenn der Kranke an demselben Tage wegen derselben Krankheit in die stationäre Behandlung desselben Krankenhauses aufgenommen wird.

§ 2

Sachlich-rechnerische Berichtigung

Die Bezirksstellen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein überprüfen durch automatisierte Verfahren oder repräsentative Stichproben die Abrechnungsunterlagen des Arztes u. a. auf sachlich-rechnerische Richtigkeit. Dabei sind sich ergebende sachlich-rechnerische Berichtigungen (z. B. unrichtige Anwendung des EBM, Abrechnung fachfremder Leistungen, Abrechnung von Leistungen außerhalb der Ermächtigung) dem Arzt, soweit sie diesen beschweren, mitzuteilen. Dies gilt nicht, wenn insbesondere zwingende Bestimmungen des EBM und/oder Bestimmungen des Regelwerks außer Acht gelassen wurden und/oder die sachlich-rechnerische Berichtigung pro Quartalsabrechnung unter Euro 200 liegt.

§ 3 Vergütungsgrundsätze

1) Grundsätze

Zur Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen gegenüber den Leistungserbringern werden die Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung (§ 87a SGB V) herangezogen, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist. Die regionale Euro-Gebührenordnung ist der EBM für ärztliche Leistungen gemäß § 87 Abs. 1 SGB V, dessen Punktzahlen mit dem regional vereinbarten Punktwert multipliziert werden. Dieser regionale Punktwert wird von den Partnern der Gesamtverträge grundsätzlich in Höhe des Orientierungswertes vereinbart, sodass als regionale Gebührenordnung grundsätzlich die Euro-Gebührenordnung, veröffentlicht im Deutschen Ärzteblatt, in ihrer jeweils geltenden Fassung gilt. Zusätzlich werden Struktur-/Förderzuschläge, sofern diese im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein oder aufgrund von Strukturverträgen vereinbart sind, gezahlt.

Im Weiteren werden – entsprechend Teil G der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung gemäß § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung der Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV) – Einmalzahlungen im Sinne einer Anschubfinanzierung an anerkannte Praxisnetze unter den Voraussetzungen der Richtlinie der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein zur Förderung von Praxisnetzen vorgenommen.

2) Leistungen innerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (MGV)

Die Verteilung der zwischen den Partnern der Gesamtverträge vereinbarten MGV wird entsprechend den nachfolgenden Regelungen durch Regelleistungsvolumina (RLV) und qualifikationsgebundene Zusatzvolumina (QZV) begrenzt sowie einer Steuerung durch Kontingentierung bzw. Quotierung unterzogen, soweit sie außerhalb der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV vergütet bzw. von Arztgruppen, die nicht dem RLV unterliegen, erbracht werden. Dabei kann die Kontingentierung bzw. Quotierung u. a. nach den Vorgaben KBV zu einer geringeren Vergütung als nach der regionalen Euro-Gebührenordnung führen.

3) Leistungen außerhalb der MGV

Die arztseitige Vergütung von Leistungen außerhalb der MGV erfolgt nach den getroffenen Vereinbarungen in der jeweils gültigen Fassung. Dazu werden der jeweils geltende regional vereinbarte Punktwert und vereinbarte Struktur-/Förderzuschläge bzw. die jeweils vereinbarten Euro-Beträge herangezogen. Dies gilt auch für die Leistungen des Abschnitts 35.2 EBM aller Arztgruppen sowie der probatorischen Sitzungen (GOP 35150 EBM) der in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen.

4) Bereinigung

Nach Abschluss von Selektivverträgen nach §§ 63 ff, 73b und 140a SGB V sowie aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V und sonstiger gesetzlicher Vorgaben erfolgt eine Bereinigung unter Berücksichtigung der gesetzlichen Bestimmungen sowie Vorgaben KBV. Insbesondere erfolgt eine Bereinigung dort, wo die entsprechende Leistung zuzuordnen ist. Die Bereinigungsbeträge werden dafür anteilig auf die betroffenen Förder-, Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereiche im Sinne von Anlage 2, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses Honorarverteilungsmaßstabes (HVM) ist, aufgeteilt.

5) Anpassungsfaktoren

Insbesondere zur Berücksichtigung von Beschlüssen des Bewertungsausschusses (z. B. Beschluss in seiner 218. Sitzung am 26.03.2010), gesetzlichen Änderungen oder Änderungen des EBM ist eine Anpassung der Leistungsmengen aus den Basisquartalen vorzunehmen. Die Änderungen werden regelmäßig mittels Anwendung von Anpassungsfaktoren berücksichtigt. Historische Daten werden dabei fortgeschrieben; eine Berücksichtigung erfolgt in der Regel für vier Quartale, sofern das gewünschte Ziel erreicht ist.

§ 4 Rückstellungen

- 1) Rückstellungen werden nach den Prognosen des Vorstandes der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein quartalsweise in der angenommenen ausreichenden Höhe aus der MGV gebildet. Die Rückstellungsbereiche sind untereinander ausgleichsfähig.
- 2) Für die Bereinigung aufgrund von Selektivverträgen nach §§ 63 ff und 140a SGB V sowie aufgrund einer Vereinbarung nach § 116b SGB V werden Rückstellungen in den betroffenen Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereichen im Sinne von Anlage 2 gebildet. Die Höhe der Rückstellung je Vergütungs-, Verteilungsvolumina bzw. Vergütungsbereich entspricht dabei dem jeweiligen Anteil an dem übermittelten Bereinigungsbetrag.

§ 5 Arzt- und praxisbezogene RLV und QZV

1) Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung

Zur Verhinderung einer übermäßigen Ausdehnung der vertragsärztlichen Tätigkeit werden für die Vergütung der vertragsärztlichen Leistungen arzt- und praxisbezogene RLV und QZV vorgegeben. Die Berechnung und Anpassung der RLV und QZV ergibt sich aus den nachfolgenden Bestimmungen.

Die RLV werden quartalsweise je Arzt für die in der Anlage 1, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, benannten Arztgruppen ermittelt. Hierbei, wie auch bei den QZV ist der Umfang der Tätigkeit des einzelnen (auch angestellten) Arztes in der Regel laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid zu berücksichtigen. Für die arztbezogene Ermittlung eines QZV muss der einzelne Arzt die in Anlage 2 Schritt 6, Abs. 2 benannte Voraussetzung für das jeweilige QZV erfüllen.

Die quartalsweise Zuordnung der RLV und QZV erfolgt praxisbezogen. Dabei ergibt sich die Höhe des RLV/QZV einer Arztpraxis aus der Addition der RLV und QZV je Arzt, die in der Arztpraxis tätig sind, sofern sich aus den übrigen Bestimmungen nichts Abweichendes ergibt.

Für Vertragsärzte, die außer in ihrer Arztpraxis auch in einer oder mehreren Teil-BAG tätig sind, wird ein gesamtes RLV für die vom jeweiligen Vertragsarzt in der Arztpraxis und in der(n) Teil-BAG erbrachten Leistungen ermittelt.

2) Bildung der RLV und QZV

Zu den Einzelheiten der Bildung der RLV und QZV wird auf die Anlage 2 verwiesen. Die arztgruppenspezifisch je Versorgungsbereich ermittelten QZV sind in Anlage 3, die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, aufgeführt.

3) Kalkulationssicherheit und Verrechnung der RLV und QZV

a) Kalkulationssicherheit

Zur Gewährleistung der Kalkulationssicherheit hinsichtlich der Höhe des zu erwartenden Honorars (§ 87b Abs. 2 Satz 1 SGB V) werden die sich nach Anlage 2 Schritt 5 errechnenden arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte vor Beginn des Geltungszeitraumes auf der Homepage der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein unter www.kvno.de veröffentlicht.

Diese kalkulatorischen Fallwerte können gemäß Anlage 2 Schritt 6, Abs. 1a) und Abs. 2) eine Anpassung erfahren.

b) Verrechnung

Dem einer Arztpraxis zugeordneten RLV und ggf. QZV steht die in der Arztpraxis ab-

gerechnete Leistungsmenge insgesamt gegenüber, d. h. sofern das RLV und/oder QZV nicht ausgeschöpft ist, kann das noch zur Verfügung stehende Honorarvolumen mit Leistungen aus dem RLV und/oder QZV ausgefüllt werden und umgekehrt. Hierbei sind auch die Leistungen zu berücksichtigen, die von den beteiligten Vertragsärzten ggf. in Teil-BAG erbracht werden.

4) Fallzahlzuwachsbeschränkung

- a) Sofern die Summe aller RLV-Fälle einer Arztgruppe im Vergleich zum Vorjahresquartal um mehr als 5 % zunimmt, wird abweichend von Anlage 2 Schritt 6, Abs. 1a) als RLV-Fallzahl für diejenigen Ärzte dieser Arztgruppe, deren individueller Fallzahlzuwachs ebenfalls mehr als 5 % beträgt, die um 5 % erhöhte RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt, soweit sich nicht aus den nachstehenden Bestimmungen Ergänzungen oder Abweichungen ergeben.
- b) Bei BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten kommt die vorgenannte Regelung nur zur Anwendung, wenn die Summe aller RLV-Fälle der arztgruppengleichen Ärzte in der BAG, dem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten die um 5 % erhöhte Summe aller RLV-Fälle der arztgruppengleichen Ärzte des Vorjahresquartals überschreitet. In einem solchen Fall erhalten die arztgruppengleichen Ärzte in der Summe die RLV-Fallzahlen des Vorjahresquartals zuzüglich 5 % zugrunde gelegt.
- c) Für erstmalig zugelassene Ärzte im Sinne der nachfolgenden Bestimmungen des Abs. 4c) (1) bis (3) findet keine Begrenzung des Fallzahlzuwachses statt. Für solche Ärzte wird die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zugrunde gelegt.
 - (1) Bei Ärzten, die erstmalig im Planungsbereich zugelassen sind, wird für die Dauer von 16 Quartalen eine Gründungsphase angenommen.
Die erstmalige Anstellung im Bereich der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein – mit Ausnahme der Anstellung i. S. d. § 101 Abs. 1 Nr. 5 SGB V – steht der Neuzulassung gleich. Die Umwandlung einer Zulassung in ein Angestelltenverhältnis ist keine Neuzulassung im vorgenannten Sinne.
 - (2) Nachgewiesene Unterbrechungen in der Gründungsphase, insbesondere aufgrund von Mutterschutz-, Erziehungszeiten oder aufgrund der Pflege pflegebedürftiger naher Angehöriger können ausnahmsweise zu einer Verlängerung der Gründungsphase führen. Gleiches gilt im Falle der nachgewiesenen erstmaligen Erweiterung des Versorgungsumfanges um einen halben auf einen ganzen Versorgungsauftrag bzw. Steigerung des Tätigkeitsumfangs um einen Anrechnungsfaktor von 0,5 auf 1,0 laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid.
 - (3) Ist nachgewiesen, dass bei einer Verlegung des Vertragsarztsitzes weniger als 50 % derselben Patienten des bisherigen Zulassungsortes versorgt werden, kann ausnahmsweise von einer Neuzulassung im Sinne von Abs. 4a) ausgegangen werden.
- d) Für Ärzte, deren RLV-Fallzahl im Vorjahresquartal unterhalb des Arztgruppendurchschnitts liegt, wird grundsätzlich die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt. Sofern diese jedoch die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals überschreitet und sowohl der Fallzahlzuwachs der jeweiligen Arztgruppe als auch der individuelle Fallzahlzuwachs mehr als 5 % im Vergleich zum Vorjahresquartal beträgt, wird die durchschnittliche Fallzahl der Arztgruppe des Vorjahresquartals angesetzt, mindestens jedoch die um den erlaubten Zuwachs um 5 % erhöhte RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals.
- e) Wenn der Versorgungs- bzw. Tätigkeitsumfang des Arztes laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid gegenüber dem Vorjahresquartal reduziert wird und eine Nachbesetzung stattfindet, ist im Rahmen der vorstehenden Regelungen grundsätzlich die um den entsprechenden Anteil reduzierte RLV-Fallzahl des Arztes im Vorjahresquartal als RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals zu berücksichtigen.
- f) Ändern sich in einer BAG, einem MVZ oder einer Praxis mit angestellten Ärzten gegenüber dem Vorjahresquartal maßgebliche Faktoren (z. B. Praxiskonstellation, Tätigkeitsumfang) und führen die vorstehenden Regelungen zur Bestimmung der arzt-

bezogenen RLV-Fallzahl zu einer nicht unwesentlichen und unbilligen praxisbezogenen Benachteiligung – weil z. B. die Summe der arztbezogenen RLV-Fallzahlen kleiner als die Praxisgesamtfallzahl im Vorjahresquartal ist, obwohl Tätigkeitsumfang und Fallzahlen jeweils gegenüber dem Vorjahresquartal praxisbezogen unverändert bleiben –, kann die zur Berechnung des erlaubten individuellen Fallzahlzuwachses maßgebliche RLV-Fallzahl des Vorjahresquartals der einzelnen Ärzte der Praxis eine Anpassung erfahren. Dabei erhalten die einzelnen Ärzte und die Praxis insgesamt – jeweils nach Berücksichtigung des erlaubten Zuwachses – maximal die aktuell abgerechnete Fallzahl.

- g) Die vorgenannten Regelungen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung kommen in den Quartalen I/2021 und II/2021 aufgrund der Auswirkungen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite auf die Fallzahlen der entsprechenden Vorjahresquartale nicht zur Anwendung.

5) Regelungen bei Beschlüssen des Landesausschusses nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V

Für Ärzte einer von einem Beschluss nach § 100 Abs. 1 oder 3 SGB V betroffenen Arztgruppe mit einer Arztpraxis in dem betroffenen Planungsbereich findet die Fallzahlzuwachsbegrenzung gemäß Abs. 4 keine Anwendung.

§ 6 Härtefallregelungen

1) Ausnahmen zur Fallzahlzuwachsbegrenzung

a) Grundsätze

Auf Antrag können die arzt- und/oder praxisbezogenen Fallzahlen für Ärzte einer Arztgruppe gemäß Anlage 1, die aufgrund der Regelungen des § 5 Abs. 4 nicht die RLV-Fallzahl des aktuellen Quartals zur Berechnung des RLV zugrunde gelegt erhalten, bis maximal auf die aktuelle Fallzahl des Abrechnungsquartals angehoben werden. Voraussetzung ist ein vom Antragsteller aus den folgenden Gründen nicht zu vertretender außergewöhnlicher Fallzahlrückgang in der Vergangenheit oder ein aktueller außergewöhnlicher Fallzahlenanstieg.

Eine außergewöhnliche Änderung der Fallzahl (Rückgang bzw. Erhöhung) liegt vor, wenn diese 20 % der Fallzahl der Praxis im Vorjahresquartal (Rückgang) bzw. im Vorjahresquartal (Anstieg) beträgt. Dabei gilt, dass Praxen unterhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl lediglich 20 % der Fallzahl der Praxis und Praxen oberhalb der durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallzahl 20 % des Durchschnitts nachweisen müssen, um eine außergewöhnliche Fallzahländerung belegen zu können. Die durchschnittliche arztgruppenspezifische Fallzahl ergibt sich aus der Division der RLV/QZV-Fälle der Arztgruppe im Vorjahresquartal und der Anzahl der Ärzte; bei der Bestimmung der Anzahl der Ärzte ist der Umfang der Tätigkeit laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid berücksichtigt. Für BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden für das Vorliegen des 20 %-Kriteriums die Arztgruppennennungen je Arzt additiv betrachtet.

Die Antragstellung ist erst nach Bekanntgabe des Abrechnungsbescheides für das Quartal statthaft, für das die Härtefallregelung beantragt ist und nur bis zum Ende des Quartals zulässig, in dem dieser Abrechnungsbescheid bekanntgegeben wird.

(1) Die Bewilligung kann nur aus folgenden Gründen erfolgen:

aa. Gründe, die zu einem Fallzahlrückgang in der Vergangenheit geführt haben

- Erziehung eines Kindes bis zur Vollendung des 3. Lebensjahres (§ 32 Abs. 2 Nr. 2 Ärzte-ZV)

- Pflege eines pflegedürftigen nahen Angehörigen in häuslicher Umgebung bis zu einer Dauer von sechs Monaten (§ 32 Abs. 2 Nr. 3 Ärzte-ZV)
- schwere Erkrankung/Todesfälle im unmittelbaren familiären Umfeld
- eigene Krankheit des Arztes, die zur Arbeitsunfähigkeit führt
- uneigennützige Tätigkeit des Arztes, insbesondere nachgewiesenes soziales Engagement durch ärztliche Tätigkeit im Rahmen eines Hilfsprojektes
- Sicherstellung in einer anderen Praxis im KV-Bezirk bei akuter, schwerer Erkrankung oder Tod des dort tätigen Vertragsarztes
- nachgewiesener Ausfall eines für die Leistungserbringung notwendigen medizinisch-technischen Gerätes

bb. Gründe, die im aktuellen Quartal liegen und zu einem Fallzahlenanstieg führen

- urlaubs- und krankheitsbedingte Vertretung eines Arztes der eigenen BAG oder einer Arztpraxis in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Angegebene Zeiten von Vertretung oder Krankheit werden nur berücksichtigt, wenn sie zusammenhängend länger als eine Woche dauern und die Anzahl der Vertreterfälle des entsprechenden Vorjahresquartals überschritten ist. Die anerkannten Mehrfälle werden im entsprechenden Quartal des nächsten Jahres nicht fortgeschrieben.
- Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis. Die Aufgabe einer Zulassung in o. g. Sinn liegt vor, wenn die Praxis nicht durch einen Nachfolger fortgeführt oder die Zulassung nicht in ein Angestelltenverhältnis umgewandelt wird.
- gravierende Verwerfungen der regionalen Versorgungsstruktur
- Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus
- Eröffnung einer Zweigpraxis, die nicht nur die Versorgungslage verbessert, sondern der Sicherstellung dient, weil in ihr Leistungen angeboten werden, die ansonsten in zumutbarer Entfernung nicht erbracht werden.

(2) Die Bewilligung ist ausgeschlossen bei:

- Umbau in der Praxis oder von Teilen und/oder Umzug der Praxis
- räumliche oder personelle Umstrukturierung der Praxis
- verlängerte bzw. veränderte Öffnungszeiten
- persönliche Fort- und/oder Weiterbildung zusammenhängend von weniger als einer Woche
- in Fällen höherer Gewalt (Witterungsbedingungen, etc.)
- Ausfall von nichtärztlichen Mitarbeitern.

Durch die Fallzahlerhöhung bleibt eine für den Fall des sog. Job Sharing bestehende Leistungsbeschränkung unberührt.

b) Ausnahmen bei Praxisschließungen, Praxisverlegungen, in Fällen der eigenen Krankheit des Arztes, jeweils in besonderen Härtefällen

Das 20 %-Kriterium findet in den folgenden Fällen keine Anwendung:

- bei eigener Krankheit des Arztes, wenn es sich um eine schwerwiegende und lang anhaltende Erkrankung handelt.
- bei Aufgabe einer Zulassung oder genehmigten angestellten Tätigkeit eines Arztes der eigenen BAG oder in der näheren Umgebung der Arztpraxis, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20 %-Kriteriums unzumutbar erscheint.

- bei Verlegung einer Praxis im Umfeld aus dem Einzugsbereich hinaus, wenn aufgrund besonderer Umstände des Einzelfalles die Einhaltung des 20 %-Kriteriums unzumutbar erscheint.
Bei positiver Beschlussfassung wird in den Fällen der eigenen Erkrankung des Arztes (1. Spiegelstrich) die Vorjahresfallzahl der Berechnung zugrunde gelegt. In den Fällen der Aufgabe einer Zulassung (2. Spiegelstrich) und der Verlegung einer Praxis (3. Spiegelstrich) wird die hierauf beruhende Fallzahlsteigerung gewährt, es sei denn, die Summe der Fallzahlsteigerungen aller betroffenen Praxen überschreitet die Fallzahl der aufgegebenen und/oder verlegten Praxis. In diesen Fällen wird die Fallzahlsteigerung jeder einzelnen betroffenen Praxis lediglich anteilig gewährt.

2) Anpassung des RLV/QZV bei Beschäftigung von Weiterbildungsassistenten nach § 75a SGB V

Bei Beschäftigung eines genehmigten Assistenten im Rahmen der Weiterbildung nach § 75a SGB V kann in Umsetzung von § 32 Abs. 3 Satz 2 Ärzte-ZV im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des RLV/QZV gewährt werden. Die Anpassung ist in ihrer Höhe begrenzt durch den Anhebungsbetrag nach § 75a Abs. 1 Satz 4 SGB V. Die Antragstellung ist nur bis zum Ende des Quartals, für das die Anpassung beantragt ist, zulässig.

§ 6a Praxisbesonderheiten

Zur Sicherstellung eines besonderen Versorgungsbedarfs kann im Einzelfall auf Antrag eine Anpassung des arztgruppenspezifischen Fallwertes gewährt werden, wenn der Antragsteller aus objektiven Gründen gehindert ist, mit dem durchschnittlichen arztgruppenspezifischen Fallwert eine an § 12 Abs. 1 SGB V orientierte Versorgung der GKV-Versicherten zu gewährleisten.

Voraussetzung ist eine im Leistungsumfang der Praxis zum Ausdruck kommende Spezialisierung sowie eine von der Typik der Arztgruppe abweichende Praxisausrichtung mit auffallem und messbarem signifikanten Anteil der im Spezialisierungsbereich abgerechneten Punkte im Verhältnis zum Gesamtpunktzahlvolumen der Praxis.

- Ein signifikanter Anteil des Spezialisierungsbereichs liegt vor, wenn hierauf in vier aufeinander folgenden Quartalen mindestens 20 % des Gesamtpunktzahlvolumens entfallen. Für die Ermittlung des Punktzahlanteils im jeweiligen Spezialisierungsbereich sind ggf. einzelne GOP additiv zu betrachten, wenn ein Sachzusammenhang besteht.
- Indiz für die Atypik der Praxisausrichtung im Vergleich zur Arzt-/Fachgruppe ist, wenn im Verhältnis zum Fachgruppendurchschnitt eine signifikant überdurchschnittliche Leistungshäufigkeit in einem Spezialgebiet vorliegt. Zur Begründung einer versorgungsrelevanten Besonderheit genügt es nicht, lediglich ein „Mehr“ an arzt-/fachgruppentypischen Leistungen abzurechnen. Die Überschreitung muss entweder auf arztgruppenübergreifend erbrachten speziellen Leistungen nach dem EBM beruhen, die eine besondere (Zusatz-) Qualifikation und eine besondere Praxisausstattung erfordern, oder auf arztgruppentypischen Leistungen nach dem EBM, die im Verhältnis zur Arzt-/Fachgruppe mit mindestens 5-facher Häufigkeit im Anwendervergleich zur Sicherstellung erbracht werden müssen.

Die Berücksichtigung als Praxisbesonderheit ist ausgeschlossen, wenn die Spezialisierung ganz oder teilweise in einem leistungsfallbezogenen QZV Ausdruck gefunden hat.

Nach Feststellung der tatbestandlichen Voraussetzungen, die kumulativ erfüllt sein müssen, steht der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein ein Ermessen bei der Höhe der Festsetzung eines Fallwertzuschlages zu. Über den Fallwertzuschlag wird für vier Quartale entschieden; ein erneuter Antrag ist erst für einen Anschlusszeitraum zulässig.

§ 6b Auffangregelung

Soweit weitere Umstände vorliegen, die der Arzt nicht zu vertreten hat, und die dazu führen, dass das nach den Bestimmungen dieses HVM berechnete RLV im Einzelfall zu einer nachweislichen Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der Praxis und zu einem spezifischen Sicherstellungsbedarf führt, können auf Antrag nach Ermessen Anpassungen gewährt werden. Die Gefährdung der wirtschaftlichen Existenz der gesamten Praxis ist durch geeignete Unterlagen, insbesondere solchen, die von Dritten erstellt wurden, vollständig glaubhaft zu machen.

Die Entscheidungen über die Anträge trifft, ebenso wie nach den Regelungen der §§ 6 bis 6a, der Vorstand der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nach Anhörung des HVM-Ausschusses der Vertreterversammlung.

§ 7 Verteilung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

1) Vergütung von Leistungen, die dem RLV und dem QZV unterliegen

Die von der Arztpraxis abgerechnete Leistungsmenge wird mit dem regional vereinbarten Punktwert bewertet und bis zur Höhe des mitgeteilten RLV sowie ggf. QZV mit diesem Punktwert vergütet.

Die das RLV und ggf. QZV einer Arztpraxis insgesamt überschreitenden Leistungen werden mit einem abgestaffelten Preis vergütet. Dieser wird quartalsweise je Versorgungsbereich aus dem Vergütungsvolumen von 2 % nach Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1a) bzw. Abs. 2a) und dem überschreitenden Leistungsbedarf je Versorgungsbereich ermittelt, jedoch begrenzt auf max. 7,5 Cent.

Die Vergütung einer versorgungsbereichsübergreifenden BAG/MVZ bzw. einer Praxis/MVZ mit versorgungsbereichsübergreifender Anstellung erfolgt aus dem versorgungsbereichsspezifischen Vergütungsvolumen, in dem der Schwerpunkt der Praxis/des MVZ gemessen am RLV/QZV-relevanten Leistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale liegt.

Mit den Partnern der Gesamtverträge zusätzlich vereinbarte Vergütungsanteile werden vertragsgemäß, ggf. auch rückwirkend, verwendet.

2) Vergütung von Leistungen, die nicht dem RLV sowie dem QZV unterliegen

- a) Die Vergütung der Leistungen der ambulanten Notfallversorgung erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Bereitschaftsdienst und Notfall“ nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- b) Die Vergütung der veranlassten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 (ohne die GOP, die außerhalb der MGV vergütet werden sowie die GOP, die gemäß Teil B der Vorgaben KBV dem Grundbetrag „genetisches Labor“ zugeordnet werden) EBM (Anforderungen über Muster 10) und des Laborwirtschaftlichkeitsbonus (GOP 32001 EBM) erfolgt aus dem nach Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „Labor“ zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit der Quote „Labor“. Diese Quote errechnet sich quartalsweise durch Division des Vergütungsvolumens des Grundbetrages „Labor“ abzüglich der zu erwartenden grundbetragspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V durch das mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung angeforderte Honorarvolumen für die GOP des Grundbetrages „Labor“. Die Vergütung der GOP des Grundbetrages „Labor“ erfolgt

jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziff. 8, Satz 1 der Vorgaben KBV und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.

- c) Die Vergütung der Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (PFG) erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass die Vergütung aus dem nach Anlage 2 Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „PFG“ erfolgt.
- d) Die Vergütung der Leistungen, die nach Teil B, Ziffer 1.3 der Vorgaben KBV aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ vergütet werden, erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge das nach Anlage 2 Schritt 1 als eigenständiges Kontingent gebildete Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ überschreitet. Im letzteren Fall gilt Folgendes:
 - (1) Die Leistungsmenge der GOP 01842, 11501, 11502 und 11503 EBM wird abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des nach Anlage 2 Schritt 1 für diese Leistungen gebildeten eigenständigen Kontingents durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung. Die vorgenannten Regelungen finden Anwendung auch für die Leistungen der GOP 01841 EBM, wenn die Partner der Gesamtverträge den Empfehlungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung nicht folgen.
 - (2) Die Leistungen der GOP 32860 bis 32865, 32902, 32904, 32906, 32908, 32931, 32932 und 32937, 32945 und 32946 EBM werden zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einer Quote vergütet. Diese Quote errechnet sich durch Division des – um das Honorarvolumen gemäß (1) geminderten – nach Anlage 2 Schritt 1 als eigenständiges Kontingent gebildeten Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung. Die Vergütung dieser Leistungen erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziff. 8, Satz 1 der Vorgaben KBV und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung.
 - (3) Die Leistungsmenge der übrigen Leistungen, die nach Teil B, Ziffer 1.3 der Vorgaben KBV aus dem Grundbetrag „genetisches Labor“ vergütet werden, wird abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division des – um die Vergütungsvolumina im Abrechnungsquartal gemäß (1) und (2) geminderten – nach Anlage 2 Schritt 1 als eigenständiges Kontingent gebildeten Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ durch den entsprechenden Leistungsbedarf dieser übrigen Leistungen des aktuellen Abrechnungsquartals. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- e) Die Vergütung der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) bis d) und Abs. 2c) bis f) und Abs. 2j) aufgeführten Leistungen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass jeweils eigenständige Kontingente gebildet sind und die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge diese Kontingente überschreitet. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der jeweils gebildeten eigenständigen Kontingente durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung, sofern nichts Abweichendes bestimmt ist.

- f) Die Vergütung von Leistungen der Fachärzte für Pathologie außerhalb von Kapitel 19 EBM erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- g) Die Vergütung der gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) gebildeten Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen innerhalb der arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumen erfolgt nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung, es sei denn, dass die mit diesem Punktwert bezahlbare Leistungsmenge nach den gemäß Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina überschritten wird. In diesem Fall wird die Leistungsmenge abweichend von der regionalen Euro-Gebührenordnung nach dem EBM, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich durch Division der in Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2a) jeweils gebildeten Vergütungsvolumina durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals, der der MGV unterliegt. Die Vergütung der Leistungen erfolgt jedoch nicht mit einem Punktwert oberhalb des Wertes der regionalen Euro-Gebührenordnung.
- h) Die Vergütung von Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden, erfolgt entsprechend § 120 Abs. 3a Satz 1 SGB V nach der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung.
- i) Die Vergütung der eigenerbrachten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und der von Laborgemeinschaften abgerechneten laboratoriumsmedizinischen Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A) erfolgt jeweils aus den in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1h) bzw. Schritt 2, Abs. 2i) gebildeten Vergütungsvolumina zu den Preisen der jeweils geltenden regionalen Euro-Gebührenordnung multipliziert mit einer versorgungsbereichsspezifischen Quote „Labor“. Diese Quote errechnet sich quartalsweise durch Division der in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1h) bzw. Schritt 2, Abs. 2i) gebildeten Vergütungsvolumina durch das mit den Preisen der regionalen Euro-Gebührenordnung jeweils angeforderte Honorarvolumen für die betroffenen GOP. Die Vergütung der betroffenen GOP erfolgt jedoch nicht unterhalb der Mindestquote gemäß Teil A, Ziff. 8, Satz 1 der Vorgaben KBV und nicht oberhalb der Preise der regionalen Euro-Gebührenordnung

3) Vergütung förderungswürdiger Leistungen

Zusätzlich zur Vergütung gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 werden die in Anlage 4 – die in ihrer jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist – aufgeführten Leistungen aus den hierfür nach Anlage 2 Schritt 1 gebildeten Kontingenten besonders gefördert, die von den Ärzten der dort genannten Arztgruppen unter den dort genannten Bedingungen im aktuellen Abrechnungsquartal abgerechnet und nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit anerkannt werden.

Hierzu wird die Leistungsmenge multipliziert mit dem sich je Arztgruppe bzw. je Arztgruppe/Leistungsbereich rechnerisch ergebenden Punktwert vergütet. Dieser Punktwert errechnet sich jeweils durch Division des für die in Anlage 4 aufgeführten Leistungen nach Anlage 2 Schritt 1 jeweils gebildeten eigenständigen Kontingents durch den entsprechenden Leistungsbedarf des aktuellen Abrechnungsquartals.

4) Über-/Unterschüsse

Soweit in der Quartalsabrechnung Unter- oder Überschüsse in Bezug auf die gemäß Teil B der Vorgaben KBV gebildeten Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“, „Bereitschaftsdienst und Notfall“, „genetisches Labor“, „PFG“ festgestellt werden, werden diese gemäß Teil B Ziffer 7 der Vorgaben KBV angepasst bzw. die dafür notwendigen Finanzmittel bereitgestellt. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „Labor“ und „Bereitschaftsdienst und Notfall“ erfolgt in den Vergütungsvolumina des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages, beim Grundbetrag „Labor“ nach dem Anteil, des haus- bzw. fachärztlichen Versorgungsbereichs am Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ des jeweiligen Abrechnungsquartals, beim Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“ entsprechend der Anzahl der Ärzte im jeweiligen Versorgungsbereich. Eine Finanzierung eines Unterschusses bzw. die Berücksichtigung eines Überschusses

bei den Vergütungsvolumina der Grundbeträge „PFG“ und „genetisches Labor“ erfolgt im Vergütungsvolumen des fachärztlichen Grundbetrages. Eine Finanzierung eines Überschusses bzw. eine Berücksichtigung eines Überschusses der in Schritt 2 und Schritt 3 der Anlage 2 gebildeten Volumina erfolgt im jeweiligen Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. des fachärztlichen Grundbetrages. Hierzu abweichend wird ein Überschuss im Vergütungsvolumen des eigenständigen Kontingents für Leistungen der Strahlentherapie gemäß Anlage 2 Schritt 2, Abs. 2) im Vergütungsvolumen dieses Kontingents im Folgequartal berücksichtigt.

§ 8 Belegärztliche Tätigkeit

- 1) Im Rahmen der belegärztlichen Tätigkeit sind die gesetzlichen Vorgaben zur Vermeidung nicht notwendiger stationärer Krankenhausbehandlung sowie die entsprechenden Vereinbarungen der Partner der Gesamtverträge zu beachten.
- 2)
 - a) Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Aufnahme des eigenen Patienten in das Krankenhaus können nach den für die ambulante Behandlung geltenden Vorschriften abgerechnet werden, wenn aus zwingenden medizinischen Gründen eine sofortige stationäre Aufnahme erforderlich ist. Ambulante Leistungen des Belegarztes am Tage der Entlassung des Patienten aus dem Krankenhaus sind nicht abrechnungsfähig, es sei denn, dass ein Notfall vorliegt.
 - b) Leistungen, die aufgrund einer Krankenhauseinweisung eines anderen Arztes im Rahmen der Aufnahmeuntersuchung von einem an diesem Krankenhaus tätigen Belegarzt erbracht werden, sind nicht abrechnungsfähig. Lediglich im Falle der Aufnahme auf eine Belegstation sind die Leistungen nach den für die belegärztliche Behandlung geltenden Bestimmungen abzurechnen.
 - c) Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten mit Unterbrechen der Sprechstundentätigkeit kann der Belegarzt die GOP 01412 EBM abrechnen. Bei dringend angeforderten und unverzüglich ausgeführten Einzelvisiten außerhalb der üblichen Sprechstundenzeiten kann der Belegarzt die GOP 01414 EBM mit der Kennzeichnung „D“ (01414D), ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM abrechnen; in diesen Fällen kann zusätzlich die Wegepauschale/das Wegegeld in Ansatz gebracht werden.
 - d) Die Abrechnung der Leistungen nach den Abschnitten 2.5, 3.2, 4.2, 7.3, 18.3, 30.4 EBM, dem Kapitel 35 EBM sowie der Leistungen nach den GOP 01910, 01911, 10330, 13500, 13501, 13502, 13600, 13601, 13602, 13700, 14240, 14313, 14314, 16230, 16231, 21230, 21231, 21232, 30700, 30702, 30790, 30791 und 40100 EBM ist ausgeschlossen.
- 3) Ärztlicher Bereitschaftsdienst wird wahrgenommen, wenn sich der bereitchaftsdiensthabende Arzt des Krankenhauses auf Anordnung seines Arbeitgebers oder des Belegarztes außerhalb der regelmäßigen Arbeitszeit im Krankenhaus aufhält, um im Bedarfsfall auf der/den Belegabteilung/en rechtzeitig tätig zu werden. Sofern dem Belegarzt Aufwendungen für diesen ärztlichen Bereitschaftsdienst entstehen, erstatten die Vertragskrankenkassen dem Belegarzt diese. Hierfür hat er – ggf. durch eine Bestätigung des Krankenhausträgers – gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein nachzuweisen, dass ihm Kosten für den ärztlichen Bereitschaftsdienst entstanden sind. Der von Belegärzten selbst wahrgenommene Bereitschaftsdienst fällt nicht unter die vorstehende Regelung. Auch für jegliche Art von Rufbereitschaft des Belegarztes, seines Assistenten oder von Krankenhausärzten für den Belegarzt wird kein Entgelt geleistet. Als Vergütung des ärztlichen Bereitschaftsdienstes wird von den Vertragskrankenkassen je Patient und Pfl egetag Euro 2,42 gezahlt. Die Abrechnung erfolgt auf dem Belegarztschein für jeden Belegpatienten nach der Zahl der Pfl egetage mit der Nr. 40170.

4)

- a) Die Vergütung belegärztlicher Leistungen des Kapitels 36, der GOP 13311, 13311I, 17370 EBM und Geburtshilfe erfolgt außerhalb der MGV.
- b) Die Vergütung der übrigen belegärztlichen Leistungen, also innerhalb der MGV erfolgt nach der regionalen Euro-Gebührenordnung mit der Maßgabe, dass
 - die Leistungen nach dem Kapitel 33, den Abschnitten 11.3, 11.4, 19.3, 30.7 (mit Ausnahme der GOP 30700, 30702, 30790, 30791), 34.2 (mit Ausnahme der GOP 34274), 34.6 sowie die Leistungen nach den GOP 01770, 01772, 01773, 01774, 01775, 01785, 01786, 01831, 01902, 02520, 03321, 03322, 03324, 03330, 03331, 03332, 04321, 04322, 04324, 04330, 04331, 10320, 10322, 10324, 13250, 13251, 13252, 13253, 13254, 13255, 13256, 13257, 13301, 13310, 13400 bis 13431, 13551 bis 13561, 13651 bis 13701, 30430, 30431, 34500 und 34501 EBM mit 60 % der Vergütungssätze
 - die Leistungen der Abschnitte 17.3, 34.3 und 34.4 mit 20 % der Vergütungssätze vergütet werden.

Der vom Belegarzt hinzugezogene Vertragsarzt erhält unter den Voraussetzungen des § 41 Abs. 2, 6 und 7 BMV-Ä die Vergütung mit der Maßgabe, dass

- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Assistenzleistungen
 - ♣ die Leistung nach der GOP 01412 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C und insgesamt einmal die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld
 - ♣ die Leistung nach der Nr. 01414C in Verbindung mit der Gebühr nach den GOP 01100 bzw. 01101 EBM und je Fall die entsprechende Wegepauschale/das entsprechende Wegegeld mit 70 % der Vergütungssätze
- für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses bei Durchführung von Anästhesieleistungen die Leistung nach der GOP 05230 EBM für jeden ersten sowie die Nr. 05230E für jeden weiteren Kranken, ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM
- bei konsiliarischer oder mitbehandelnder Tätigkeit für das Aufsuchen des Belegkrankenhauses die Visite nach Nr. 01414C, ggf. in Verbindung mit den GOP 01100 bzw. 01101 EBM, und die jeweils durchgeführten Leistungen nach den für die ambulante Behandlung geltenden Bestimmungen mit 70 % der Vergütungssätze
- bei Durchführung von Narkosen/Anästhesien die Leistungen nach den GOP 01852, 01853, 01856, 01857, 01903 und 01913 sowie nach den Kapiteln 2 und 5 EBM mit 60 % der Vergütungssätze vergütet werden.

§ 9 Erstattung von Kosten

Die Kosten für Materialien, die gemäß Abschnitt 7.3 EBM nicht in den berechnungsfähigen Leistungen enthalten sind und auch nicht über Sprechstundenbedarf bezogen werden können, werden gesondert nach Maßgabe des § 44 Abs. 6 BMV-Ä in nachgewiesener Höhe abgerechnet, soweit die Partner der Gesamtverträge nichts Abweichendes vereinbart haben.

§10 Wegegelder und Wegepauschale

- 1) Für jeden Besuch erhalten die Ärzte – soweit in Abs. 2 nichts anderes bestimmt ist – eine Wegepauschale von Euro 1,32 bei Tag und Euro 2,41 bei Nacht außerhalb der MGV.
- 2) Anstelle der Wegepauschale gemäß Abs. 1 erhalten die Ärzte für Besuche ein Wegegeld außerhalb der MGV, wenn die Entfernung von der Wohnung des Patienten zum Arztsitz mehr als 2 km beträgt. Es kann jedoch höchstens die doppelte Entfernung zum nächsten Praxissitz eines anderen Arztes mit derselben Gebietsbezeichnung zugrunde gelegt werden. Für die Ermittlung der Kilometerzahl ist der kürzeste befahrbare Weg maßgebend. Bruchteile unter 0,5 km bleiben unberücksichtigt; Bruchteile von 0,5 km und darüber werden auf volle Kilometer aufgerundet.
- 3) Die im organisierten Notfalldienst innerhalb des Notfalldienstbezirks gefahrenen und auf Abrechnungsscheinen für den ärztlichen Notfalldienst ausgewiesenen Kilometer können ohne Rücksicht auf die Entfernung von der Wohnung des Patienten zu einem ggf. näher liegenden Arztsitz angesetzt werden.
- 4) Bei Besuchen, die im Rahmen der Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 4. Lebensjahres notwendig werden, ist zur Berechnung des Wegegeldes außerhalb der MGV die Entfernung zwischen der Praxis des Arztes und der Besuchsstelle maßgebend, es sei denn, der Besuch zur Durchführung der Früherkennungsuntersuchung wird im Verlauf einer allgemeinen Besuchstour erbracht. In diesem Fall ist zur Berechnung des Wegegeldes die Entfernung zwischen dem besuchten Kind und demjenigen besuchten Patienten zugrunde zu legen, der dem besuchten Kind am nächsten wohnt, höchstens aber die Entfernung zwischen Praxis und Besuchsstelle. Besuche nach dieser Bestimmung sind nur nach GOP 01721 EBM abrechenbar.
Wegegebühren im Zusammenhang mit Früherkennungsuntersuchungen sind nicht abrechnungsfähig, wenn diese mit gewisser Regelmäßigkeit am selben Ort (z. B. Krankenhaus, Entbindungsanstalt) durchgeführt werden.
- 5) Als Wegegeld wird außerhalb der MGV je Doppelkilometer gezahlt:
bei Besuchen/Visiten nach den GOP 01411, 01412, 01414 + 01100, 01414 + 01101, 01415, 01418 EBM Euro 1,85
bei Besuchen/Visiten nach den Nrn. 01410N, 01411N, 01412N, 01414N, 01414N + 01100 und 01414N + 01101, 01415N, 01418N Euro 2,92
bei Besuchen nach den GOP 01410 und 01721 EBM Euro 1,52.

§ 10a Sonderregelung für außergewöhnliche Situationen (§§ 87a Abs. 3b, 87b Abs. 2a SGB V)

- 1) Mindert sich das Gesamthonorar eines vertragsärztlichen Leistungserbringers um mehr als 10 % gegenüber dem Vorjahresquartal infolge einer außergewöhnlichen Situation im Sinne des § 87a Abs. 3b SGB V erfolgt eine Ausgleichszahlung an den vertragsärztlichen Leistungserbringer nach Maßgabe der nachfolgenden Bestimmungen.
- 2) Das Gesamthonorar setzt sich zusammen aus Honorar für Leistungen innerhalb der MGV (MGV-Honorar) und außerhalb der MGV (EGV-Honorar).

Dabei bildet das MGV-Honorar die Vergütung für Leistungsbestandteile ab, die im aktuellen Quartal innerhalb der MGV vergütet werden zzgl. der Honorarbeträge, die für Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V im aktuellen Quartal aus der MGV bereinigt werden. Unberücksichtigt bleiben Kosten nach Kap. 40 EBM sowie Sachkosten gemäß Abschnitt I Punkt 7.3 EBM. Das EGV-Honorar bildet sich aus den Leistungsbe-

standteilen, die im aktuellen Quartal außerhalb der MGV bezahlt werden und auf gemeinsamen und einheitlichen Vereinbarungen bzw. inhaltsgleichen oder inhaltsähnlichen Verträgen mit den Krankenkassen beruhen abzgl. des nach Satz 2 dem MGV-Honorar zugeführten Honoraranteils für Leistungen nach § 87a Abs. 3 Satz 5 Nr. 3 bis 6 SGB V sowie 200 € je Operation als Kostenpauschale bei Honoraren nach den Kataraktverträgen. Unberücksichtigt bleiben im Weiteren die Schutz- bzw. Satzungsimpfungen und Erstattungen von Kosten mit Ausnahme der Kosten für Radionuklide.

- 3) Eine Ausgleichszahlung findet nur statt, wenn sich die Fallzahl der Praxis im Abrechnungsquartal gegenüber dem Vorjahresquartal vermindert hat. Bei der Betrachtung bleiben Fälle mit ausschließlich telefonischem Kontakt unberücksichtigt. Eine Fallzahlminderung wird bei vorrangig psychotherapeutischen Leistungserbringern dann angenommen, wenn die Behandlungszeit im Abrechnungsquartal geringer ist als im Vorjahresquartal.
- 4) Es wird davon ausgegangen, dass ein Fallzahlrückgang auf einer Situation nach § 87a Abs. 3b SGB V beruht, es sei denn, dass während dieser Situation dem Versorgungsauftrag nicht im bisherigen Umfang entsprochen wurde. Eine Abweichung des Versorgungsangebots der Praxis kann auch deshalb bestehen, weil die Praxis aufgrund von Krankheit oder Urlaub oder sonstigen Gründen im abzurechnenden Quartal im Vergleich zum Vorjahresquartal in wesentlich geringerem Umfang geöffnet war. Als wesentlich gilt dabei ein Unterschied von mindestens einer Woche. Eine Ausgleichszahlung erfolgt zunächst unter Vorbehalt, da die Abrechnung nach dieser Sonderregelung die Bestätigung erfordert, dass eine Versorgung im bisherigen Umfang angeboten wurde und/oder die Praxis nicht in wesentlich geringerem zeitlichem Umfang wegen Krankheit, Urlaub oder sonstigen Gründen geöffnet war. Unterbleibt diese Bestätigung oder wird die Abgabe der Erklärung verweigert, erfolgt eine Rückbuchung der Ausgleichszahlung, weil die Annahme widerlegt bzw. eine zur Sachverhaltsaufklärung notwendige Mitwirkung im Verwaltungsverfahren unterlassen wird. Wird ein Widerspruch gegen den Abrechnungsbescheid damit begründet, dass trotz des Unterlassens der notwendigen Erklärung ein Fallzahlrückgang auf einer Situation nach § 87a Abs. 3b SGB V beruht, hat der Widerspruchsführer die Kausalität nachzuweisen. Das Gleiche gilt für den Vortrag, dass eine Abweichung zwischen Abrechnungsquartal und Vergleichsquartal wegen einer geringeren Fallzahl im Vorjahresquartal, besteht und ohne diese Abweichung ein Fallzahlrückgang aufgrund einer Situation nach § 87a Abs. 3b SGB V festzustellen sei.
- 5) Sofern die Voraussetzungen nach Abs. 1 und 3 erfüllt sind, erfolgt die Ausgleichszahlung separat für das Honorar aus der MGV als auch aus der EGV jeweils auf 90 % der Vergleichswerte des Vorjahresquartals. Dabei gilt, dass das Gesamthonorar nach Abs. 2 des aktuellen Quartals zzgl. der Ausgleichszahlung nicht mehr als 90 % des Gesamthonorars des Vorjahresquartals betragen darf.
- 6) Sofern kein Gesamthonorar aus dem Vorjahresquartal vorliegt (insbesondere bei einer Änderung der BSNR), wird für die Prüfung der Voraussetzung auf das jeweilige arztgruppendurchschnittliche Gesamthonorar abhängig von der in der Praxis vorhandenen Arztgruppen und unter Berücksichtigung der Versorgungs-/Tätigkeitsumfänge laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid als Vergleichshonorar abgestellt. Die Höhe der nach MGV- und EGV-Honoraranteil getrennt ermittelten Ausgleichszahlung errechnet sich für die Praxis jeweils aus der Summe der Produkte der je – in der Praxis vorhandenen – Arztgruppe durchzuführenden Multiplikation ihres entsprechenden Honoraranteils im aktuellen Quartal mit dem arztgruppendurchschnittlichen Anteil der Ausgleichszahlung am jeweiligen Honoraranteil im aktuellen Quartal. Im Widerspruchsverfahren kann in begründeten Fällen, insbesondere bei Ungeeignetheit der Arztgruppennzahlen als Vergleichsmaßstab bei höheren Vorgängerzahlen, das Honorar der jeweiligen Vorgängerpraxis herangezogen werden.

- 7) Für Praxen, in denen sich mindestens bei einer Arztgruppe die Summe ihrer Versorgungs-/ Tätigkeitsumfänge - laut Zulassungs- bzw. Genehmigungsbescheid – gegenüber dem Vorjahresquartal verändert hat, wird das für die Vergleichsbetrachtung gemäß Abs. 2 maßgebliche Gesamthonorar des Vorjahresquartals hinsichtlich der Honoraranteile der von solchen Veränderungen betroffenen Arztgruppen um den entsprechenden Veränderungsfaktor modifiziert.
Die Höhe der nach MGV- und EGV-Honoraranteil getrennt ermittelten Ausgleichszahlung errechnet sich für die Praxis entsprechend der Regelungen des Abs. 6.
- 8) Der EGV-Anteil der Ausgleichszahlung ist in der Höhe zu mindern, in der die Praxis Entschädigung nach dem Infektionsschutzgesetz, finanzielle Soforthilfen des Landes oder Bundes oder Kurzarbeitergeld für das Praxispersonal erhält. Die Minderung erfolgt unter Berücksichtigung des EGV-Anteils der Ausgleichszahlung an der gesamten Ausgleichszahlung sowie des GKV-Honorar-Anteils der beteiligten Fachgruppen an ihrem Gesamtsatz auf Basis der aktuellen Veröffentlichung des Statistischen Bundesamtes zur „Kostenstruktur bei Arzt- und Zahnarztpraxen sowie Praxen von Psychologischen Psychotherapeuten“. Die Praxis ist verpflichtet über den Erhalt von Entschädigungen eine Erklärung abzugeben. Verweigert die Praxis die Abgabe dieser Erklärung führt es dazu, dass eine Ausgleichszahlung nicht erfolgt bzw. in voller Höhe erstattet werden muss.
- 9) Über Ausgleichszahlungen erfolgen keine gesonderten Bescheide, sie werden im Rahmen von Abrechnungsbescheiden geregelt und werden im Abrechnungsbescheid separat ausgewiesen.
- 10) Zahlungen auf Basis der vorgenannten Regelungen mindern etwaige Unter- oder Überschüsse, die sich nach § 7 Abs. 4 getrennt nach Versorgungsbereich ergeben.

§ 11

Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid

1) Einzelheiten des Quartalskonto-/Abrechnungsbescheides

Über die Verteilung des Ausgabenvolumens erhält der Arzt von seiner Bezirksstelle einen Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid. Die Bekanntgabe des Bescheides erfolgt schriftlich durch Übersendung per Post. Aus dem Bescheid und seinen Anlagen müssen insbesondere ersichtlich sein:

- a) die Vergütung von Leistungen sowie die Erstattung von Kosten
- b) weitere Abzüge (z. B. wegen nachträglicher sachlich-rechnerischer Berichtigung der Abrechnung etc.) sowie ggf. den Abzug des Zielerreichungsbeitrages zu Gunsten der nordrheinischen Krankenkassen/-Verbände nach der jeweils zutreffenden Vereinbarung über das Arznei- und Heilmittelausgabenvolumen
- c) weitere Gutschriften (z. B. Aufhebung und Ermäßigung von Kürzungen für frühere Quartale etc.)
- d) sowie die Vergütungen zu Lasten der sonstigen Kostenträger
- e) die Höhe des Abzuges für Verwaltungskostenbeiträge gemäß dem jeweils geltenden Beschluss der Vertreterversammlung der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein
- f) die Höhe des Abzuges für das Ärztliche Hilfswerk
- g) Honorarkürzungen nach § 95d Abs. 3 SGB V
- h) Einbehalte zur Sicherung bzw. Befriedigung von Rückforderungs- und Schadensersatzansprüchen sowie zukünftiger Forderungen
- i) der sich aus dem Kontokorrent ergebende Auszahlungsbetrag
- j) finanzielle Fördermaßnahmen aus dem Strukturfonds nach § 105 Abs. 1a SGB V.

2) Honorarzahungen für ermächtigte Ärzte

Vergütungszahlungen für die von ermächtigten Krankenhausärzten erbrachten Leistungen

gen erfolgen an das jeweilige Krankenhaus.

3) Fälligkeit/Abschlagszahlungen

a) Der Honorarbescheid wird in der Regel bis zum Ende des auf das Abrechnungsquartal folgenden vierten Monats erlassen. Forderungen gegen die Kassenärztliche Vereinigung werden erst fällig, nachdem Prüfungen auf Richtigkeit und ggf. auf Wirtschaftlichkeit durchgeführt und deren Ergebnisse rechtswirksam geworden sind. Bis zu diesem Zeitpunkt steht der Honorarbescheid unter Vorbehalt; Zahlungen der Kassenärztlichen Vereinigung Nordrhein an den Vertragsarzt bleiben bis dahin aufrechnungsfähig und ggf. rückzahlungspflichtige Vorschüsse.

Auf das Vierteljahreshonorar können die an der Abrechnung Teilnehmenden monatliche Abschlagszahlungen, deren Höhe ggf. in der Regel mindestens 20 %, höchstens jedoch 25 % und für die erste Abschlagszahlung des vierten Abrechnungsquartals (Oktober-Rate) 24 % des anerkannten Gesamthonorars der letzten durch die Kassenärztliche Vereinigung Nordrhein fertig gestellten Quartalsabrechnung betragen soll, erhalten. Die Restzahlung erfolgt nach Erteilung des Honorarbescheides. Die Höhe der Abschlagszahlungen können geschätzt werden, wenn sich die Bedingungen grundlegend insbesondere durch die Umstellung auf eine neue Vergütungssystematik, durch die Nicht-Fortführung bisheriger vertraglicher Regelungen oder aufgrund von Änderungen an der Teilnahme der vertragsärztlichen Versorgung ändern. Im Falle der Überzahlung, bei Insolvenz sowie zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche oder künftiger Forderungen kann die Abschlags- und/oder Restzahlung reduziert oder ausgesetzt werden. Bei Überzahlungen, Rückforderungen und Schadensersatzforderungen kann – auch im Falle der Insolvenz – der festgestellte Betrag auch sofort verrechnet werden. In den ersten beiden Quartalen nach Aufnahme der Vertragsarztpraxis erhält der Arzt angemessene Abschlagszahlungen aufgrund der von ihm nachgewiesenen Zahl der Behandlungsfälle. Bei diesen handelt es sich, wie bei allen Abschlagszahlungen nach diesem HVM, um Leistungen, auf die auch bei wiederholter Gewährung kein Rechtsanspruch besteht.

b) Sofern die Krankenkassen nach den Bestimmungen der Gesamtverträge eine Berichtigung der Abrechnung eines Vertragsarztes nur innerhalb einer Ausschlussfrist geltend machen können, wird der Quartalskonto-/Abrechnungsbescheid gegenüber dem Arzt erst verbindlich, wenn entweder die Ausschlussfrist abgelaufen ist oder die Berichtigungsforderung der betreffenden Krankenkasse endgültig für unbegründet erklärt worden ist. Der betroffene Vertragsarzt ist von einer fristgerecht gestellten Berichtigungsforderung einer Krankenkasse unverzüglich zu unterrichten. Unberührt hiervon bleibt das Recht zur sachlich-rechnerischen Berichtigung der Abrechnung.

4) Honorareinbehalt

Zur Sicherung möglicher Rückforderungs- oder Schadensersatzansprüche sowie künftiger Forderungen können fällige Honoraranforderungen in ausreichender Höhe einbehalten werden. Die Einbehaltung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

5) Aussetzung von Honorarzahungen

Bei Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit (z. B. Beendigung oder Entziehung der Zulassung, Tod, Wegzug) können weitere Zahlungen an den Arzt bzw. dessen Erben ganz oder teilweise ausgesetzt werden, wenn Honorarkürzungs-, Regress-, Berichtigungs- oder Erstattungsverfahren anhängig sind oder nach den gesamtvertraglichen Bestimmungen noch eingeleitet werden können. Die Aussetzung kann durch Stellung einer selbstschuldnerischen Bankbürgschaft mit Auszahlung auf erstes Anfordern abgewendet werden.

§ 12 Inkrafttreten

Dieser HVM tritt zum 01.01.2021 in Kraft; § 10a tritt zum 01.01.2020 in Kraft und mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag, spätestens jedoch zum 31.12.2020, außer Kraft; die Regelungen zur GOP 02403 EBM in Anlage 2 Schritt 2, Abs. 1c) letzter Spiegelpunkt und Abs. 2c) letzter Spiegelpunkt treten zum 01.10.2020 in Kraft; die Regelungen zur sog. Infektionssprechstunde in Anlage 2 Schritt 1 und Anhang 2 zu Anlage 2 treten zum 01.11.2020 in Kraft und mit der Aufhebung der Feststellung der epidemischen Lage von nationaler Tragweite durch den Deutschen Bundestag, spätestens jedoch zum 31.03.2021, außer Kraft.

ANLAGE 1
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2018

Für nachfolgende Arztgruppen werden RLV und/oder QZV ermittelt und festgesetzt:

Arztgruppen, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören:

Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die zu 100% kinderkardiologisch tätig sind

Arztgruppen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören:

Fachärzte für Anästhesiologie

Fachärzte für Augenheilkunde

Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie

Fachärzte für Frauenheilkunde

Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin

Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde

Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten

Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie

Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie

Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie

Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie

Fachärzte für Nervenheilkunde

Fachärzte für Neurologie

Fachärzte für Nuklearmedizin

Fachärzte für Orthopädie

Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie

Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin

Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie

Fachärzte für Diagnostische Radiologie

Fachärzte für Urologie

ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.01.2021

**Ermittlung und Bildung der Regelleistungsvolumina (RLV) und
qualifikationsgebundenen Zusatzvolumina (QZV) aus der
morbiditätsbedingten Gesamtvergütung**

Präambel

Aufgrund der Auswirkungen der epidemischen Lage von nationaler Tragweite auf die vertragsärztliche Versorgung in den Quartalen I/2020 und II/2020 gelten für die Quartale I/2021 und II/2021 folgende Ausnahmeregelungen:

1. Die Ermittlung
 - der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina gemäß Schritt 3, Abs. 1,
 - der arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina für RLV und QZV gemäß Schritt 3, Abs. 2b),
 - der Verteilungsvolumina der jeweiligen QZV einer Arztgruppe gemäß Schritt 5, Abs. 2 erfolgt jeweils mit dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals (ausschließlich für das Quartal I/2020 multipliziert mit den jeweiligen benannten Anpassungsfaktoren (APF) im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage), der durch die Anzahl der RLV-relevanten Fälle (bzw. QZV-Leistungsfälle) des Vorjahresquartals dividiert und mit der Anzahl der RLV-relevanten Fälle (bzw. QZV-Leistungsfälle) des Vorjahresquartals, abzüglich der bereinigten TSVG-Behandlungsfälle des Vorjahresquartals, multipliziert wird.
2. Im Falle eines im Vergleich zwischen Vorjahresquartal (ausschließlich für das Quartal II/2019 unter Berücksichtigung der jeweiligen benannten APF im Sinn von § 3 Abs. 5) und Vorjahresquartal rückläufigen Leistungsbedarfs, wird das Vergütungsvolumen für das im Vergütungsvolumen des Grundbetrags „genetisches Labor“ gebildete eigenständige Kontingent gemäß Schritt 1 und die Kontingente gemäß Schritt 2, Abs. 1d), 1e), 2d), 2e) und 2f) sowie gemäß Schritt 3, Abs. 2a) jeweils aus dem Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit den jeweiligen benannten APF im Sinn von § 3 Abs. 5, gebildet.
3. Die Berechnung aller arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV- und QZV-Fallwerte gemäß Schritt 5 erfolgt mit der Anzahl der RLV-Fälle bzw. QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals, abzüglich der bereinigten TSVG-Behandlungsfälle des Vorjahresquartals.

Schritt 1 **Bestimmung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung**

Maßgebend für die quartalsweise Ermittlung und Festsetzung der RLV und QZV in den jeweiligen Versorgungsbereichen ist die Festlegung sowie Anpassung des Vergütungsvolumens für die haus- und fachärztliche Versorgung nach Teil B der Vorgaben der Kassenärztlichen Bundesvereinigung (KBV) nach § 87b Abs. 4 SGB V zur Honorarverteilung durch die Kassenärztlichen Vereinigungen in ihrer jeweils gültigen Fassung (Vorgaben KBV). Die Ermittlung der Vergütungsvolumen erfolgt dabei aus den nach Teil B der Vorgaben KBV zu bildenden Grundbeträgen. Dabei werden allgemeine Grundbeträge gebildet für

- veranlasste laboratoriumsmedizinische Untersuchungen und den Laborwirtschaftlichkeitsbonus (Grundbetrag „Labor“)
- alle Aufwendungen betreffend Bereitschaftsdienst und Notfall (Grundbetrag „Bereitschaftsdienst und Notfall“)
- den hausärztlichen Versorgungsbereich (hausärztlicher Grundbetrag)
- den fachärztlichen Versorgungsbereich (fachärztlicher Grundbetrag)

sowie zwei versorgungsbereichsspezifische Grundbeträge im fachärztlichen Versorgungsbereich für

- die Pauschalen für die fachärztliche Grundversorgung (Grundbetrag „PFG“)

- die Leistungen der Humangenetik (Grundbetrag „genetisches Labor“).

Durch die Multiplikation mit der Zahl der Versicherten, die im aktuellen Abrechnungsquartal bei der Bestimmung des Behandlungsbedarfs verwendet wird, und weiteren Anpassungsvorgaben nach Teil B der Vorgaben KBV entstehen die jeweiligen Vergütungsvolumina.

Die Vergütungsvolumina des fachärztlichen und des hausärztlichen Grundbetrages werden um die in Anlage 4 Abs. 1 bzw. Abs. 2 ausgewiesenen Fördervolumina – die je Arztgruppe bzw. je Arztgruppe/Leistungsbereich eigenständige Kontingente bilden – gemindert.

Innerhalb des – nach Abzug der zu erwartenden grundbetragsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V als eigenständiges Kontingent gebildeten – Vergütungsvolumens des Grundbetrages „genetisches Labor“ wird ein eigenständiges Kontingent für die Leistungen nach den GOP 01842, 11501, 11502 und 11503 EBM gebildet, das mit dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal regional vereinbarten Punktwert bewertet wird. In das letztgenannte Kontingent sind die Leistungen nach der GOP 01841 EBM miteinzubeziehen, wenn die Partner der Gesamtverträge den Empfehlungen des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 448. Sitzung nicht folgen.

Für die als sog. freie Leistungen nach Maßgabe der Regelungen des Anhangs 2 zu dieser Anlage, der in seiner jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, vergüteten Leistungen der sog. Infektionssprechstunde wird als bedarfsabhängiger Vorwegabzug gemäß Teil B, Ziffer 1 der Vorgaben KBV ein Vergütungsvolumen gebildet.

Schritt 2 Berechnung des RLV-/QZV-Verteilungsvolumens je Versorgungsbereich

Im Anschluss daran wird das Vergütungsvolumen

1) des hausärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2 % für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen
 - zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z. B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,
 - für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
 - für den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, auf den hausärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an dem zur Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von mindestens 0,1 % bis höchstens 0,2 %, wobei die Vertreterversammlung die Höhe innerhalb dieser Spanne als Obergrenze festlegt,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, d.h. für
 - Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,

- ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
 - EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,
 - Leistungen nach der GOP 02403 EBM,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten jeweiligen Anpassungsfaktor (APF) im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
- schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM (APF 1,1545),
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z. B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
- e) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie der nicht in § 87b Abs. 2 Satz 4 SGB V genannten Arztgruppen, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind (APF 1,2697),
- f) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
- g) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
- belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter
- h) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ in den hausärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.

2) des fachärztlichen Grundbetrages gemindert um

- a) 2 % für die abgestaffelt zu vergütenden Leistungen,
- b) Rückstellungen
- zur Berücksichtigung einer Zunahme von an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Ärzten, für Sicherstellungsaufgaben (z. B. Gewährung von Ausnahmen, nachträglich erfolgende Honorarkorrekturen aus Vorquartalen), zum Ausgleich für die Gewährung von Ausnahmeregelungen nach den §§ 6 bis 6b HVM, zum Ausgleich von Fehlschätzungen sowie für Entschädigungen in der Höhe des Verkehrswertes einer Arztpraxis im Sinn des § 103 Abs. 3a Satz 13 SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für die Kooperationszuschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten,

- für die zu erwartenden bereichsspezifischen Zahlungen im Rahmen der überbezirklichen Durchführung der vertragsärztlichen Versorgung gemäß § 75 Abs. 7 und 7a SGB V,
 - für die zu erwartenden Zahlungen für Leistungen, die im Rahmen einer Inanspruchnahme nach § 76 Abs. 1a SGB V erbracht werden,
 - für den, nach Anwendung des Trennungsfaktors gemäß der bis zum 30. September 2013 gültigen Vorgaben KBV, auf den fachärztlichen Versorgungsbereich entfallenden Anteil an dem zur Bildung eines Strukturfonds gemäß § 105 Abs. 1a SGB V zur Verfügung gestellten Betrag in Höhe von mindestens 0,1 % bis höchstens 0,2 %, wobei die Vertreterversammlung die Höhe innerhalb dieser Spanne als Obergrenze festlegt,
- c) die Vergütungsvolumina sog. freier Leistungen, d. h. für
- Besuche nach den GOP 01410 bis 01413 und 01415 EBM,
 - die unvorhergesehene Inanspruchnahme nach den GOP 01100, 01101, 01102 EBM,
 - Leistungen der schmerztherapeutischen speziellen Versorgung nach den GOP 30700 bis 30708 EBM,
 - die GOP 01320 EBM für ermächtigte Ärzte, Krankenhäuser und Institute,
 - Leistungen der Anästhesie bei zahnärztlicher Behandlung nach den GOP 05330, 05331, 05340, 05341 und 05350 EBM, soweit sie nicht im Zusammenhang mit einer Leistung nach dem Katalog zu § 115b SGB V erbracht wurden,
 - ärztlich angeordnete Hilfeleistungen von Praxismitarbeitern nach den GOP 38100 und 38105 EBM,
 - die Laborgrundpauschalen nach den GOP 12210 und 12220 EBM,
 - EBM-Leistungen bei im Rahmen des Pilotprojektes „komplementäre Notfallversorgung in Köln“ vermittelten Patienten am Vermittlungstag,
 - Leistungen nach der GOP 02403 EBM,
- d) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten jeweiligen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, abgesenkt um 10 %, für
- Leistungen der Fachärzte für Strahlentherapie, mit Ausnahme der Leistungen gemäß Abs. 2j),
 - Leistungen der Fachärzte für Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie sowie der Fachärzte für Transfusionsmedizin, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrags „Labor“ enthalten sind,
 - Leistungen der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Nephrologie, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - schmerztherapeutische spezielle Behandlungen nach den GOP 30710 bis 30760 EBM (APF 1,1365),
 - Leistungen auf Überweisungsfällen zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen (z. B. computergestützte Auswertung eines kontinuierlich aufgezeichneten Langzeit-EKG von mindestens 18 Stunden) sowie von Auftragsleistungen nach den GOP 01826, 01827, 01829, 01840, 01915 EBM,
 - Leistungen des Kapitels 19 EBM, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - Leistungen der ermächtigten Krankenhausärzte, ermächtigten Krankenhäuser, Einrichtungen und Institutionen, die wegen einer begrenzten Ermächtigung auf wenige Einzelleistungen kein RLV erhalten,
 - Leistungen von Vertragsärzten, die gemäß § 73 SGB V dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören und eine Ausnahmeregelung zur Durchführung und

- Abrechnung von Leistungen, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich zugeordnet sind, erhalten haben (sog. KO-Leistungen),
- e) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem nachfolgend benannten jeweiligen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, multipliziert mit dem im Abrechnungsquartal geltenden regional vereinbarten Punktwert, für
 - Leistungen der Fachärzte für Humangenetik, die nicht bereits im nach Schritt 1 gebildeten Vergütungsvolumen des Grundbetrages „genetisches Labor“ enthalten sind und die nicht außerhalb der MGV vergütet werden,
 - nicht antrags- und genehmigungspflichtige Leistungen der Psychotherapie aller Fachärzte, soweit die Leistungen nicht außerhalb der MGV vergütet werden und nicht in Anlage 3 aufgeführt sind (APF 1,2263),
 - f) die Vergütungsvolumina für jeweils eigenständige Kontingente, gebildet aus dem jeweiligen Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, multipliziert mit dem sich rechnerisch ergebenden Durchschnittspunktwert (rDPW), der sich durch Division des RLV/QZV-Vergütungsvolumens durch den RLV/QZV-Leistungsbedarf des Vorjahresquartals – insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert – errechnet, für
 - die GOP 13300 und 13301 EBM für die Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Angiologie, die in gefäßchirurgischen Praxen tätig sind, zuzüglich der Vergütungsvolumina für die Leistungen der Sonographie nach den GOP 33060, 33061, 33070, 33072, 33073, 33075, 33076 und 30500 EBM durch die Fachärzte für Gefäßchirurgie,
 - die Excision nach den GOP 10343 und 10344 EBM im Rahmen des Hautkrebs-Screenings,
 - Leistungen der Sonographie mittels Duplex-Verfahren nach den GOP 33070, 33071 und 33075 EBM für Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Neurologie sowie für Fachärzte, die sowohl als Facharzt für Neurologie, als auch als Facharzt für Psychiatrie zugelassen sind, und Nervenärzte mit Ausnahme der Fachärzte für Psychiatrie und Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie,
 - g) die Vergütungen für Kostenpauschalen des Kapitels 40 EBM mit Ausnahme der außerhalb der MGV vergüteten Kostenpauschalen,
 - h) die zu erwartenden Zahlungen für u. a. folgende Vereinbarungen:
 - belegärztliche Leistungen innerhalb der MGV (§ 8 HVM)
 - Pauschalerstattung für suprapubische Katheter,
 - i) das Vergütungsvolumen für die gemäß Anlage zu den KBV-Vorgaben Teil B zur Umsetzung der Anpassung des Grundbetrages „Labor“ in den fachärztlichen Grundbetrag überführten Finanzmittel für eigenerbrachte laboratoriumsmedizinische Untersuchungen der Abschnitte 32.2 und 32.3 EBM und für von Laborgemeinschaften abgerechnete laboratoriumsmedizinische Untersuchungen (Anforderung über Muster 10A), fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.
 - j) das Vergütungsvolumen für das eigenständige Kontingent für die Leistungen der Strahlentherapie des Kapitels 25 EBM (mit Ausnahme der GOP 25228 bis 25230 EBM) – unter der Bedingung, dass die Partner der Gesamtverträge den Empfehlungen gemäß Teil B des Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 513. Sitzung am 15.09.2020 folgen –, gebildet in Höhe des nach Maßgabe des vorgenannten Beschlusses errechneten Erhöhungsbetrages, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV.

3) Versorgungsbereichswechsel

Bei einem Wechsel des Versorgungsbereichs durch einen Vertragsarzt sind die Regelungen in Teil B, Ziffer 5 der Vorgaben KBV zu beachten.

Schritt 3 Berechnung der arztgruppenspezifischen Anteile am RLV- bzw. QZV-Verteilungsvolumen

1) Arztgruppenspezifisches Verteilungsvolumen

Das nach Schritt 2 je Versorgungsbereich ermittelte RLV-/QZV-Verteilungsvolumen wird – im hausärztlichen Versorgungsbereich zunächst gemindert um den im Beschluss des Bewertungsausschusses in seiner 402. Sitzung festgelegten Betrag für die Überführung der Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM in die MGV, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV – versorgungsbereichsspezifisch jeweils auf die Arztgruppen gemäß Anlage 1 verteilt. Dazu wird der RLV-/QZV-relevante Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals der jeweiligen Arztgruppe durch den gesamten RLV-/QZV-relevanten Leistungsbedarf des jeweiligen Vorjahresquartals des Versorgungsbereichs dividiert – wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage, der in seiner jeweils geltenden Fassung Bestandteil dieses HVM ist, multipliziert wird, und im hausärztlichen Versorgungsbereich der Leistungsbedarf der GOP 03060 bis 03065 EBM jeweils unberücksichtigt bleibt – und mit dem RLV-/QZV-Verteilungsvolumen des jeweiligen Versorgungsbereichs multipliziert.

2) Arztgruppenspezifische Vergütungsbereiche

Für diese arztgruppenspezifischen Vergütungsvolumina gilt im Weiteren Folgendes.

a) Bildung von Vergütungsvolumina für förderungswürdige Leistungen und in sonstigen Fällen

Das Verteilungsvolumen der Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktischen Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, wird erhöht um den in Abs. 1 Satz 1 genannten Betrag für Leistungen der ärztlich angeordneten Hilfeleistungen nach den GOP 03060 bis 03065 EBM.

Hiernach wird innerhalb des vorgenannten hausärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens ein eigenständiges Kontingent für diese Leistungen in Höhe des Erhöhungsbetrages gebildet.

Innerhalb der fachärztlichen arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden bei den

- Fachärzten für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämatologie/Onkologie die praxisklinische Betreuung und Beobachtung nach den GOP 01510 bis 01512 EBM (APF 0,9021),
- Fachärzten für Augenheilkunde die Strukturpauschale nach der GOP 06225 EBM (APF 1,1389),
- Fachärzten für Nervenheilkunde sowie für Neurologie die MRT-Leistungen nach den GOP 34410 bis 34492 EBM (APF 0,8677)

in eigenständigen Anteilen geführt, welche auf Basis des Leistungsbedarfs des jeweiligen Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit dem vorstehend benannten jeweiligen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 multipliziert, gebildet und mit dem rDPW bewertet werden.

Innerhalb des arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumens der Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie wird für die GOP 13577 EBM ein eigenständiges Kontingent in Höhe des nach Maßgabe des

Beschlusses des Bewertungsausschusses in seiner 506. Sitzung, Teil B, Ziff. 2 – ausschließlich unter Berücksichtigung der aufsummierten Häufigkeiten der GOP 13571, 13573 und 13575 EBM einschließlich Suffices der vorgenannten Arztgruppe – errechneten Erhöhungsbetrages, fortentwickelt entsprechend dem Verfahren zur Fortschreibung der Grundbeträge gemäß Teil B, Ziffer 3 der Vorgaben KBV, gebildet.

Für die Verteilungsvolumina der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin wird jeweils festgestellt, dass ein überwiegender Teil der Fachärzte für Diagnostische Radiologie und Fachärzte für Nuklearmedizin in der Regel einen überwiegenden Teil der Leistungen in den QZV abrechnet und die Regelung, wonach Kooperationszuschläge nicht auf die QZV angewendet werden (Schritt 6, Abs. 2), zu überproportional nachteiligen Auswirkungen führt. Deshalb werden diese arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina aus dem Volumen nach Schritt 2, Abs. 2b) 2. Spiegelstrich erhöht. Das Erhöhungsvolumen bemisst sich nach den Zahlungen, die im entsprechenden Quartal des Bezugszeitraumes III/2009 bis II/2010 als Aufschläge bei BAG, MVZ und Arztpraxen mit angestellten Ärzten gewährt worden sind, abzüglich des Volumens, welches im jeweiligen Abrechnungsquartal für die entsprechenden Aufschläge zu zahlen ist.

b) Vergütungsbereiche für RLV und QZV

Die arztgruppenspezifischen Verteilungsvolumina werden sodann für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV sowie für die Vergütung innerhalb der QZV aufgeteilt, wobei der Leistungsbedarf des Vorjahresquartals, insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppenspezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird, zu Grunde gelegt wird.

Zu Lasten des RLV-Vergütungsvolumens aller Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin wird das auf den 60 %-igen Aufschlag auf die Versichertenpauschalen nach Abschnitt 4.1 Nr. 4 EBM entfallende Vergütungsvolumen, soweit dieser durch Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin mit Schwerpunkt Neuropädiatrie bzw. Zusatzweiterbildung Kinder-Pneumologie abgerechnet worden ist, in das QZV-Vergütungsvolumen neuropädiatrische Leistungen bzw. pädiatrisch-pneumologische Leistungen einbezogen.

Schritt 4 Ermittlung RLV-relevanter Fälle und QZV-Leistungsfälle

RLV-relevante Fälle einer Arztpraxis sind deren kurativ-ambulante Behandlungsfälle. Ein Behandlungsfall ist gemäß § 21 Abs. 1 BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch dieselbe Arztpraxis in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse, während der Arztfall gemäß § 21 Abs. 1b BMV-Ä die Behandlung desselben Versicherten durch denselben an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmenden Arzt in einem Kalendervierteljahr zulasten derselben Krankenkasse unabhängig von der Betriebs- oder Nebenbetriebsstätte umfasst. Von den RLV-relevanten Fällen sind allerdings ausgenommen die Notfälle im organisierten Notfalldienst (Muster 19a der Vordruckvereinbarung), es sei denn, es handelt sich um eigene Patienten und Überweisungsfälle zur Durchführung ausschließlich von Probenuntersuchungen oder zur Befundung von dokumentierten Untersuchungsergebnissen und Fälle, in denen ausschließlich Leistungen und Kostenerstattungen, die nicht dem RLV unterliegen, abgerechnet werden.

Zur Umsetzung des Arztbezuges ist die Bemessung des RLV mit den RLV-Fällen vorgegeben.

- In Einzelpraxen entspricht die Zahl der RLV-Fälle der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2.

- In fachgleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten entspricht die Zahl der RLV-Fälle eines Arztes der Zahl der Behandlungsfälle gemäß Satz 2 der Arztpraxis multipliziert mit seinem Anteil an der RLV-relevanten Arztfallzahl der Praxis. Die Summe der RLV-Fälle einer Arztpraxis entspricht damit immer der Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Arztpraxis.
- In fachungleichen BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten werden die RLV-Fälle eines Arztes wie folgt berechnet:

$$\begin{aligned} & (FZ_{Praxis} + FZ_{PraxisTSVG}) \times \frac{(AF_{Arzt} + AF_{ArztTSVG})}{(AF_{Praxis} + AF_{PraxisTSVG})} - AF_{ArztTSVG} \\ & \times \frac{(FZ_{Praxis} + FZ_{PraxisTSVG})}{(AF_{Praxis} + AF_{PraxisTSVG})} \end{aligned}$$

FZ_{Praxis}	Anzahl der RLV-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Sätze 1 bis 3
$FZ_{PraxisTSVG}$	Anzahl der TSVG-relevanten Behandlungsfälle der Praxis gemäß Satz 2, die nicht in FZ_{Praxis} berücksichtigt sind
AF_{Arzt}	Anzahl der RLV-relevanten Arztfälle eines Arztes
$AF_{ArztTSVG}$	Anzahl der TSVG-relevanten Arztfälle eines Arztes
AF_{Praxis}	Summe der RLV-relevanten Arztfälle der Praxis
$AF_{PraxisTSVG}$	Summe der TSVG-relevanten Arztfälle der Praxis

Die Umsetzung des Arztbezuges erfolgt bei den QZV entsprechend den Regelungen bei den RLV, es sei denn, dass die QZV je Leistungsfall berechnet und mitgeteilt werden. Ein Leistungsfall liegt vor, sofern im Behandlungsfall des aktuellen Abrechnungsquartals nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV anerkannt wird.

Schritt 5 Berechnung der arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwerte

1) RLV-Fallwert

Zur Berechnung des arztgruppenspezifischen kalkulatorischen Fallwertes wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische Verteilungsvolumen für die Vergütung ärztlicher Leistungen innerhalb der RLV durch die Anzahl der RLV-Fälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt den arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV-Fallwert.

2) QZV-Fallwert

Für die Vergütung ärztlicher Leistungen aller QZV einer Arztgruppe wird das gemäß Schritt 3, Abs. 2b) ermittelte arztgruppenspezifische QZV-Verteilungsvolumen aufgeteilt, indem der Leistungsbedarf des jeweiligen QZV einer Arztgruppe ins Verhältnis gesetzt wird zum Leistungsbedarf aller QZV insgesamt einer Arztgruppe, wobei der Leistungsbedarf insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM mit den jeweiligen arztgruppen- und QZV-spezifischen APF im Sinn von § 3 Abs. 5 und gemäß Anhang 1 zu dieser Anlage multipliziert wird. Das hieraus resultierende arztgruppenspezifische Vergütungsvolumen je QZV wird durch die Anzahl der RLV-Fälle bzw. der QZV-Leistungsfälle der Arztgruppe des Vorjahresquartals dividiert und ergibt die arztgruppenspezifischen kalkulatorischen QZV-Fallwerte.

Schritt 6 Berechnung der arzt- und praxisbezogenen RLV und QZV

1) Berechnung des RLV

- a) Die Höhe des RLV eines Arztes ergibt sich grundsätzlich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen kalkulatorischen RLV-Fallwertes und der RLV-Fallzahl des Arztes im aktuellen Quartal, ggf. unter Berücksichtigung der Fallzahlzuwachsbeschränkung gemäß § 5 Abs. 4 HVM.

Im Falle einer Fallzahl- bzw. Mengenentwicklung bei Leistungen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages oder bei Leistungen, die sich nach § 7 Abs. 4 HVM auf den Über-/Unterschuss im Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages auswirken, sowie durch die notwendige Berücksichtigung von Bereinigungen gemäß § 3 Abs. 4 HVM kann der Fall eintreten, dass sich die kalkulatorischen RLV-Fallwerte nach Multiplikation mit den in Ansatz gebrachten Fallzahlen des aktuellen Quartals gegenüber dem dafür zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen RLV-Verteilungsvolumen (rechnerisch) als zu hoch erweisen. In diesem Fall müssen die Fallwerte arztgruppenbezogen gesenkt werden. Diese rechnerischen RLV-Fallwerte können jedoch die kalkulatorischen RLV-Fallwerte um maximal 5 % unterschreiten.

- b) Bei der Ermittlung des RLV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen RLV-Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Fälle eines angestellten Arztes i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V werden dem anstellenden Arzt für die Ermittlung der RLV-relevanten Arztfälle zugerechnet; entsprechendes gilt für Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

In BAG, MVZ und Praxen mit angestellten Ärzten ermittelt sich das RLV unter Berücksichtigung eines Aufschlages in Höhe von 10 % (Kooperationszuschlag) für alle Ärzte eines Standortes, soweit dort mindestens zwei Ärzte zugelassen sind und/oder als Angestellte an der vertragsärztlichen Versorgung im Rahmen ihrer Zulassung und/oder Genehmigung zur Anstellung teilnehmen; andere Tätigkeiten, z. B. in Zweigpraxen bleiben unberücksichtigt. Bei den Zuschlägen werden Jobsharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 und Nr. 5 SGB V in keinem Fall berücksichtigt.

Das so ermittelte RLV je Arzt wird mit dem sich aus der morbiditätsbezogenen Differenzierung des RLV nach Altersklassen ergebenden Gewichtungsfaktor multipliziert. Dieser Faktor errechnet sich im Wesentlichen aus dem durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem des Arztes dividiert durch den durchschnittlichen Leistungsbedarf je Versichertem der jeweiligen Arztgruppe.

2) Berechnung des QZV

Jeder Arzt einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen erhält ein oder mehrere QZV, die nach Anlage 3 zu diesem HVM für seine Arztgruppe bestimmt sind, sofern nach Prüfung der sachlich-rechnerischen Richtigkeit mindestens eine Leistung des Leistungskatalogs des entsprechenden QZV im aktuellen Abrechnungsquartal anerkannt wird.

Die Höhe des QZV eines Arztes einer der in Anlage 1 zu diesem HVM benannten Arztgruppen ergibt sich aus der Multiplikation des quartalsweise gültigen arztgruppenspezifischen kalkulatorischen QZV-Fallwertes und der QZV-Fallzahl des Arztes.

Die QZV werden gemäß Anlage 3 zu diesem HVM entweder leistungs- oder behandlungsfallbezogen gebildet. Sofern ein QZV behandlungsfallbezogen zu bilden ist, entspricht die QZV-Fallzahl des Arztes seiner zur Berechnung des RLV verwendeten

RLV-Fallzahl. Wenn ein QZV leistungsfallbezogen zu bilden ist, entspricht die QZV-Fallzahl des Arztes der gemäß Schritt 4 ermittelten Anzahl der Leistungsfälle.

Dabei werden die Leistungsfälle eines angestellten Arztes i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 5 SGB V dem anstellenden Arztes zugerechnet; entsprechendes gilt für die Job-sharing-Ärzte i. S. d. § 101 Abs. 1 Satz 1 Nr. 4 SGB V.

Im Falle einer Fallzahl- bzw. Mengenentwicklung bei Leistungen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages oder bei Leistungen, die sich nach § 7 Abs. 4 HVM auf den Über-/Unterschuss im Vergütungsvolumen des hausärztlichen bzw. fachärztlichen Grundbetrages auswirken, kann der Fall eintreten, dass sich die kalkulatorischen QZV-Fallwerte nach Multiplikation mit den in Ansatz gebrachten Fallzahlen des aktuellen Quartals gegenüber dem dafür zur Verfügung stehenden arztgruppenspezifischen QZV-Verteilungsvolumen (rechnerisch) als zu hoch erweisen. In diesem Fall müssen diese QZV-Fallwerte arztgruppenbezogen gesenkt werden. Diese rechnerischen QZV-Fallwerte können jedoch die kalkulatorischen QZV-Fallwerte um maximal 15 % unterschreiten.

Soweit eine signifikante und sachlich (z. B. medizinisch) begründete Leistungsmengenverlagerung zwischen den QZV einer Arztgruppe gegenüber dem Vorjahresquartal festzustellen ist, die unangemessene Auswirkungen auf die rechnerischen QZV-Fallwerte hat (z. B. Missverhältnis zur EBM-Bewertung), kann im Rahmen der Ermittlung der rechnerischen QZV-Fallwerte für die Quartale I/2021 und II/2021 die Aufteilung des arztgruppenspezifischen QZV-Verteilungsvolumens gemäß Schritt 5 Abs. 2 auf Basis des Leistungsbedarfs des aktuellen Abrechnungsquartals vorgenommen werden. Die derart ermittelten rechnerischen QZV-Fallwerte können jedoch die kalkulatorischen QZV-Fallwerte um maximal 15 % unterschreiten.

Bei der Ermittlung des QZV wird betreffend der Zuordnung des arztgruppenspezifischen QZV-Fallwertes für Ärzte, die mit mehreren Fachgebieten zugelassen sind, auf den Schwerpunkt der Tätigkeit gemessen am Gesamtleistungsbedarf der jeweils zuletzt abgerechneten vier aufeinander folgenden Quartale abgestellt.

Die Anwendung des Kooperationszuschlages erfolgt nicht auf die QZV.

ANLAGE 3
des HVM mit Wirkung ab dem 01.07.2019

Arztgruppenspezifische und zwischen Leistungsfall- (LF) und Behandlungsfallbezug (BHF) differenzierte Auflistung der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV)

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	X	
	Allergologie	X	
	Chirotherapie	X	
	Ergometrie	X	
	Hyposensibilisierung	X	
	Kleinchirurgie	X	
	Langzeit-Blutdruckmessung	X	
	Langzeit-EKG	X	
	Phlebologie	X	
	Physikalische Therapie	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	X	
	Prokto-/Rektoskopie	X	
	Sonographie I	X	
Sonographie III	X		
Spirometrie	X		
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	ADHS	X	
	Akupunktur	X	
	Allergologie	X	
	Hyposensibilisierung	X	
	Kinderendokrinologische Leistung	X	
	Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM)	X	
	Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM)	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	X	
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	X	
	Sozialpädiatrie	X	
Fachärzte für Anästhesiologie	Akupunktur	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
Fachärzte für Augenheilkunde	Fluoreszenzangiographie		X
	Sonographie I		X
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	Akupunktur	X	
	Behandlung von Hämorrhoiden		X
	Phlebologie (30500 nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	X	
	Physikalische Therapie		X
	Prokto-/Rektoskopie		X
	Sonographie I		X
Sonographie III (nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	X		

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
	Teilradiologie	X	
Fachärzte für Frauenheilkunde	kurative Mammographie		X
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		X
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Sonographie III		X
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	kurative Mammographie		X
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Reproduktionsmedizin		X
	Sonographie III		X
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	Phoniatrie, Pädaudiologie		X
	Sonographie I		X
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Behandlung von Hämorrhoiden	X	
	Dermatologische Lasertherapie		X
	Dopplersonographie der Extremitäten	X	
	Duplex-Sonographie	X	
	Hautsonographie mittels B-Mode-Verfahren	X	
	Phlebologie	X	
	Prokto-/Rektoskopie	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Selektive Phototherapie		X
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	X	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Sonographie I		X
	Sonographie II		X
	Sonographie III		X
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Akupunktur	X	
	Phlebologie		X
	Physikalische Therapie		X
	Sonographie I		X
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	Sonographie III		X
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie	Gastroenterologie I		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	Duplex-Sonographie	X	
	Sonographie I		X
	Teilradiologie		X
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie	X	
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie	X	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	Bronchoskopie	X	
	Ergospirometrische Untersuchung	X	
	Sonographie I	X	
	Teilradiologie	X	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	Akupunktur	X	
	Teilradiologie		X
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	Neurophysiologische Übungsbehandlung		X
Fachärzte für Nervenheilkunde	Akupunktur	X	
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	X	
	Sonographie III	X	
Fachärzte für Neurologie	Akupunktur	X	
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	X	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	X	
	Sonographie III	X	
Fachärzte für Nuklearmedizin	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	X	
	GOP 17320	X	
	GOP 17330, 17332	X	
	GOP 17331, 17333	X	
	GOP 17362	X	
	GOP 17363	X	
	GOP 17371, 17372, 17373	X	
	GOP 33011, 33012	X	
	GOP 34410 bis 34452, 34492	X	
Fachärzte für Orthopädie	Akupunktur	X	
	Chirotherapie	X	
	Physikalische Therapie	X	
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	X	
	Teilradiologie	X	
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	Otoakustische Emissionen	X	
	Sonographie I	X	

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
Fachärzte für Physikalisch-rehabilitative Medizin	Akupunktur	X	
	Chirotherapie		X
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	X	
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	X	
	GOP 17320	X	
	GOP 17330, 17332	X	
	GOP 17331, 17333	X	
	GOP 17362	X	
	GOP 17363	X	
	GOP 17371, 17372, 17373	X	
	GOP 33011	X	
	GOP 33012	X	
	GOP 33041	X	
	GOP 33042	X	
	GOP 33070	X	
	GOP 34220	X	
	GOP 34221	X	
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297	X	
	GOP 34230	X	
	GOP 34231	X	
	GOP 34232	X	
	GOP 34233	X	
	GOP 34234	X	
	GOP 34237	X	
	GOP 34241	X	
	GOP 34242	X	
	GOP 34246	X	
	GOP 34247	X	
	GOP 34251	X	
	GOP 34255	X	
	GOP 34270	X	
	GOP 34271	X	
	GOP 34272	X	
	GOP 34275	X	
	GOP 34280	X	
	GOP 34282	X	
GOP 34283	X		
GOP 34285	X		
GOP 34286	X		
GOP 34294	X		
GOP 34310	X		
GOP 34311	X		
GOP 34320	X		

Arztgruppe	QZV-Leistungsbereich	LF	BHF
	GOP 34322	X	
	GOP 34330	X	
	GOP 34340	X	
	GOP 34341	X	
	GOP 34343	X	
	GOP 34344	X	
	GOP 34350	X	
	GOP 34351	X	
	GOP 34410	X	
	GOP 34411	X	
	GOP 34422	X	
	GOP 34431	X	
	GOP 34440	X	
	GOP 34441	X	
	GOP 34442	X	
	GOP 34450	X	
	GOP 34451	X	
	GOP 34452	X	
	GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490	X	
	GOP 34492	X	
	GOP 34504	X	
	GOP 34505	X	
Fachärzte für Urologie	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren		X
	Sonographie I		X
	Stoßwellenlithotripsie		X
	Teilradiologie		X

ANLAGE 4
des HVM mit Wirkung ab dem 01.01.2021

Förderungswürdige Leistungen

1) Fachärztlicher Versorgungsbereich

Leistungsbereich	GOP/Bedingungen*	Fördervolumen pro Quartal
Fachärzte für Augenheilkunde		
Fluoreszenzangiographie	06331	190.868,43€
Sonographie I für Augenärzte	33000, 33001, 33002, 33011	
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie		
Behandlung von Hämorrhoiden	30610, 30611	269.781,71 €
Phlebologie	30500, 30501	
Prokto-/Rektoskopie	30600, 30601	
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33042A, 33043A, 33043V, 33044V, 33090V	
Fachärzte für Frauenheilkunde, Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin		
Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	08320, 33041	281.628,58 €
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	
Sonographie III	33060, 33061, 33062, 33063, 33064, 33070, 33071, 33072, 33073, 33074, 33075, 33076	
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde		
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	388.963,71 €
Hörgeräteversorgung	09372, 09373, 09374, 09375	216.473,96 €
Hyposensibilisierung	30130, 30131	173.390,32 €
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten		
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	593.182,41 €
Hyposensibilisierung	30130, 30131	149.460,77 €
Systemische Psoriasisstherapie	10210, 10211 oder 10212 jeweils i. V. m. der SNR 90912 und einer gesicherten Diagnose zur Psoriasis	51.855,96 €
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/Onkologie		
Transfusionen	02110, 02111	100.552,70 €

* Förderfähig sind nur Leistungen, für die der jeweilige Arzt von der KV Nordrhein eine ggf. erforderliche Genehmigung nach geltender Qualitätssicherungsrichtlinie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erhalten hat und die für ihn im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähig sind, wofür weitere Bedingungen erfüllt sein müssen (z. B. Fachzugehörigkeit der Leistung).

Leistungsbereich	GOP/Bedingungen*	Fördervolumen pro Quartal
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie		
Allergologie	30110, 30111, 30120, 30121, 30122, 30123	133.050,36 €
Hyposensibilisierung	30130, 30131	102.258,34 €
Bronchoskopien	13662, 13663, 13664, 13670, 13662I, 13663I, 13664I, 13670I	21.483,83 €
Fachärzte für Neurologie		
Betreuung eines Patienten mit Erkrankung des zentralen Nervensystems	16230, 16231	111.503,55 €
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie		
Hörgeräteversorgung Phoniater	20338, 20339, 20340, 20372, 20373, 20374, 20375, 20377, 20378	11.225,25 €
Hörgeräteversorgung HNO	09372, 09373, 09374, 09375	
Fachärzte für Urologie		
Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	35100, 35110, 35111, 35113, 35120	276.881,73 €
Sonographie I	33010, 33011, 33012, 33042, 33043, 33044, 33050, 33052, 33080, 33081, 33090, 33091, 33092, 33042A, 33043A, 33043V, 33044V, 33090V	
Stoßwellenlithotripsie	26330	
Prostatabiopsien	26341	9.763,20 €
Urethrozystoskopie des Mannes	26310	7.853,00 €
Ärzte, die einer RLV-Arztgruppe des fachärztlichen Versorgungsbereichs gemäß Anlage 1 angehören		
Gastroskopie	13400, 13400I jeweils im Überweisungsfall	313.846,67 €
Fachärzte für Nervenheilkunde, Fachärzte für Neurologie, Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie		
Betreuung psychisch, neurologisch Kranker im sozialen Umfeld	21230 unter der Voraussetzung, dass die Behandlung an mindestens 2 Kalendertagen im Quartal erfolgt ist	246.199,25 €
Gesprächsleistungen	21220, 16220, 16222	156.330,75 €
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie, Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie, Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie, Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören, Fachärzte für Orthopädie, Fachärzte für Urologie		
Teilradiologie	34210, 34211, 34212, 34220, 34221, 34222, 34223, 34230, 34231, 34232, 34233, 34234, 34235, 34236, 34237, 34238, 34240, 34241, 34242, 34243, 34244, 34245, 34246, 34247, 34248, 34250, 34251, 34252, 34255, 34256, 34257, 34260, 34280, 34281, 34282, 34293, 34294, 34295, 34296, 34297, 34500, 34501, 34503	1.154.068,75 €

* Förderfähig sind nur Leistungen, für die der jeweilige Arzt von der KV Nordrhein eine ggf. erforderliche Genehmigung nach geltender Qualitätssicherungsrichtlinie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erhalten hat und die für ihn im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähig sind, wofür weitere Bedingungen erfüllt sein müssen (z. B. Fachzugehörigkeit der Leistung).

2) Hausärztlicher Versorgungsbereich

Leistungsbereich	GOP/Bedingungen*	Fördervolumen pro Quartal
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem hausärztlichen Versorgungsbereich angehören, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die zu 100% kinder-kardiologisch tätig sind		
Behandlung multimorbider Patienten	03001 bis 03005, 03230, 04001 bis 04005, 04230 jeweils im Fall der Behandlung multimorbider Patienten, die an mindestens drei Erkrankungen der in der nachfolgenden Auflistung aufgeführten chronischen Erkrankungen aus drei unterschiedlichen Kapiteln erkrankt sind und unter der Voraussetzung, dass keine Förderung für den Leistungsbereich ADHS erfolgt	2.706.521,76 €
Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin, die zu 100% kinder-kardiologisch tätig sind		
ADHS	04001 bis 04005 jeweils bei Vorliegen einer gesicherten Diagnose F90.0, F90.1, F90.8 oder F90.9	78.500,00 €

Auflistung der chronischen Erkrankungen

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
Kapitel IV	Endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90)
	Krankheiten der Schilddrüse (E00-E07)/ Krankheiten sonstiger endokriner Drüsen (E20-E35)
	Neugeborenen-Hypothyreose (Kretinismus)
E00.0	Angeborenes Jodmangelsyndrom, neurologischer Typ
E00.1	Angeborenes Jodmangelsyndrom, myxödematöser Typ
E00.2	Angeborenes Jodmangelsyndrom, gemischter Typ
E00.9	Angeborenes Jodmangelsyndrom, nicht näher bezeichnet
E03.0	Angeborene Hypothyreose mit diffuser Struma
E03.1	Angeborene Hypothyreose ohne Struma
	Schilddrüsen-Erkrankungen, exkl. Struma und Thyreotoxikose
E01.8	Sonstige jodmangelbedingte Schilddrüsenkrankheiten und verwandte Zustände
E02	Subklinische Jodmangel-Hypothyreose
E03.2	Hypothyreose durch Arzneimittel oder andere exogene Substanzen
E03.3	Postinfektiöse Hypothyreose
E03.4	Atrophie der Schilddrüse (erworben)
E03.5	Myxödemkoma
E03.8	Sonstige näher bezeichnete Hypothyreose
E03.9	Hypothyreose, nicht näher bezeichnet
E06.0	akute Thyreoiditis
E06.1	Subakute Thyreoiditis
E06.3	Autoimmunthyreoiditis
E06.4	Arzneimittelinduzierte Thyreoiditis
E06.5	Sonstige chronische Thyreoiditis
E06.9	Thyreoiditis, nicht näher bezeichnet
E07.0	Hypersekretion von Kalzitinin
E07.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Schilddrüse
E07.9	Krankheit der Schilddrüse, nicht näher bezeichnet
E35.0*	Krankheiten der Schilddrüse bei anderenorts klassifizierten Krankheiten

* Förderfähig sind nur Leistungen, für die der jeweilige Arzt von der KV Nordrhein eine ggf. erforderliche Genehmigung nach geltender Qualitätssicherungsrichtlinie gemäß § 135 Abs. 2 SGB V erhalten hat und die für ihn im Rahmen der vertragsärztlichen Versorgung abrechnungsfähig sind, wofür weitere Bedingungen erfüllt sein müssen (z. B. Fachzugehörigkeit der Leistung).

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
	Stoffwechselstörungen (E70-E90)
	Störungen des Fettstoffwechsels (zu hohes Cholesterin), exkl. Lipidosen
E78.0	Reine Hypercholesterinämie
E78.1	Reine Hypertriglyzeridämie
E78.2	Gemischte Hyperlipidämie
E78.3	Hyperchylomikronämie
E78.4	Sonstige Hyperlipidämien
E78.5	Hyperlipidämie, nicht näher bezeichnet
E78.6	Lipoproteinmangel
E78.8	Sonstige Störungen des Lipoproteinstoffwechsels
E78.9	Störung des Lipoproteinstoffwechsels, nicht näher bezeichnet
E88.1	Lipodystrophie, anderenorts nicht klassifiziert
E88.2	Lipomatose, anderenorts nicht klassifiziert
	Mukoviszidose
E84.0	Zystische Fibrose mit Lungenmanifestationen
E84.1	Zystische Fibrose mit Darmmanifestationen
E84.8-	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
E84.80	Zystische Fibrose mit Lungen- und Darm-Manifestation
E84.87	Zystische Fibrose mit sonstigen multiplen Manifestationen
E84.88	Zystische Fibrose mit sonstigen Manifestationen
E84.9	Zystische Fibrose, nicht näher bezeichnet
Kapitel V	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)/ Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen (F60-F69)
	Somatoforme Störungen / Dissoziative Störungen
F44.0	Dissoziative Amnesie
F44.1	Dissoziative Fugue
F44.2	Dissoziativer Stupor
F44.3	Trance- und Besessenheitszustände
F44.4	Dissoziative Bewegungsstörungen
F44.5	Dissoziative Krampfanfälle
F44.6	Dissoziative Sensibilitäts- und Empfindungsstörungen
F44.7	Dissoziative Störungen [Konversionsstörungen], gemischt
F44.8-	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.80	Ganser-Syndrom
F44.81	Multiple Persönlichkeit(sstörung)
F44.82	Transitorische dissoziative Störungen [Konversionsstörungen] in Kindheit und Jugend
F44.88	Sonstige dissoziative Störungen [Konversionsstörungen]
F44.9	Dissoziative Störung [Konversionsstörung], nicht näher bezeichnet
F45.0	Somatisierungsstörung
F45.1	Undifferenzierte Somatisierungsstörung
F45.2	Hypochondrische Störung
F45.3-	Somatoforme autonome Funktionsstörung
F45.30	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Herz und Kreislaufsystem
F45.31	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Oberes Verdauungssystem
F45.32	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Unteres Verdauungssystem
F45.33	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Atmungssystem
F45.34	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Urogenitalsystem
F45.37	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Mehrere Organe und Systeme
F45.38	Somatoforme autonome Funktionsstörung: Sonstige Organe und Systeme
F45.39	Somatoforme autonome Funktionsstörung: nicht näher bezeichnetes Organ oder System
F45.8	Sonstige somatoforme Störungen
F45.9	Somatoforme Störung, nicht näher bezeichnet
F48.1	Depersonalisations- und Derealisationssyndrom
F68.0	Entwicklung körperlicher Symptome aus psychischen Gründen
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F90-F98)
	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung
F90.1	Hyperkinetische Störung des Sozialverhaltens

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
F90.8	Sonstige hyperkinetische Störungen
F90.9	Hyperkinetische Störung, nicht näher bezeichnet
F91.0	Auf den familiären Rahmen beschränkte Störung des Sozialverhaltens
F91.1	Störung des Sozialverhaltens bei fehlenden sozialen Bindungen
F91.2	Störung des Sozialverhaltens bei vorhandenen sozialen Bindungen
F91.3	Störung des Sozialverhaltens mit oppositionellem, aufsässigem Verhalten
F91.8	Sonstige Störungen des Sozialverhaltens
F91.9	Störung des Sozialverhaltens, nicht näher bezeichnet
F92.0	Störung des Sozialverhaltens mit depressiver Störung
F92.8	Sonstige kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen
F92.9	Kombinierte Störung des Sozialverhaltens und der Emotionen, nicht näher bezeichnet
F93.0	Emotionale Störung mit Trennungsangst des Kindesalters
F93.1	Phobische Störung des Kindesalters
F93.2	Störung mit sozialer Ängstlichkeit des Kindesalters
F93.3	Emotionale Störung mit Geschwisterrivalität
F93.8	Sonstige emotionale Störungen des Kindesalters
F93.9	Emotionale Störung des Kindesalters, nicht näher bezeichnet
F94.0	Elektrischer Mutismus
F94.1	Reaktive Bindungsstörung des Kindesalters
F94.2	Bindungsstörung des Kindesalters mit Enthemmung
F94.8	Sonstige Störungen sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit
F94.9	Störung sozialer Funktionen mit Beginn in der Kindheit, nicht näher bezeichnet
F95.0	Vorübergehende Ticstörung
F95.1	Chronische motorische oder vokale Ticstörung
F95.2	Kombinierte vokale und multiple motorische Tics [Tourette-Syndrom]
F95.8	Sonstige Ticstörungen
F95.9	Ticstörung, nicht näher bezeichnet
F98.0	Nichtorganische Enuresis
F98.1	Nichtorganische Enkopresis
F98.2	Fütterstörung im frühen Kindesalter
F98.3	Pica im Kindesalter
F98.4	Stereotype Bewegungsstörungen
F98.5	Stottern [Stammeln]
F98.6	Poltern
F98.8	Sonstige näher bezeichnete Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
F98.9	nicht näher bezeichnete Verhaltens- oder emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend
	Affektive Störungen (F30-F39)
	Depression
F32.0	Leichte depressive Episode
F32.1	Mittelgradige depressive Episode
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Symptomen
F32.8	Sonstige depressive Episoden
F32.9	Depressive Episode, nicht näher bezeichnet
F33.0	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig leichte Episode
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen
F33.4	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig remittiert
F33.8	Sonstige rezidivierende depressive Störungen
F33.9	Rezidivierende depressive Störung, nicht näher bezeichnet
F34.1	Dysthymia
Kapitel V + XVIII	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)/ Symptome und abnorme klinische Laborbefunde, die andernorts nicht klassifiziert sind (R00-R99)
	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-F48)/ Allgemeinsymptome (R50-R69)
	Chronischer Schmerz
F45.4-	Anhaltende Schmerzstörung
F45.40	Anhaltende somatoforme Schmerzstörung
F45.41	Chronische Schmerzstörung mit somatischen und psychischen Faktoren

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
R52.1	Chronischer unbeeinflussbarer Schmerz
R52.2	Sonstiger chronischer Schmerz
Kapitel V + VI	Psychische und Verhaltensstörungen (F00-F99)/ Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
	Sonstige degenerative Krankheiten des Nervensystems (G30-G32)/ Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen (F00-F09)
	Demenz (einschließlich Alzheimer Erkrankung und vaskuläre Demenz)
F00.0*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit frühem Beginn (Typ 2)
F00.1*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, mit spätem Beginn (Typ 1)
F00.2*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, atypische oder gemischte Form
F00.9*	Demenz bei Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
F01.0	Vaskuläre Demenz mit akutem Beginn
F01.1	Multiinfarkt-Demenz
F01.2	Subkortikale vaskuläre Demenz
F01.3	Gemischte kortikale und subkortikale vaskuläre Demenz
F01.8	Sonstige vaskuläre Demenz
F01.9	Vaskuläre Demenz, nicht näher bezeichnet
F02.0*	Demenz bei Pick-Krankheit
F02.1*	Demenz bei Creutzfeldt-Jakob-Krankheit
F02.2*	Demenz bei Chorea Huntington
F02.3*	Demenz bei primärem Parkinson-Syndrom
F02.4*	Demenz bei HIV-Krankheit [Humane Immundefizienz-Viruskrankheit]
F02.8*	Demenz bei anderenorts klassifizierten Krankheitsbildern
F03	nicht näher bezeichnete Demenz
F04	Organisches amnestisches Syndrom, nicht durch Alkohol oder andere psychotrope Substanzen bedingt
F05.1	Delir bei Demenz
F06.5	Organische dissoziative Störung
F06.6	Organische emotional labile [asthenische] Störung
F06.8	Sonstige näher bezeichnete organische psychische Störungen aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
F06.9	nicht näher bezeichnete organische psychische Störung aufgrund einer Schädigung oder Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit
G30.0+	Alzheimer-Krankheit mit frühem Beginn
G30.1+	Alzheimer-Krankheit mit spätem Beginn
G30.8+	Sonstige Alzheimer-Krankheit
G30.9+	Alzheimer-Krankheit, nicht näher bezeichnet
G31.0	Umschriebene Hirnatrophie
G31.1	Senile Degeneration des Gehirns, anderenorts nicht klassifiziert
G31.2	Degeneration des Nervensystems durch Alkohol
G31.82	Lewy-Körper-Demenz
Kapitel VI	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen (G20-G26)
	Morbus Parkinson und andere Basalganglienerkrankungen
G20.0-	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung
G20.00	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.01	Primäres Parkinson-Syndrom mit fehlender oder geringer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.1-	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung
G20.10	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.11	Primäres Parkinson-Syndrom mit mäßiger bis schwerer Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.2-	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung
G20.20	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.21	Primäres Parkinson-Syndrom mit schwerster Beeinträchtigung: Mit Wirkungsfluktuation
G20.9-	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet
G20.90	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Ohne Wirkungsfluktuation
G20.91	Primäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet: Mit Wirkungsfluktuation
G21.1	Sonstiges arzneimittelinduziertes Parkinson-Syndrom
G21.2	Parkinson-Syndrom durch sonstige exogene Agenzien
G21.3	Postenzephalitisches Parkinson-Syndrom
G21.4	Vaskuläres Parkinson-Syndrom
G21.8	Sonstiges sekundäres Parkinson-Syndrom
G21.9	Sekundäres Parkinson-Syndrom, nicht näher bezeichnet

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
G22*	Parkinson-Syndrom bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G23.0	Hallervorden-Spatz-Syndrom
G23.1	Progressive supranukleäre Ophthalmoplegie [Steele-Richardson-Olszewski-Syndrom]
G23.2	Striatonigrale Degeneration
G23.8	Sonstige näher bezeichnete degenerative Krankheiten der Basalganglien
G23.9	Degenerative Krankheit der Basalganglien, nicht näher bezeichnet
Sekundärer Parkinsonismus und andere extrapyramidale Bewegungsstörungen	
G21.0	Malignes Neuroleptika-Syndrom
G24.0	Arzneimittelinduzierte Dystonie
G24.1	Idiopathische familiäre Dystonie
G24.2	Idiopathische nichtfamiliäre Dystonie
G24.3	Torticollis spasticus
G24.4	Idiopathische orofaziale Dystonie
G24.5	Blepharospasmus
G24.8	Sonstige Dystonie
G24.9	Dystonie, nicht näher bezeichnet
G25.0	Essentieller Tremor
G25.1	Arzneimittelinduzierter Tremor
G25.2	Sonstige näher bezeichnete Tremorformen
G25.3	Myoklonus
G25.4	Arzneimittelinduzierte Chorea
G25.5	Sonstige Chorea
G25.6	Arzneimittelinduzierte Tics und sonstige Tics organischen Ursprungs
G25.8	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen
G25.80	Periodische Beinbewegungen im Schlaf
G25.81	Syndrom der unruhigen Beine [Restless-Legs-Syndrom]
G25.88	Sonstige näher bezeichnete extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen Akathisie (behandlungsinduziert) (medikamenteninduziert) Stiff-man-Syndrom (Muskelstarre-Syndrom)
G25.9	Extrapyramidale Krankheit oder Bewegungsstörung, nicht näher bezeichnet
G26*	Extrapyramidale Krankheiten und Bewegungsstörungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems (G35-G37)	
Multiple Sklerose und andere demyelinisierende Erkrankungen des ZNS	
G35.0	Erstmanifestation einer multiplen Sklerose
G35.1-	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf
G35.10	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.11	Multiple Sklerose mit vorherrschend schubförmigem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.2-	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf
G35.20	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.21	Multiple Sklerose mit primär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.3-	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf
G35.30	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Ohne Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.31	Multiple Sklerose mit sekundär-chronischem Verlauf: Mit Angabe einer akuten Exazerbation oder Progression
G35.9	Multiple Sklerose, nicht näher bezeichnet
G36.0	Neuromyelitis optica [Devic-Krankheit]
G36.1	akute und subakute hämorrhagische Leukoenzephalitis [Hurst]
G36.8	Sonstige näher bezeichnete akute disseminierte Demyelinisation
G36.9	akute disseminierte Demyelinisation, nicht näher bezeichnet
G37.0	Diffuse Hirnsklerose
G37.1	Zentrale Demyelinisation des Corpus callosum
G37.2	Zentrale pontine Myelinolyse
G37.3	Myelitis transversa acuta bei demyelinisierender Krankheit des Zentralnervensystems
G37.4	Subakute nekrotisierende Myelitis [Foix-Alajouanine-Syndrom]
G37.5	Konzentrische Sklerose [Baló-Krankheit]
G37.8	Sonstige näher bezeichnete demyelinisierende Krankheiten des Zentralnervensystems
G37.9	Demyelinisierende Krankheit des Zentralnervensystems, nicht näher bezeichnet
Polyneuropathien und sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystem (G60-G64)/ Krankheiten im Bereich der neuromuskulären Synapse und des Muskels (G70-G73)	
G60.0	Periphere Neuropathie / Myopathie Hereditäre sensomotorische Neuropathie

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
G60.1	Refsum-Krankheit
G60.2	Neuropathie in Verbindung mit hereditärer Ataxie
G60.3	Idiopathische progressive Neuropathie
G60.8	Sonstige hereditäre und idiopathische Neuropathien
G60.9	Hereditäre und idiopathische Neuropathie, nicht näher bezeichnet
G62.9	Polyneuropathie, nicht näher bezeichnet
G64	Sonstige Krankheiten des peripheren Nervensystems
G71.1	Myotone Syndrome
G71.3	Mitochondriale Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
G71.8	Sonstige primäre Myopathien
G71.9	Primäre Myopathie, nicht näher bezeichnet
G72.0	Arzneimittelinduzierte Myopathie
G72.1	Alkoholmyopathie
G72.2	Myopathie durch sonstige toxische Agenzien
G72.3	Periodische Lähmung
G72.4	Entzündliche Myopathie, anderenorts nicht klassifiziert
G72.8-	Sonstige näher bezeichnete Myopathien
G72.80	Critical-illness-Myopathie
G72.88	Sonstige näher bezeichnete Myopathien
G72.9	Myopathie, nicht näher bezeichnet
G73.4*	Myopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
G73.5*	Myopathie bei endokrinen Krankheiten
G73.6*	Myopathie bei Stoffwechselkrankheiten
G73.7*	Myopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
Kapitel VI, XVII, XIX	Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)/ Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)/ Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
	Zerebrale Lähmung und sonstige Lähmungssyndrome (G80-G83)/ Sonstige Krankheiten des Nervensystems (G90-G99)/ Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems (Q00-Q07)/ Verletzungen des Halses (S10-S19)/ Verletzungen des Thorax (S20-S29)/ Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S30-S39)/ Verletzungen nicht näher bezeichneter Teile des Rumpfes, der Extremitäten oder anderer Körperregionen (T08-T14)/ Folgen von Verletzungen, Vergiftungen und sonstigen Auswirkungen äußerer Ursachen (T90-T98)
	Ausgeprägte schwere Lähmungen / Verletzungen des Rückenmarks / Angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
G80.0	Spastische tetraplegische Zerebralparese
G80.1	Spastische diplegische Zerebralparese
G80.2	Infantile hemiplegische Zerebralparese
G80.3	Dyskinetische Zerebralparese
G80.4	Ataktische Zerebralparese
G80.8	Sonstige infantile Zerebralparese
G80.9	Infantile Zerebralparese, nicht näher bezeichnet
G81.0	Schlaffe Hemiparese und Hemiplegie
G81.1	Spastische Hemiparese und Hemiplegie
G81.9	Hemiparese und Hemiplegie, nicht näher bezeichnet
G82.0-	Schlaffe Paraparese und Paraplegie
G82.00	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.01	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.02	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.03	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.09	Schlaffe Paraparese und Paraplegie: nicht näher bezeichnet
G82.1-	Spastische Paraparese und Paraplegie
G82.10	Spastische Paraparese und Paraplegie: akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.11	Spastische Paraparese und Paraplegie: akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.12	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.13	Spastische Paraparese und Paraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.19	Spastische Paraparese und Paraplegie: nicht näher bezeichnet
G82.2-	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet
G82.20	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.21	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
G82.22	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.23	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.29	Paraparese und Paraplegie, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnet
G82.3-	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie
G82.30	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.31	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.32	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.33	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.39	Schlaffe Tetraparese und Tetraplegie: nicht näher bezeichnet
G82.4-	Spastische Tetraparese und Tetraplegie
G82.40	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.41	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.42	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.43	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.49	Spastische Tetraparese und Tetraplegie: nicht näher bezeichnet
G82.5-	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet
G82.50	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: akute komplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.51	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: akute inkomplette Querschnittlähmung nichttraumatischer Genese
G82.52	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische komplette Querschnittlähmung
G82.53	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: Chronische inkomplette Querschnittlähmung
G82.59	Tetraparese und Tetraplegie, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnet
G82.6-!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes
G82.60!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C1-C3
G82.61!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C4-C5
G82.62!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: C6-C8
G82.63!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th1-Th6
G82.64!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th7-Th10
G82.65!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: Th11-L1
G82.66!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: L2-S1
G82.67!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: S2-S5
G82.69!	Funktionale Höhe der Schädigung des Rückenmarkes: nicht näher bezeichnet
G83.0	Diparese und Diplegie der oberen Extremitäten
G83.1	Monoparese und Monoplegie einer unteren Extremität
G83.2	Monoparese und Monoplegie einer oberen Extremität
G83.3	Monoparese und Monoplegie, nicht näher bezeichnet
G83.4-	Cauda- (equina-) Syndrom
G83.40	Komplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.41	Inkomplettes Cauda- (equina-) Syndrom
G83.49	Cauda- (equina-) Syndrom, nicht näher bezeichnet
G83.8-	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome
G83.80	Locked-in-Syndrom
G83.88	Sonstige näher bezeichnete Lähmungssyndrome
G83.9	Lähmungssyndrom, nicht näher bezeichnet
G95.0	Syringomyelie und Syringobulbie
G95.1	Vaskuläre Myelopathien
G95.2	Rückenmarkskompression, nicht näher bezeichnet
G95.8-	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes
G95.80	Harnblasenlähmung bei Schädigung des oberen motorischen Neurons [UMNL]
G95.81	Harnblasenlähmung bei Schädigung des unteren motorischen Neurons [LMNL]
G95.82	Harnblasenfunktionsstörung durch spinalen Schock
G95.83	Spinale Spastik der quergestreiften Muskulatur
G95.84	Detrusor-Sphinkter-Dyssynergie bei Schädigungen des Rückenmarkes
G95.85	Deafferentierungsschmerz bei Schädigungen des Rückenmarkes
G95.88	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten des Rückenmarkes
G95.9	Krankheit des Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
G99.2*	Myelopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
Q00.0	Anenzephalie
Q00.1	Kraniorhachischisis
Q00.2	Inienzephalie

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
Q01.0	Frontale Enzephalozele
Q01.1	Nasofrontale Enzephalozele
Q01.2	Okzipitale Enzephalozele
Q01.8	Enzephalozele sonstiger Lokalisationen
Q01.9	Enzephalozele, nicht näher bezeichnet
Q02	Mikrozephalie
Q03.0	Fehlbildungen des Aquaeductus cerebri
Q03.1	Atresie der Apertura mediana [Foramen Magendii] oder der Aperturales laterales [Foramina Luschkae] des vierten Ventrikels
Q03.8	Sonstiger angeborener Hydrozephalus
Q03.9	Angeborener Hydrozephalus, nicht näher bezeichnet
Q04.0	Angeborene Fehlbildungen des Corpus callosum
Q04.1	Arrhinenzephalie
Q04.2	Holoprosenzephalie-Syndrom
Q04.3	Sonstige Reduktionsdeformitäten des Gehirns
Q04.4	Septooptische Dysplasie
Q04.5	Megalenzephalie
Q04.6	Angeborene Gehirnzysten
Q04.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Gehirns
Q04.9	Angeborene Fehlbildung des Gehirns, nicht näher bezeichnet
Q05.0	Zervikale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.1	Thorakale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.2	Lumbale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.3	Sakrale Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.4	nicht näher bezeichnete Spina bifida mit Hydrozephalus
Q05.5	Zervikale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.6	Thorakale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.7	Lumbale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.8	Sakrale Spina bifida ohne Hydrozephalus
Q05.9	Spina bifida, nicht näher bezeichnet
Q06.0	Amyelie
Q06.1	Hypoplasie und Dysplasie des Rückenmarks
Q06.2	Diastematomyelie
Q06.3	Sonstige angeborene Fehlbildungen der Cauda equina
Q06.4	Hydromyelie
Q06.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Rückenmarks
Q06.9	Angeborene Fehlbildung des Rückenmarks, nicht näher bezeichnet
Q07.0	Arnold-Chiari-Syndrom
Q07.8	Sonstige näher bezeichnete angeborene Fehlbildungen des Nervensystems
Q07.9	Angeborene Fehlbildung des Nervensystems, nicht näher bezeichnet
S14.0	Kontusion und Ödem des zervikalen Rückenmarkes
S14.1-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes
S14.10	Verletzungen des zervikalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet
S14.11	Komplette Querschnittverletzung des zervikalen Rückenmarkes
S14.12	Zentrale Halsmarkverletzung (inkomplette Querschnittverletzung)
S14.13	Sonstige inkomplette Querschnittverletzungen des zervikalen Rückenmarkes
S14.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des zervikalen Rückenmarkes
S14.70!	Verletzung des zervikalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S14.71!	Verletzung des Rückenmarkes: C1
S14.72!	Verletzung des Rückenmarkes: C2
S14.73!	Verletzung des Rückenmarkes: C3
S14.74!	Verletzung des Rückenmarkes: C4
S14.75!	Verletzung des Rückenmarkes: C5
S14.76!	Verletzung des Rückenmarkes: C6
S14.77!	Verletzung des Rückenmarkes: C7
S14.78!	Verletzung des Rückenmarkes: C8
S18	Traumatische Amputation in Halshöhe
S24.0	Kontusion und Ödem des thorakalen Rückenmarkes
S24.1-	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen des thorakalen Rückenmarkes
S24.10	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes, nicht näher bezeichnet

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
S24.11	Komplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.12	Inkomplette Querschnittverletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des thorakalen Rückenmarkes
S24.70!	Verletzung des thorakalen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S24.71!	Verletzung des Rückenmarkes: T1
S24.72!	Verletzung des Rückenmarkes: T2/T3
S24.73!	Verletzung des Rückenmarkes: T4/T5
S24.74!	Verletzung des Rückenmarkes: T6/T7
S24.75!	Verletzung des Rückenmarkes: T8/T9
S24.76!	Verletzung des Rückenmarkes: T10/T11
S24.77!	Verletzung des Rückenmarkes: T12
S34.0	Kontusion und Ödem des lumbalen Rückenmarkes [Conus medullaris]
S34.1-	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.10	Komplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.11	Inkomplette Querschnittverletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.18	Sonstige Verletzung des lumbalen Rückenmarkes
S34.3-	Verletzung der Cauda equina
S34.30	Komplettes traumatisches Cauda- (equina-) Syndrom
S34.31	Inkomplettes traumatisches Cauda- (equina-) Syndrom
S34.38	Sonstige und nicht näher bezeichnete Verletzungen der Cauda equina
S34.7-!	Funktionale Höhe einer Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes
S34.70!	Verletzung des lumbosakralen Rückenmarkes: Höhe nicht näher bezeichnet
S34.71!	Verletzung des Rückenmarkes: L1
S34.72!	Verletzung des Rückenmarkes: L2
S34.73!	Verletzung des Rückenmarkes: L3
S34.74!	Verletzung des Rückenmarkes: L4
S34.75!	Verletzung des Rückenmarkes: L5
S34.76!	Verletzung des Rückenmarkes: S1
S34.77!	Verletzung des Rückenmarkes: S2-S5
T09.3	Verletzung des Rückenmarkes, Höhe nicht näher bezeichnet
T91.3	Folgen einer Verletzung des Rückenmarkes
Kapitel IX	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)
	Hypertonie (I10-I15)/ Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)
	Hypertonie
I10.0-	Benigne essentielle Hypertonie
I10.00	Benigne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.01	Benigne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.1-	Maligne essentielle Hypertonie
I10.10	Maligne essentielle Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.11	Maligne essentielle Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I10.9-	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet
I10.90	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I10.91	Essentielle Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I11.0-	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I11.00	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.01	Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I11.9-	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz
I11.90	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I11.91	Hypertensive Herzkrankheit ohne (kongestive) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I12.0-	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz
I12.00	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.01	Hypertensive Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I12.9-	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz
I12.90	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I12.91	Hypertensive Nierenkrankheit ohne Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.0-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz
I13.00	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.01	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.1-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
I13.10	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.11	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.2-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz
I13.20	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.21	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz und Niereninsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I13.9-	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet
I13.90	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I13.91	Hypertensive Herz- und Nierenkrankheit, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.0-	Renovaskuläre Hypertonie
I15.00	Renovaskuläre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.01	Renovaskuläre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.1-	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten
I15.10	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.11	Hypertonie als Folge von sonstigen Nierenkrankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.2-	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten
I15.20	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.21	Hypertonie als Folge von endokrinen Krankheiten: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.8-	Sonstige sekundäre Hypertonie
I15.80	Sonstige sekundäre Hypertonie: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.81	Sonstige sekundäre Hypertonie: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I15.9-	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet
I15.90	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise
I15.91	Sekundäre Hypertonie, nicht näher bezeichnet: Mit Angabe einer hypertensiven Krise
I67.4	Hypertensive Enzephalopathie
	Pulmonale Herzkrankheit und Krankheiten des Lungenkreislaufes (I26-I28)
	Pulmonale Herzkrankheit und Erkrankungen des Lungenkreislaufes
I26.0	Lungenembolie mit Angabe eines akuten Cor pulmonale
I26.9	Lungenembolie ohne Angabe eines akuten Cor pulmonale
I27.0	Primäre pulmonale Hypertonie
I27.1	Kyphoskoliotische Herzkrankheit
I27.2-	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.20	Pulmonale Hypertonie bei chronischer Thromboembolie
I27.28	Sonstige näher bezeichnete sekundäre pulmonale Hypertonie
I27.8	Sonstige näher bezeichnete pulmonale Herzkrankheiten
I27.9	Pulmonale Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet
I28.0	Arteriovenöse Fistel der Lungengefäße
I28.1	Aneurysma der A. pulmonalis
I28.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Lungengefäße
I28.9	Krankheit der Lungengefäße, nicht näher bezeichnet
	Sonstige Formen der Herzkrankheit (I30-I52)
	AV-Block II. und III. Grades sowie sinoatriale Blockierungen
I44.1	Atrioventrikulärer Block 2. Grades
I44.2	Atrioventrikulärer Block 3. Grades
I49.5	Sick-Sinus-Syndrom
	Vorhoffarrhythmie
I47.1	Supraventrikuläre Tachykardie
I48.0	Vorhofflimmern, paroxysmal
I48.1	Vorhofflimmern, persistierend
I48.2	Vorhofflimmern, permanent
I48.3	Vorhofflattern typisch
I48.4	Vorhofflattern atypisch
I48.9	Vorhofflimmern und Vorhofflattern, nicht näher bezeichnet
	Herzinsuffizienz
I42.0	Dilatative Kardiomyopathie
I42.1	Hypertrophische obstruktive Kardiomyopathie
I42.2	Sonstige hypertrophische Kardiomyopathie
I42.3	Eosinophile endomyokardiale Krankheit
I42.4	Endokardfibroelastose

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
I42.5	Sonstige restriktive Kardiomyopathie
I42.6	Alkoholische Kardiomyopathie
I42.7	Kardiomyopathie durch Arzneimittel oder sonstige exogene Substanzen
I42.8-	Sonstige Kardiomyopathien
I42.80	Arrhythmogene rechtsventrikuläre Kardiomyopathie [ARVCM]
I42.88	Sonstige Kardiomyopathien
I42.9	Kardiomyopathie, nicht näher bezeichnet
I43.0*	Kardiomyopathie bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I43.1*	Kardiomyopathie bei Stoffwechselkrankheiten
I43.2*	Kardiomyopathie bei alimentären Krankheiten
I43.8*	Kardiomyopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I50.0-	Rechtsherzinsuffizienz
I50.00	Primäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.01	Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz
I50.1-	Linksherzinsuffizienz
I50.11	Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden
I50.12	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung
I50.13	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung
I50.14	Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe
I50.19	Linksherzinsuffizienz: nicht näher bezeichnet
I50.9	Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet
I51.4	Myokarditis, nicht näher bezeichnet
I51.5	Myokarddegeneration
I51.7	Kardiomegalie
	Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren (I70-I79)
	Atherosklerose, periphere Gefäßerkrankung
I70.0	Atherosklerose der Aorta
I70.1	Atherosklerose der Nierenarterie
I70.2-	Atherosklerose der Extremitätenarterien
I70.20	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Sonstige und nicht näher bezeichnet
I70.21	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit belastungsinduziertem Ischämieschmerz
I70.22	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ruheschmerzen
I70.23	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Ulzeration
I70.24	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Becken-Bein-Typ, mit Gangrän
I70.25	Atherosklerose der Extremitätenarterien: Schulter-Arm-Typ, alle Stadien
I70.8	Atherosklerose sonstiger Arterien
I70.9	Generalisierte und nicht näher bezeichnete Atherosklerose
I73.1	Thrombangiitis obliterans [Endangiitis von-Winiwarter-Buerger]
I73.8	Sonstige näher bezeichnete periphere Gefäßkrankheiten
I73.9	Periphere Gefäßkrankheit, nicht näher bezeichnet
I77.0	Arteriovenöse Fistel, erworben
I77.1	Arterienstriktur
I77.2	Arterienruptur
I77.3	Fibromuskuläre Dysplasie der Arterien
I77.4	Arteria-coeliaca-Kompressions-Syndrom
I77.5	Arteriennekrose
I77.6	Arteriitis, nicht näher bezeichnet
I77.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten der Arterien und Arteriolen
I77.9	Krankheit der Arterien und Arteriolen, nicht näher bezeichnet
I79.2*	Periphere Angiopathie bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
I79.8*	Sonstige Krankheiten der Arterien, Arteriolen und Kapillaren bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
	Aortenaneurysma, ohne Erwähnung einer Ruptur
I71.0-	Dissektion der Aorta
I71.00	Dissektion der Aorta nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
I71.01	Dissektion der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.02	Dissektion der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur
I71.03	Dissektion der Aorta, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.2	Aneurysma der Aorta thoracica, ohne Angabe einer Ruptur
I71.4	Aneurysma der Aorta abdominalis, ohne Angabe einer Ruptur

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
I71.6	Aortenaneurysma, thorakoabdominal, ohne Angabe einer Ruptur
I71.9	Aortenaneurysma nicht näher bezeichneter Lokalisation, ohne Angabe einer Ruptur
	Sonstige und nicht näher bezeichnete Krankheiten des Kreislaufsystems (I95-I99)
	Hypotonie
I95.0	Idiopathische Hypotonie
I95.1	Orthostatische Hypotonie
I95.2	Hypotonie durch Arzneimittel
I95.8	Sonstige Hypotonie
I95.9	Hypotonie, nicht näher bezeichnet
Kapitel IX + VI	Krankheiten des Kreislaufsystems (I00-I99)/ Krankheiten des Nervensystems (G00-G99)
	Zerebrovaskuläre Krankheiten (I60-I69)/ Episodische und paroxysmale Krankheiten des Nervensystems (G40-G47)
	Schlaganfall und Komplikationen
I60.0	Subarachnoidalblutung, vom Karotissiphon oder der Karotisbifurkation ausgehend
I60.1	Subarachnoidalblutung, von der A. cerebri media ausgehend
I60.2	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans anterior ausgehend
I60.3	Subarachnoidalblutung, von der A. communicans posterior ausgehend
I60.4	Subarachnoidalblutung, von der A. basilaris ausgehend
I60.5	Subarachnoidalblutung, von der A. vertebralis ausgehend
I60.6	Subarachnoidalblutung, von sonstigen intrakraniellen Arterien ausgehend
I60.7	Subarachnoidalblutung, von nicht näher bezeichneter intrakranieller Arterie ausgehend
I60.8	Sonstige Subarachnoidalblutung
I60.9	Subarachnoidalblutung, nicht näher bezeichnet
I61.0	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, subkortikal
I61.1	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, kortikal
I61.2	Intrazerebrale Blutung in die Großhirnhemisphäre, nicht näher bezeichnet
I61.3	Intrazerebrale Blutung in den Hirnstamm
I61.4	Intrazerebrale Blutung in das Kleinhirn
I61.5	Intrazerebrale intraventrikuläre Blutung
I61.6	Intrazerebrale Blutung an mehreren Lokalisationen
I61.8	Sonstige intrazerebrale Blutung
I61.9	Intrazerebrale Blutung, nicht näher bezeichnet
I62.0-	Subdurale Blutung (nichttraumatisch)
I62.00	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): akut
I62.01	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Subakut
I62.02	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): Chronisch
I62.09	Subdurale Blutung (nichttraumatisch): nicht näher bezeichnet
I62.1	Nichttraumatische extradurale Blutung
I62.9	Intrakranielle Blutung (nichttraumatisch), nicht näher bezeichnet
I63.0	Hirnfarkt durch Thrombose präzerebraler Arterien
I63.1	Hirnfarkt durch Embolie präzerebraler Arterien
I63.2	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose präzerebraler Arterien
I63.3	Hirnfarkt durch Thrombose zerebraler Arterien
I63.4	Hirnfarkt durch Embolie zerebraler Arterien
I63.5	Hirnfarkt durch nicht näher bezeichneten Verschluss oder Stenose zerebraler Arterien
I63.6	Hirnfarkt durch Thrombose der Hirnvenen, nichteitrig
I63.8	Sonstiger Hirnfarkt
I63.9	Hirnfarkt, nicht näher bezeichnet
I64	Schlaganfall, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I67.80!	Vasospasmen bei Subarachnoidalblutung
I69.0	Folgen einer Subarachnoidalblutung
I69.1	Folgen einer intrazerebralen Blutung
I69.2	Folgen einer sonstigen nichttraumatischen intrakraniellen Blutung
I69.3	Folgen eines Hirnfarktes
I69.4	Folgen eines Schlaganfalls, nicht als Blutung oder Infarkt bezeichnet
I69.8	Folgen sonstiger und nicht näher bezeichneter zerebrovaskulärer Krankheiten
G46.0*	Arteria-cerebri-media-Syndrom
G46.1*	Arteria-cerebri-anterior-Syndrom
G46.2*	Arteria-cerebri-posterior-Syndrom

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
G46.3*	Hirnstammsyndrom
G46.4*	Kleinhirnsyndrom
G46.5*	Rein motorisches lakunäres Syndrom
G46.6*	Rein sensorisches lakunäres Syndrom
G46.7*	Sonstige lakunäre Syndrome
Verschluss extrakranieller hirnversorgender Gefäße und transitorische ischämische Attacken	
I65.0	Verschluss und Stenose der A. vertebralis
I65.1	Verschluss und Stenose der A. basilaris
I65.2	Verschluss und Stenose der A. carotis
I65.3	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger präzerebraler Arterien
I65.8	Verschluss und Stenose sonstiger präzerebraler Arterien
I65.9	Verschluss und Stenose einer nicht näher bezeichneten präzerebralen Arterie
I66.0	Verschluss und Stenose der A. cerebri media
I66.1	Verschluss und Stenose der A. cerebri anterior
I66.2	Verschluss und Stenose der A. cerebri posterior
I66.3	Verschluss und Stenose der Aa. cerebelli
I66.4	Verschluss und Stenose mehrerer und beidseitiger zerebraler Arterien
I66.8	Verschluss und Stenose sonstiger zerebraler Arterien
I66.9	Verschluss und Stenose einer nicht näher bezeichneten zerebralen Arterie
G45.0-	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik
G45.02	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.03	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.09	Arteria-vertebralis-Syndrom mit Basilaris-Symptomatik: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G45.1-	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig)
G45.12	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.13	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.19	Arteria-carotis-interna-Syndrom (halbseitig): Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G45.2-	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien
G45.22	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.23	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.29	Multiple und bilaterale Syndrome der extrazerebralen hirnversorgenden Arterien: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G45.3-	Amaurosis fugax
G45.32	Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.33	Amaurosis fugax: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.39	Amaurosis fugax: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G45.4-	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]
G45.42	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.43	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.49	Transiente globale Amnesie [amnestische Episode]: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G45.8-	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome
G45.82	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.83	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.89	Sonstige zerebrale transitorische Ischämie und verwandte Syndrome: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
G45.9-	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet
G45.92	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von 1 bis 24 Stunden
G45.93	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Komplette Rückbildung innerhalb von weniger als 1 Stunde
G45.99	Zerebrale transitorische Ischämie, nicht näher bezeichnet: Verlauf der Rückbildung nicht näher bezeichnet
Zerebrale Atherosklerose und Aneurysmen	
I67.0	Dissektion zerebraler Arterien, nichtrupturiert
I67.1-	Zerebrales Aneurysma und zerebrale arteriovenöse Fistel
I67.10	Zerebrales Aneurysma (erworben)
I67.11	Zerebrale arteriovenöse Fistel (erworben)
I67.2	Zerebrale Atherosklerose
I67.3	Progressive subkortikale vaskuläre Enzephalopathie
I67.5	Moyamoya-Syndrom
I67.6	Nichteitrige Thrombose des intrakraniellen Venensystems
I67.7	Zerebrale Arteriitis, anderenorts nicht klassifiziert
I67.8-	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
I67.88	Sonstige näher bezeichnete zerebrovaskuläre Krankheiten
I67.9	Zerebrovaskuläre Krankheit, nicht näher bezeichnet
I68.0*	Zerebrale Amyloidangiopathie
I68.1*	Zerebrale Arteriitis bei anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
I68.2*	Zerebrale Arteriitis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
I68.8*	Sonstige zerebrovaskuläre Störungen bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
G46.8*	Sonstige Syndrome der Hirngefäße bei zerebrovaskulären Krankheiten
Kapitel X	Krankheiten des Atmungssystems (J00-J99)
	Chronische Krankheiten der unteren Atemwege (J40-J47)/ Sonstige Krankheiten der Atmungsorgane, die hauptsächlich das Interstitium betreffen (J80-J84)/Sonstige Krankheiten des Atmungssystems (J95-J99)
	Emphysem / Chronische obstruktive Bronchitis
J43.0	McLeod-Syndrom
J43.1	Panlobuläres Emphysem
J43.2	Zentrilobuläres Emphysem
J43.8	Sonstiges Emphysem
J43.9	Emphysem, nicht näher bezeichnet
J44.0-	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege
J44.00	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.01	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.02	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.03	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 ≥ 70 % des Sollwertes
J44.09	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Infektion der unteren Atemwege: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.1-	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet
J44.10	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.11	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.12	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.13	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 70 % des Sollwertes
J44.19	Chronische obstruktive Lungenerkrankung mit akuter Exazerbation, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.8-	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung
J44.80	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.81	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.82	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.83	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 ≥ 70 % des Sollwertes
J44.89	Sonstige näher bezeichnete chronische obstruktive Lungenerkrankung: FEV1 nicht näher bezeichnet
J44.9-	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet
J44.90	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 < 35 % des Sollwertes
J44.91	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 35 % und < 50 % des Sollwertes
J44.92	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 50 % und < 70 % des Sollwertes
J44.93	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 ≥ 70 % des Sollwertes
J44.99	Chronische obstruktive Lungenerkrankung, nicht näher bezeichnet: FEV1 nicht näher bezeichnet
J47	Bronchiektasen
J98.2	Interstitielles Emphysem
J98.3	Kompensatorisches Emphysem
	akutes Lungenödem und respiratorische Insuffizienz
J80	Atemnotsyndrom des Erwachsenen [ARDS]
J81	Lungenödem
J95.1	akute pulmonale Insuffizienz nach Thoraxoperation
J95.2	akute pulmonale Insuffizienz nach nicht am Thorax vorgenommener Operation
J95.3	Chronische pulmonale Insuffizienz nach Operation
J96.0-	akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.00	akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.01	akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
J96.09	akute respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
J96.1-	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert
J96.10	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ I [hypoxisch]
J96.11	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ II [hyperkapnisch]
J96.19	Chronische respiratorische Insuffizienz, anderenorts nicht klassifiziert: Typ nicht näher bezeichnet
J96.9-	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
J96.90	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ I [hypoxisch]
J96.91	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ II [hyperkapnisch]
J96.99	Respiratorische Insuffizienz, nicht näher bezeichnet: Typ nicht näher bezeichnet
	Postinflammatorische und interstitielle Lungenfibrose
J99.0*	Lungenkrankheit bei seropositiver chronischer Polyarthrit
J99.1*	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen diffusen Bindegewebskrankheiten
J99.8*	Krankheiten der Atemwege bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
J84.0	Alveoläre und parietoalveoläre Krankheitszustände
J84.1	Sonstige interstitielle Lungenkrankheiten mit Fibrose
J84.8	Sonstige näher bezeichnete interstitielle Lungenkrankheiten
J84.9	Interstitielle Lungenkrankheit, nicht näher bezeichnet
Kapitel XIII	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)
	Entzündliche Polyarthropathien (M05-M14)/ Arthrose (M15-M19)/ Systemkrankheiten des Bindegewebes (M30-M36)/ Spondylopathien (M45-M49)
	Rheumatoide Arthritis und entzündliche Bindegewebskrankheiten
#M05.0-	Felty-Syndrom
M05.00	Felty-Syndrom: Mehrere Lokalisationen
M05.01	Felty-Syndrom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M05.02	Felty-Syndrom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M05.03	Felty-Syndrom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M05.04	Felty-Syndrom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M05.05	Felty-Syndrom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M05.06	Felty-Syndrom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M05.07	Felty-Syndrom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.08	Felty-Syndrom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.09	Felty-Syndrom: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M05.1+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit
M05.10+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen
M05.11+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M05.12+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M05.13+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M05.14+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M05.15+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M05.16+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M05.17+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.18+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.19+	Lungenmanifestation der seropositiven chronischen Polyarthrit: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M05.2-	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit
M05.20	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen
M05.21	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M05.22	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M05.23	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M05.24	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M05.25	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M05.26	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M05.27	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.28	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.29	Vaskulitis bei seropositiver chronischer Polyarthrit: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M05.3+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme
M05.30+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Mehrere Lokalisationen
M05.31+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M05.32+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M05.33+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M05.34+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M05.35+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M05.36+	Seropositive chronische Polyarthrit mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M05.37+	Seropositive chronische Polyarthrititis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.38+	Seropositive chronische Polyarthrititis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.39+	Seropositive chronische Polyarthrititis mit Beteiligung sonstiger Organe und Organsysteme: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M05.8-	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis
M05.80	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Mehrere Lokalisationen
M05.81	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M05.82	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M05.83	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M05.84	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M05.85	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M05.86	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M05.87	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.88	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.89	Sonstige seropositive chronische Polyarthrititis: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M05.9-	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet
M05.90	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M05.91	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M05.92	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M05.93	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M05.94	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M05.95	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M05.96	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M05.97	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M05.98	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M05.99	Seropositive chronische Polyarthrititis, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M06.0-	Seronegative chronische Polyarthrititis
M06.00	Seronegative chronische Polyarthrititis: Mehrere Lokalisationen
M06.01	Seronegative chronische Polyarthrititis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M06.02	Seronegative chronische Polyarthrititis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M06.03	Seronegative chronische Polyarthrititis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M06.04	Seronegative chronische Polyarthrititis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M06.05	Seronegative chronische Polyarthrititis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M06.06	Seronegative chronische Polyarthrititis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M06.07	Seronegative chronische Polyarthrititis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M06.08	Seronegative chronische Polyarthrititis: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M06.09	Seronegative chronische Polyarthrititis: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M06.1-	Adulte Form der Still-Krankheit
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
#M06.2-	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis
M06.20	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Mehrere Lokalisationen
M06.21	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M06.22	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M06.23	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M06.24	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M06.25	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M06.26	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M06.27	Bursitis bei chronischer Polyarthrititis: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M06.28	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M06.29	Bursitis bei chronischer Polyarthrit: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M06.3-	Rheumaknoten
M06.30	Rheumaknoten: Mehrere Lokalisationen
M06.31	Rheumaknoten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M06.32	Rheumaknoten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M06.33	Rheumaknoten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M06.34	Rheumaknoten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M06.35	Rheumaknoten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M06.36	Rheumaknoten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M06.37	Rheumaknoten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M06.38	Rheumaknoten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M06.39	Rheumaknoten: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M06.4-	Entzündliche Polyarthropathie
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]
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
#M06.8-	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit
M06.80	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Mehrere Lokalisationen
M06.81	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M06.82	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M06.83	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M06.84	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M06.85	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M06.86	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M06.87	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M06.88	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M06.89	Sonstige näher bezeichnete chronische Polyarthrit: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M06.9-	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet
M06.90	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M06.91	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M06.92	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M06.93	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M06.94	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M06.95	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M06.96	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M06.97	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M06.98	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M06.99	Chronische Polyarthrit, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M08.0-	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ
M08.00	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Mehrere Lokalisationen
M08.01	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M08.02	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M08.03	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M08.04	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M08.05	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M08.06	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M08.07	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M08.08	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M08.09	Juvenile chronische Polyarthrit, adulter Typ: nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
#M08.1-	Juvenile Spondylitis ankylosans
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]
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
#M08.2-	Juvenile chronische Arthritis, systemisch beginnende Form
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
M08.3	Juvenile chronische Arthritis (seronegativ), polyartikuläre Form
#M08.4-	Juvenile chronische Arthritis, oligoartikuläre 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
#M08.7-	Vaskulitis bei juveniler Arthritis
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]
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
#M08.8-	Sonstige juvenile Arthritis
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
#M08.9-	Juvenile Arthritis, nicht näher bezeichnet

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
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
#M09.0-*	Juvenile Arthritis bei Psoriasis
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]
M09.09*	Juvenile Arthritis bei Psoriasis: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M09.1-*	Juvenile Arthritis bei Crohn-Krankheit [Enteritis regionalis]
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
#M09.2-*	Juvenile Arthritis bei Colitis ulcerosa
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
#M09.8-*	Juvenile Arthritis bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
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]
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
#M12.3-	Palindromer Rheumatismus

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M12.30	Palindromer Rheumatismus: Mehrere Lokalisationen
M12.31	Palindromer Rheumatismus: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M12.32	Palindromer Rheumatismus: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M12.33	Palindromer Rheumatismus: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M12.34	Palindromer Rheumatismus: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M12.35	Palindromer Rheumatismus: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M12.36	Palindromer Rheumatismus: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M12.37	Palindromer Rheumatismus: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M12.38	Palindromer Rheumatismus: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M12.39	Palindromer Rheumatismus: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M30.0	Panarteriitis nodosa
M30.1	Panarteriitis mit Lungenbeteiligung
M30.2	Juvenile Panarteriitis
M30.3	Mukokutanes Lymphknotensyndrom [Kawasaki-Krankheit]
M30.8	Sonstige mit Panarteriitis nodosa verwandte Zustände
M31.0	Hypersensitivitätsangiitis
M31.1	Thrombotische Mikroangiopathie
M31.2	Letales Mittelliniengranulom
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
M31.9	Nekrotisierende Vaskulopathie, nicht näher bezeichnet
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
M34.8	Sonstige Formen der systemischen Sklerose
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
M35.5	Multifokale Fibrosklerose
M35.6	Rezidivierende Pannikulitis [Pfeifer-Weber-Christian-Krankheit]
M35.7	Hypermobilitäts-Syndrom
M35.8	Sonstige näher bezeichnete Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes
M35.9	Krankheit mit Systembeteiligung des Bindegewebes, nicht näher bezeichnet
M36.0*	Dermatomyositis-Polymyositis bei Neubildungen
M36.8*	Systemkrankheiten des Bindegewebes bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
M45.0-	Spondylitis ankylosans
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

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M45.08	Spondylitis ankylosans: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M45.09	Spondylitis ankylosans: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M46.0-	Spinale Enthesopathie
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
#M46.8-	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien
M46.80	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M46.81	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M46.82	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Zervikalbereich
M46.83	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Zervikothorakalbereich
M46.84	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Thorakalbereich
M46.85	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Thorakolumbalbereich
M46.86	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Lumbalbereich
M46.87	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Lumbosakralbereich
M46.88	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M46.89	Sonstige näher bezeichnete entzündliche Spondylopathien: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M46.9-	Entzündliche Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
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
#M49.3-*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten
M49.30*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M49.31*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M49.32*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Zervikalbereich
M49.33*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Zervikothorakalbereich
M49.34*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Thorakalbereich
M49.35*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Thorakolumbalbereich
M49.36*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Lumbalbereich
M49.37*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Lumbosakralbereich
M49.38*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M49.39*	Spondylopathie bei sonstigen anderenorts klassifizierten infektiösen und parasitären Krankheiten: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M49.4-*	Neuropathische Spondylopathie
M49.40*	Neuropathische Spondylopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M49.41*	Neuropathische Spondylopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M49.42*	Neuropathische Spondylopathie: Zervikalbereich
M49.43*	Neuropathische Spondylopathie: Zervikothorakalbereich
M49.44*	Neuropathische Spondylopathie: Thorakalbereich
M49.45*	Neuropathische Spondylopathie: Thorakolumbalbereich
M49.46*	Neuropathische Spondylopathie: Lumbalbereich
M49.47*	Neuropathische Spondylopathie: Lumbosakralbereich
M49.48*	Neuropathische Spondylopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M49.49*	Neuropathische Spondylopathie: nicht näher bezeichnete Lokalisation
M49.5-*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten
M49.50*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M49.51*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M49.52*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikalbereich
M49.53*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Zervikothorakalbereich
M49.54*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakalbereich
M49.55*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Thorakolumbalbereich
M49.56*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbalbereich
M49.57*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Lumbosakralbereich
M49.58*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M49.59*	Wirbelkörperkompression bei anderenorts klassifizierten Krankheiten: nicht näher bezeichnete Lokalisation
	Gicht / Arthritis urica
#M10.0-	Idiopathische Gicht
M10.00	Idiopathische Gicht: Mehrere Lokalisationen
M10.01	Idiopathische Gicht: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M10.02	Idiopathische Gicht: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M10.03	Idiopathische Gicht: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M10.04	Idiopathische Gicht: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M10.05	Idiopathische Gicht: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M10.06	Idiopathische Gicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M10.07	Idiopathische Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M10.08	Idiopathische Gicht: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M10.09	Idiopathische Gicht: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M10.1-	Bleigicht
M10.10	Bleigicht: Mehrere Lokalisationen
M10.11	Bleigicht: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M10.12	Bleigicht: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M10.13	Bleigicht: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M10.14	Bleigicht: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M10.15	Bleigicht: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M10.16	Bleigicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M10.17	Bleigicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M10.18	Bleigicht: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M10.19	Bleigicht: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M10.2-	Arzneimittelinduzierte Gicht
M10.20	Arzneimittelinduzierte Gicht: Mehrere Lokalisationen
M10.21	Arzneimittelinduzierte Gicht: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M10.22	Arzneimittelinduzierte Gicht: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M10.23	Arzneimittelinduzierte Gicht: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M10.24	Arzneimittelinduzierte Gicht: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M10.25	Arzneimittelinduzierte Gicht: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M10.26	Arzneimittelinduzierte Gicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M10.27	Arzneimittelinduzierte Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M10.28	Arzneimittelinduzierte Gicht: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M10.29	Arzneimittelinduzierte Gicht: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M10.3-	Gicht durch Nierenfunktionsstörung
M10.30	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Mehrere Lokalisationen
M10.31	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M10.32	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M10.33	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M10.34	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M10.35	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M10.36	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M10.37	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M10.38	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M10.39	Gicht durch Nierenfunktionsstörung: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M10.4-	Sonstige sekundäre Gicht
M10.40	Sonstige sekundäre Gicht: Mehrere Lokalisationen
M10.41	Sonstige sekundäre Gicht: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M10.42	Sonstige sekundäre Gicht: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M10.43	Sonstige sekundäre Gicht: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M10.44	Sonstige sekundäre Gicht: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M10.45	Sonstige sekundäre Gicht: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M10.46	Sonstige sekundäre Gicht: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M10.47	Sonstige sekundäre Gicht: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M10.48	Sonstige sekundäre Gicht: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M10.49	Sonstige sekundäre Gicht: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M10.9-	Gicht, nicht näher bezeichnet
M10.90	Gicht, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M10.91	Gicht, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M10.92	Gicht, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M10.93	Gicht, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M10.94	Gicht, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M10.95	Gicht, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M10.96	Gicht, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M10.97	Gicht, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M10.98	Gicht, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M10.99	Gicht, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M11.0-	Apatit rheumatismus
M11.00	Apatit rheumatismus: Mehrere Lokalisationen
M11.01	Apatit rheumatismus: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M11.02	Apatit rheumatismus: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M11.03	Apatit rheumatismus: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M11.04	Apatit rheumatismus: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M11.05	Apatit rheumatismus: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M11.06	Apatit rheumatismus: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M11.07	Apatit rheumatismus: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M11.08	Apatit rheumatismus: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M11.09	Apatit rheumatismus: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M11.1-	Familiäre Chondrokalzinose
M11.10	Familiäre Chondrokalzinose: Mehrere Lokalisationen
M11.11	Familiäre Chondrokalzinose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M11.12	Familiäre Chondrokalzinose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M11.13	Familiäre Chondrokalzinose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M11.14	Familiäre Chondrokalzinose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M11.15	Familiäre Chondrokalzinose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M11.16	Familiäre Chondrokalzinose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M11.17	Familiäre Chondrokalzinose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M11.18	Familiäre Chondrokalzinose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M11.19	Familiäre Chondrokalzinose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M11.2-	Sonstige Chondrokalzinose
M11.20	Sonstige Chondrokalzinose: Mehrere Lokalisationen
M11.21	Sonstige Chondrokalzinose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M11.22	Sonstige Chondrokalzinose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M11.23	Sonstige Chondrokalzinose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M11.24	Sonstige Chondrokalzinose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M11.25	Sonstige Chondrokalzinose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M11.26	Sonstige Chondrokalzinose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M11.27	Sonstige Chondrokalzinose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M11.28	Sonstige Chondrokalzinose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M11.29	Sonstige Chondrokalzinose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M11.8-	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien
M11.80	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Mehrere Lokalisationen
M11.81	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M11.82	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M11.83	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M11.84	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M11.85	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M11.86	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M11.87	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M11.88	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M11.89	Sonstige näher bezeichnete Kristall-Arthropathien: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M11.9-	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet
M11.90	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M11.91	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M11.92	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M11.93	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M11.94	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M11.95	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M11.96	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M11.97	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M11.98	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M11.99	Kristall-Arthropathie, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M14.1*	Kristall-Arthropathie bei sonstigen Stoffwechselstörungen
	Osteoarthrose sonstiger oder nicht weiter spezifizierter Gelenke
M15.0	Primäre generalisierte (Osteo-) Arthrose
M15.1	Heberden-Knoten (mit Arthropathie)
M15.2	Bouchard-Knoten (mit Arthropathie)
M15.4	Erosive (Osteo-) Arthrose
M18.0	Primäre Rhizarthrose, beidseitig
M18.1	Sonstige primäre Rhizarthrose
M18.4	Sonstige sekundäre Rhizarthrose, beidseitig
M18.5	Sonstige sekundäre Rhizarthrose
M18.9	Rhizarthrose, nicht näher bezeichnet
#M19.0-	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke
M19.01	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M19.02	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M19.03	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M19.04	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M19.07	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.08	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M19.09	Primäre Arthrose sonstiger Gelenke: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M19.2-	Sonstige sekundäre Arthrose
M19.21	Sonstige sekundäre Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M19.22	Sonstige sekundäre Arthrose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M19.23	Sonstige sekundäre Arthrose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M19.24	Sonstige sekundäre Arthrose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M19.27	Sonstige sekundäre Arthrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.28	Sonstige sekundäre Arthrose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M19.29	Sonstige sekundäre Arthrose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M19.8-	Sonstige näher bezeichnete Arthrose
M19.81	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M19.82	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M19.83	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M19.84	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M19.87	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.88	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M19.89	Sonstige näher bezeichnete Arthrose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M19.9-	Arthrose, nicht näher bezeichnet
M19.91	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M19.92	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M19.93	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M19.94	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M19.97	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M19.98	Arthrose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M19.99	Arthrose, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisationen

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
	Osteoarthrose der großen Gelenke
M16.0	Primäre Koxarthrose, beidseitig
M16.1	Sonstige primäre Koxarthrose
M16.2	Koxarthrose als Folge einer Dysplasie, beidseitig
M16.3	Sonstige dysplastische Koxarthrose
M16.4	Posttraumatische Koxarthrose, beidseitig
M16.5	Sonstige posttraumatische Koxarthrose
M16.6	Sonstige sekundäre Koxarthrose, beidseitig
M16.7	Sonstige sekundäre Koxarthrose
M16.9	Koxarthrose, nicht näher bezeichnet
M17.0	Primäre Gonarthrose, beidseitig
M17.1	Sonstige primäre Gonarthrose
M17.2	Posttraumatische Gonarthrose, beidseitig
M17.3	Sonstige posttraumatische Gonarthrose
M17.4	Sonstige sekundäre Gonarthrose, beidseitig
M17.5	Sonstige sekundäre Gonarthrose
M17.9	Gonarthrose, nicht näher bezeichnet
M19.05	Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M19.25	Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M19.85	Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M19.95	Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
	Spondylose und assoziierte Erkrankungen (Osteoarthrose der Wirbelsäule)
#M47.0+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom
M47.00+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.01+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M47.02+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikalbereich
M47.03+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Zervikothorakalbereich
M47.04+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakalbereich
M47.05+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Thorakolumbalbereich
M47.06+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbalbereich
M47.07+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Lumbosakralbereich
M47.08+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M47.09+	Arteria-spinalis-anterior-Kompressionssyndrom und Arteria-vertebralis-Kompressionssyndrom: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M47.1-	Sonstige Spondylose mit Myelopathie
M47.10	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.11	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M47.12	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikalbereich
M47.13	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Zervikothorakalbereich
M47.14	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakalbereich
M47.15	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Thorakolumbalbereich
M47.16	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbalbereich
M47.17	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Lumbosakralbereich
M47.18	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M47.19	Sonstige Spondylose mit Myelopathie: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M47.8-	Sonstige Spondylose
M47.80	Sonstige Spondylose: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.81	Sonstige Spondylose: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M47.82	Sonstige Spondylose: Zervikalbereich
M47.83	Sonstige Spondylose: Zervikothorakalbereich
M47.84	Sonstige Spondylose: Thorakalbereich
M47.85	Sonstige Spondylose: Thorakolumbalbereich
M47.86	Sonstige Spondylose: Lumbalbereich
M47.87	Sonstige Spondylose: Lumbosakralbereich
M47.88	Sonstige Spondylose: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M47.89	Sonstige Spondylose: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M47.9-	Spondylose, nicht näher bezeichnet
M47.90	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M47.91	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M47.92	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M47.93	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich
M47.94	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M47.95	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M47.96	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M47.97	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich
M47.98	Spondylose, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M47.99	Spondylose, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M48.1-	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]
M48.10	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.11	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M48.12	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Zervikalbereich
M48.13	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Zervikothorakalbereich
M48.14	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Thorakalbereich
M48.15	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Thorakolumbalbereich
M48.16	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Lumbalbereich
M48.17	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Lumbosakralbereich
M48.18	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M48.19	Spondylitis hyperostotica [Forestier-Ott]: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M48.2-	Baastrup-Syndrom
M48.20	Baastrup-Syndrom: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.21	Baastrup-Syndrom: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M48.22	Baastrup-Syndrom: Zervikalbereich
M48.23	Baastrup-Syndrom: Zervikothorakalbereich
M48.24	Baastrup-Syndrom: Thorakalbereich
M48.25	Baastrup-Syndrom: Thorakolumbalbereich
M48.26	Baastrup-Syndrom: Lumbalbereich
M48.27	Baastrup-Syndrom: Lumbosakralbereich
M48.28	Baastrup-Syndrom: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M48.29	Baastrup-Syndrom: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M48.3-	Traumatische Spondylopathie
M48.30	Traumatische Spondylopathie: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.31	Traumatische Spondylopathie: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M48.32	Traumatische Spondylopathie: Zervikalbereich
M48.33	Traumatische Spondylopathie: Zervikothorakalbereich
M48.34	Traumatische Spondylopathie: Thorakalbereich
M48.35	Traumatische Spondylopathie: Thorakolumbalbereich
M48.36	Traumatische Spondylopathie: Lumbalbereich
M48.37	Traumatische Spondylopathie: Lumbosakralbereich
M48.38	Traumatische Spondylopathie: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M48.39	Traumatische Spondylopathie: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M48.8-	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien
M48.80	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.81	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M48.82	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Zervikalbereich
M48.83	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Zervikothorakalbereich
M48.84	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Thorakalbereich
M48.85	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Thorakolumbalbereich
M48.86	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Lumbalbereich
M48.87	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Lumbosakralbereich
M48.88	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M48.89	Sonstige näher bezeichnete Spondylopathien: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M48.9-	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet
M48.90	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M48.91	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M48.92	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich
M48.93	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich
M48.94	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M48.95	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M48.96	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M48.97	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich
M48.98	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M48.99	Spondylopathie, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisation
	Veränderungen der Knochendichte und -struktur (M80-M85)/ Sonstige Osteopathien (M86-M90)
	Osteoporose und Folgeerkrankungen
#M80.0-	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M80.00	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.01	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.02	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.03	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.04	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.05	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.06	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.07	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.08	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.09	Postmenopausale Osteoporose mit pathologischer Fraktur: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.1-	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie
M80.10	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Mehrere Lokalisationen
M80.11	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.12	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.13	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.14	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.15	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.16	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.17	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.18	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.19	Osteoporose mit pathologischer Fraktur nach Ovariectomie: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.2-	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur
M80.20	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.21	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.22	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.23	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.24	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.25	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.26	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.27	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.28	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.29	Inaktivitätsosteoporose mit pathologischer Fraktur: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.3-	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff
M80.30	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen
M80.31	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.32	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.33	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.34	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.35	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.36	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.37	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.38	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.39	Osteoporose mit pathologischer Fraktur infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.4-	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M80.40	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.41	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M80.42	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.43	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.44	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.45	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.46	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.47	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.49	Arzneimittelinduzierte Osteoporose mit pathologischer Fraktur: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.5-	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M80.50	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.51	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.52	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.53	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.54	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.55	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.56	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.57	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.58	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.59	Idiopathische Osteoporose mit pathologischer Fraktur: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.8-	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M80.80	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.81	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.82	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.83	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.84	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.85	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.86	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.87	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.88	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.89	Sonstige Osteoporose mit pathologischer Fraktur: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M80.9-	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur
M80.90	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Mehrere Lokalisationen
M80.91	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M80.92	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M80.93	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M80.94	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M80.95	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M80.96	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M80.97	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M80.98	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M80.99	nicht näher bezeichnete Osteoporose mit pathologischer Fraktur: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.0-	Postmenopausale Osteoporose
M81.00	Postmenopausale Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.01	Postmenopausale Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.02	Postmenopausale Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.03	Postmenopausale Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.04	Postmenopausale Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.05	Postmenopausale Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.06	Postmenopausale Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.07	Postmenopausale Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.08	Postmenopausale Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.09	Postmenopausale Osteoporose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.1-	Osteoporose nach Ovariectomie
M81.10	Osteoporose nach Ovariectomie: Mehrere Lokalisationen

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M81.11	Osteoporose nach Ovariectomie: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.12	Osteoporose nach Ovariectomie: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.13	Osteoporose nach Ovariectomie: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.14	Osteoporose nach Ovariectomie: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.15	Osteoporose nach Ovariectomie: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.16	Osteoporose nach Ovariectomie: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.17	Osteoporose nach Ovariectomie: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.18	Osteoporose nach Ovariectomie: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.19	Osteoporose nach Ovariectomie: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.2-	Inaktivitätsosteoporose
M81.20	Inaktivitätsosteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.21	Inaktivitätsosteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.22	Inaktivitätsosteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.23	Inaktivitätsosteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.24	Inaktivitätsosteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.25	Inaktivitätsosteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.26	Inaktivitätsosteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.27	Inaktivitätsosteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.28	Inaktivitätsosteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.29	Inaktivitätsosteoporose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.3-	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff
M81.30	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Mehrere Lokalisationen
M81.31	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.32	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.33	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.34	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.35	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.36	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.37	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.38	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.39	Osteoporose infolge Malabsorption nach chirurgischem Eingriff: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.4-	Arzneimittelinduzierte Osteoporose
M81.40	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.41	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.42	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.43	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.44	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.45	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.46	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.47	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.48	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.49	Arzneimittelinduzierte Osteoporose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.5-	Idiopathische Osteoporose
M81.50	Idiopathische Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.51	Idiopathische Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.52	Idiopathische Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.53	Idiopathische Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.54	Idiopathische Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.55	Idiopathische Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.56	Idiopathische Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.57	Idiopathische Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.58	Idiopathische Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.59	Idiopathische Osteoporose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
M81.6-	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]
M81.60	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Mehrere Lokalisationen
M81.61	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.62	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M81.63	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.64	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.65	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.66	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.67	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.69	Lokalisierte Osteoporose [Lequesne]: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.8-	Sonstige Osteoporose
M81.80	Sonstige Osteoporose: Mehrere Lokalisationen
M81.81	Sonstige Osteoporose: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.82	Sonstige Osteoporose: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.83	Sonstige Osteoporose: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.84	Sonstige Osteoporose: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.85	Sonstige Osteoporose: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.86	Sonstige Osteoporose: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.87	Sonstige Osteoporose: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.88	Sonstige Osteoporose: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.89	Sonstige Osteoporose: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M81.9-	Osteoporose, nicht näher bezeichnet
M81.90	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen
M81.91	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M81.92	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M81.93	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M81.94	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M81.95	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M81.96	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M81.97	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M81.98	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M81.99	Osteoporose, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M82.0-*	Osteoporose bei Plasmozytom
M82.00*	Osteoporose bei Plasmozytom: Mehrere Lokalisationen
M82.01*	Osteoporose bei Plasmozytom: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M82.02*	Osteoporose bei Plasmozytom: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M82.03*	Osteoporose bei Plasmozytom: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M82.04*	Osteoporose bei Plasmozytom: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M82.05*	Osteoporose bei Plasmozytom: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M82.06*	Osteoporose bei Plasmozytom: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M82.07*	Osteoporose bei Plasmozytom: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M82.08*	Osteoporose bei Plasmozytom: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M82.09*	Osteoporose bei Plasmozytom: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M82.1-*	Osteoporose bei endokrinen Störungen
M82.10*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Mehrere Lokalisationen
M82.11*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M82.12*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M82.13*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M82.14*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M82.15*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M82.16*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M82.17*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M82.18*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M82.19*	Osteoporose bei endokrinen Störungen: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M82.8-*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten
M82.80*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Mehrere Lokalisationen
M82.81*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M82.82*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M82.83*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M82.84*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M82.85*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M82.86*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M82.87*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M82.88*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M82.89*	Osteoporose bei sonstigen anderenorts klassifizierten Krankheiten: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M84.4-	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert
M84.40	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Mehrere Lokalisationen
M84.41	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M84.42	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M84.43	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M84.44	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M84.45	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M84.46	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M84.47	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M84.48	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M84.49	Pathologische Fraktur, anderenorts nicht klassifiziert: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
#M90.7-*	Knochenfraktur bei Neubildungen
M90.70*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Mehrere Lokalisationen
M90.71*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Schulterregion [Klavikula, Skapula, Akromioklavikular-, Schulter-, Sternoklavikulargelenk]
M90.72*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Oberarm [Humerus, Ellenbogengelenk]
M90.73*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterarm [Radius, Ulna, Handgelenk]
M90.74*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Hand [Finger, Handwurzel, Mittelhand, Gelenke zwischen diesen Knochen]
M90.75*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Beckenregion und Oberschenkel [Becken, Femur, Gesäß, Hüfte, Hüftgelenk, Iliosakralgelenk]
M90.76*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Unterschenkel [Fibula, Tibia, Kniegelenk]
M90.77*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Knöchel und Fuß [Fußwurzel, Mittelfuß, Zehen, Sprunggelenk, sonstige Gelenke des Fußes]
M90.78*	Knochenfraktur bei Neubildungen: Sonstige [Hals, Kopf, Rippen, Rumpf, Schädel, Wirbelsäule]
M90.79*	Knochenfraktur bei Neubildungen: nicht näher bezeichnete Lokalisationen
Kapitel XIII, XVII, XIX	Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99)/ Angeborene Fehlbildungen, Deformitäten und Chromosomenanomalien (Q00-Q99)/ Verletzungen, Vergiftungen und bestimmte andere Folgen äußerer Ursachen (S00-T98)
	Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens (M40-M43)/ Spondylopathien (M45-M49)/ Sonstige Krankheiten der Wirbelsäule und des Rückens (M50-M54)/ Angeborene Fehlbildungen und Deformitäten des Muskel-Skelett-Systems (Q65-Q79)/ Verletzungen des Thorax (S20-S29)/ Verletzungen des Abdomens, der Lumbosakralgegend, der Lendenwirbelsäule und des Beckens (S30-S39)
	Wirbelgleiten / Spondylolisthesis / Spondylolyse, angeboren oder erworben
#M43.0-	Spondylolyse
M43.00	Spondylolyse: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M43.01	Spondylolyse: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M43.02	Spondylolyse: Zervikalbereich
M43.03	Spondylolyse: Zervikothorakalbereich
M43.04	Spondylolyse: Thorakalbereich
M43.05	Spondylolyse: Thorakolumbalbereich
M43.06	Spondylolyse: Lumbalbereich
M43.07	Spondylolyse: Lumbosakralbereich
M43.08	Spondylolyse: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M43.09	Spondylolyse: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M43.1-	Spondylolisthesis
M43.10	Spondylolisthesis: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M43.11	Spondylolisthesis: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M43.12	Spondylolisthesis: Zervikalbereich
M43.13	Spondylolisthesis: Zervikothorakalbereich
M43.14	Spondylolisthesis: Thorakalbereich
M43.15	Spondylolisthesis: Thorakolumbalbereich
M43.16	Spondylolisthesis: Lumbalbereich
M43.17	Spondylolisthesis: Lumbosakralbereich
M43.18	Spondylolisthesis: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M43.19	Spondylolisthesis: nicht näher bezeichnete Lokalisation

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
#M43.2-	Sonstige Wirbelfusion
M43.20	Sonstige Wirbelfusion: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M43.21	Sonstige Wirbelfusion: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M43.22	Sonstige Wirbelfusion: Zervikalbereich
M43.23	Sonstige Wirbelfusion: Zervikothorakalbereich
M43.24	Sonstige Wirbelfusion: Thorakalbereich
M43.25	Sonstige Wirbelfusion: Thorakolumbalbereich
M43.26	Sonstige Wirbelfusion: Lumbalbereich
M43.27	Sonstige Wirbelfusion: Lumbosakralbereich
M43.28	Sonstige Wirbelfusion: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M43.29	Sonstige Wirbelfusion: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M43.8-	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens
M43.80	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M43.81	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M43.82	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Zervikalbereich
M43.83	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Zervikothorakalbereich
M43.84	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Thorakalbereich
M43.85	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Thorakolumbalbereich
M43.86	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Lumbalbereich
M43.87	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Lumbosakralbereich
M43.88	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M43.89	Sonstige näher bezeichnete Deformitäten der Wirbelsäule und des Rückens: nicht näher bezeichnete Lokalisation
#M43.9-	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet
M43.90	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M43.91	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M43.92	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich
M43.93	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich
M43.94	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M43.95	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M43.96	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M43.97	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich
M43.98	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M43.99	Deformität der Wirbelsäule und des Rückens, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisation
M46.1	Sakroiliitis, anderenorts nicht klassifiziert
Q76.2	Angeborene Spondylolisthesis und Spondylolyse
Q76.21	Angeborene Spondylolisthesis
Q76.22	Angeborene Spondylolyse
	Bandscheibenerkrankungen (Bandscheibenvorfall, -verschleiß)
#M46.4-	Diszitis, nicht näher bezeichnet
M46.40	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Mehrere Lokalisationen der Wirbelsäule
M46.41	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Okzipito-Atlanto-Axialbereich
M46.42	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikalbereich
M46.43	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Zervikothorakalbereich
M46.44	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakalbereich
M46.45	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Thorakolumbalbereich
M46.46	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbalbereich
M46.47	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Lumbosakralbereich
M46.48	Diszitis, nicht näher bezeichnet: Sakral- und Sakrokokzygealbereich
M46.49	Diszitis, nicht näher bezeichnet: nicht näher bezeichnete Lokalisation
M50.0+	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Myelopathie
M50.1	Zervikaler Bandscheibenschaden mit Radikulopathie
M50.2	Sonstige zervikale Bandscheibenverlagerung
M50.3	Sonstige zervikale Bandscheibendegeneration
M50.8	Sonstige zervikale Bandscheibenschäden
M50.9	Zervikaler Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet
M51.0+	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Myelopathie
M51.1+	Lumbale und sonstige Bandscheibenschäden mit Radikulopathie
M51.2	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenverlagerung
M51.3	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibendegeneration

Kapitel ICD-10/ ICD-10-Code	Bezeichnung
M51.4	Schmorl-Knötchen
M51.8	Sonstige näher bezeichnete Bandscheibenschäden
M51.9	Bandscheibenschaden, nicht näher bezeichnet
S23.0	Traumatische Ruptur einer thorakalen Bandscheibe
S33.0	Traumatische Ruptur einer lumbalen Bandscheibe

ANHANG 1

zur ANLAGE 2 des HVM mit Wirkung ab dem 01.10.2020

Anpassungsfaktoren (APF) insbesondere zur Berücksichtigung der Veränderungen der Bewertung ärztlicher Leistungen des EBM

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Fachärzte für Innere und Allgemeinmedizin, Allgemeinmedizin, Praktische Ärzte, Fachärzte für Innere Medizin, die dem haus- ärztlichen Versorgungsbereich angehören	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0290
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0284
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0369
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5 Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8445
	Allergologie	0,8966
	Chirotherapie	0,9926
	Ergometrie	0,9903
	Hyposensibilisierung	1,0887
	Kleinchirurgie	1,0870
	Langzeit-Blutdruckmessung	0,7310
	Langzeit-EKG	0,8223
	Phlebologie	0,9600
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2728
	Prokto-/Rektoskopie	1,1060
Sonographie I	0,9111	
Sonographie III	0,8912	
Spirometrie	0,8837	
Fachärzte für Kinder- und Jugend- medizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0072
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0004
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,1002
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8435
	Allergologie	0,8914
	Hyposensibilisierung	1,0934
	Kinderendokrinologische Leistung	0,8373
	Neuropädiatrische Leistungen (Abschnitt 4.4.2 EBM)	1,1525
	Pädiatrisch-pneumologische Leistungen (Abschnitt 4.5.2 EBM)	0,8832
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2761
Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	0,9122	
Sozialpädiatrie	1,2718	
Fachärzte für Anästhesiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9280
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9157
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0325
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	Akupunktur	0,8376
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2764
Fachärzte für Augenheilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9783
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9782
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9847
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Fluoreszenzangiographie	1,0086
	Sonographie I	0,9042
Fachärzte für Chirurgie, Kinderchirurgie, Plastische Chirurgie, Neurochirurgie und Gefäßchirurgie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0222
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0398
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9384
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8724
	Behandlung von Hämorrhoiden	0,9107
	Phlebologie (30500 nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	0,9957
	Prokto-/Rektoskopie	1,1059
	Sonographie I	0,8744
	Sonographie III (nicht für FÄ für Gefäßchirurgie)	0,8160
	Teilradiologie	0,9461
Fachärzte für Frauenheilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0127
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0078
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0917
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	kurative Mammographie	1,0346
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	0,9162
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,9278
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2713
Sonographie III	0,8558	
Fachärzte für Frauenheilkunde mit fakultativer WB Endokrinologie und Reproduktionsmedizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0142
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9920
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,1570
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	kurative Mammographie	1,0340
	Mamma-Sonographie, Stanzbiopsie	0,9147
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2711
	Reproduktionsmedizin	1,0246
Sonographie III	0,8427	
Fachärzte für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0091
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0108
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9256

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Phoniatrie, Pädaudiologie	1,0116
	Sonographie I	0,8923
	Teilradiologie	0,9504
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0082
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0086
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9960
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
Fachärzte für Haut- und Geschlechtskrankheiten	Behandlung von Hämorrhoiden	0,8616
	Dopplersonographie der Extremitäten	0,8333
	Duplex-Sonographie	0,8211
	Hautsonographie mittels B-Mode-Verfahren	0,8654
	Phlebologie	0,9730
	Prokto-/Rektoskopie	1,1057
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2707
	Selektive Phototherapie	0,9559
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9479
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9571
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9090
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
Fachärzte für Innere Medizin ohne Schwerpunkt, die dem fachärztlichen Versorgungsbereich angehören	Akupunktur	0,8785
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,9090
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2752
	Sonographie I	0,9102
	Sonographie II	0,9103
	Sonographie III	0,8597
	Teilradiologie	0,9529
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9140
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9133
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9558
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Angiologie	Phlebologie	0,9451
	Sonographie I	0,9266
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Endokrinologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9283
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9634
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Gastroenterologie	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9700
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8305
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich	

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	(Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Sonographie III	0,8304
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Hämato-/ Onkologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0137
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0135
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,1950
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Gastroenterologie I	1,0778
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2717
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Kardiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9548
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9658
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9012
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Duplex-Sonographie	0,8987
	Sonographie I	0,9130
	Teilradiologie	0,9672
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach diagnostischer Koronarangiographie	0,9153
	Zusatzpauschale für Beobachtung nach therapeutischer Koronarangiographie	0,9144
	Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Pneumologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)
RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)		0,8913
QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)		0,9547
QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):		
Bronchoskopie		0,9032
Ergospirometrische Untersuchung		0,9681
Sonographie I		0,9105
Teilradiologie		0,9608
Fachärzte für Innere Medizin mit (Versorgungs-) Schwerpunkt Rheumatologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0314
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0332
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9651
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8485
	Teilradiologie	0,9666
Fachärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0876
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0888
Fachärzte für Mund-Kiefer- und Gesichtschirurgie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,1078
Fachärzte für	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0583

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Nervenheilkunde	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0690
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0022
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8296
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	1,0096
	Sonographie III	0,9315
Fachärzte für Neurologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0213
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0208
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0339
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8526
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,8933
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2699
Sonographie III	0,9292	
Fachärzte für Nuklearmedizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,8938
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9714
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8854
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	0,8870
	GOP 17320	0,8667
	GOP 17330, 17332	0,8459
	GOP 17331, 17333	0,8744
	GOP 17362	0,8006
	GOP 17363	0,9196
	GOP 17371, 17372, 17373	0,9686
GOP 33011, 33012	0,9063	
GOP 34410 bis 34452, 34492	0,8675	
Fachärzte für Orthopädie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9955
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0461
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8939
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8585
	Chirotherapie	0,9773
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	0,8521
	Teilradiologie	0,9440
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9922
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9993
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8803
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Otoakustische Emissionen	0,8768

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	Sonographie I	0,8921
Fachärzte für Physikalisch- rehabilitative Medizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9884
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9959
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9324
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8621
	Chirotherapie	0,9816
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2707
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0670
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0768
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0071
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	1,0071
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9126
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,2217
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8886
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	0,8907
	GOP 17320	0,8693
	GOP 17330, 17332	0,8466
	GOP 17331, 17333	0,8712
	GOP 17362	0,8006
	GOP 17363	0,9207
	GOP 17371, 17372, 17373	0,9631
	GOP 33011	0,9083
	GOP 33012	0,9071
	GOP 33041	0,9147
	GOP 33042	0,9117
	GOP 33070	0,9379
	GOP 34220	0,9597
	GOP 34221	0,9222
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297	0,9370
	GOP 34230	0,9491
	GOP 34231	0,9726
	GOP 34232	0,9350
	GOP 34233	0,9346
	GOP 34234	0,9603
	GOP 34237	1,0944
	GOP 34241	0,9622
	GOP 34242	0,9017
	GOP 34246	0,9570
	GOP 34247	0,9451

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	GOP 34251	0,9888
	GOP 34255	1,0328
	GOP 34270	1,0343
	GOP 34271	1,0432
	GOP 34272	1,0944
	GOP 34275	1,0758
	GOP 34282	0,9300
	GOP 34285	0,9958
	GOP 34286	1,0018
	GOP 34294	0,8759
	GOP 34310	0,8710
	GOP 34311	0,8922
	GOP 34320	0,8755
	GOP 34322	0,8809
	GOP 34330	0,8889
	GOP 34340	0,8770
	GOP 34341	0,8851
	GOP 34343	0,8772
	GOP 34344	0,9174
	GOP 34350	0,8798
	GOP 34351	0,8803
	GOP 34410	0,8698
	GOP 34411	0,8701
	GOP 34422	0,8695
	GOP 34431	0,9162
	GOP 34440	0,8691
	GOP 34441	0,8708
	GOP 34442	0,8693
	GOP 34450	0,8697
	GOP 34451	0,8698
	GOP 34452	0,8536
	GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490	0,8700
	GOP 34492	0,8533
	GOP 34504	0,9835
	GOP 34505	0,9807
Fachärzte für Urologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0421
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0609
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9674
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2731
	Sonographie I	0,9416
	Stoßwellenlithotripsie	1,1416
	Teilradiologie	1,0049

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
Fachärzte für Nervenheilkunde	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0583
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0690
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0022
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8296
	Betreuung neurologisch bzw. psychisch Kranker im sozialen Umfeld	1,0096
	Sonographie III	0,9315
Fachärzte für Neurologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0213
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0208
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0339
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8526
	Praxisklinische Beobachtung und Betreuung	0,8933
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2699
Sonographie III	0,9292	
Fachärzte für Nuklearmedizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,8938
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9714
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8854
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	0,8870
	GOP 17320	0,8667
	GOP 17330, 17332	0,8459
	GOP 17331, 17333	0,8744
	GOP 17362	0,8006
	GOP 17363	0,9196
	GOP 17371, 17372, 17373	0,9686
	GOP 33011, 33012	0,9063
	GOP 34410 bis 34452, 34492	0,8675
Fachärzte für Orthopädie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9955
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0461
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8939
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8585
	Chirotherapie	0,9773
	Sonographie I (inkl. Hüftsonographie)	0,8521
	Teilradiologie	0,9440
Fachärzte für Phoniatrie und Pädaudiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9922
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9993
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8803
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	Otoakustische Emissionen	0,8768
	Sonographie I	0,8921
Fachärzte für Physikalisch- rehabilitative Medizin	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9884
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9959
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9324
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Akupunktur	0,8621
	Chirotherapie	0,9816
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2707
Fachärzte für Psychiatrie und Psychotherapie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0670
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0768
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0071
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Betreuung psychisch Kranker im sozialen Umfeld	1,0071
Fachärzte für Diagnostische Radiologie	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	0,9126
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,2217
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,8886
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	GOP 17310, 17311, 17312, 17360	0,8907
	GOP 17320	0,8693
	GOP 17330, 17332	0,8466
	GOP 17331, 17333	0,8712
	GOP 17362	0,8006
	GOP 17363	0,9207
	GOP 17371, 17372, 17373	0,9631
	GOP 33011	0,9083
	GOP 33012	0,9071
	GOP 33041	0,9147
	GOP 33042	0,9117
	GOP 33070	0,9379
	GOP 34220	0,9597
	GOP 34221	0,9222
	GOP 34223, 34235, 34236, 34284, 34293, 34297	0,9370
	GOP 34230	0,9491
	GOP 34231	0,9726
	GOP 34232	0,9350
	GOP 34233	0,9346
	GOP 34234	0,9603
	GOP 34237	1,0944
	GOP 34241	0,9622
	GOP 34242	0,9017
GOP 34246	0,9570	

Arztgruppe	Leistungsbedarf	APF
	GOP 34247	0,9451
	GOP 34251	0,9888
	GOP 34255	1,0328
	GOP 34270	1,0343
	GOP 34271	1,0432
	GOP 34272	1,0944
	GOP 34275	1,0758
	GOP 34282	0,9300
	GOP 34285	0,9958
	GOP 34286	1,0018
	GOP 34294	0,8759
	GOP 34310	0,8710
	GOP 34311	0,8922
	GOP 34320	0,8755
	GOP 34322	0,8809
	GOP 34330	0,8889
	GOP 34340	0,8770
	GOP 34341	0,8851
	GOP 34343	0,8772
	GOP 34344	0,9174
	GOP 34350	0,8798
	GOP 34351	0,8803
	GOP 34410	0,8698
	GOP 34411	0,8701
	GOP 34422	0,8695
	GOP 34431	0,9162
	GOP 34440	0,8691
	GOP 34441	0,8708
	GOP 34442	0,8693
	GOP 34450	0,8697
	GOP 34451	0,8698
	GOP 34452	0,8536
	GOP 34470, 34475, 34480, 34485, 34486, 34489, 34490	0,8700
	GOP 34492	0,8533
	GOP 34504	0,9835
	GOP 34505	0,9807
	RLV/QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 1)	1,0421
	RLV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	1,0609
	QZV-Leistungsbedarf (Anlage 2 Schritt 3, Abs. 2b)	0,9674
	QZV-Leistungsbedarf je Leistungsbereich (Anlage 2 Schritt 5, Abs. 2):	
	Psychosomatische Grundversorgung, Übende Verfahren	1,2731
	Sonographie I	0,9416
	Stoßwellenlithotripsie	1,1416
	Teilradiologie	1,0049
Fachärzte für Urologie		

ANHANG 2
zur ANLAGE 2
des HVM mit Wirkung ab dem 01.11.2020

Infektionssprechstunden zur Behandlung von symptomatischen Corona-Patienten

Zur Sicherstellung der vertragsärztlichen Versorgung und Strukturen während der sog. Corona-Pandemie sowie zur Abwehr einer weiteren Verbreitung von Covid-19 gilt es Patientengruppen mit und ohne Covid-19 Symptomen konsequent zu trennen. Dies soll durch die Einrichtung gesonderter Infektionssprechstunden zur Behandlung von symptomatischen Corona-Patienten (Patienten, die aufgrund eines klinischen Verdachts oder einer nachgewiesenen Infektion mit dem Virus SARS-CoV-2 mit der Symbolnummer 88240 gekennzeichnet sind) erreicht werden. Zur Förderung der Einrichtung dieser Infektionssprechstunden erfolgt eine zusätzliche Vergütung nach den folgenden Symbolnummern:

Symbolnummer	Beschreibung	Bewertung
SNR 97150	Zusatzpauschale zur Versicherten- oder Grundpauschale, wenn die Behandlung eines Corona-Patienten im Rahmen einer räumlich und/oder zeitlich getrennten Infektionssprechstunde an einem Werktag (außer Samstag) erfolgt. Einmal im Behandlungsfall	10 Euro
SNR 97151	Zusatzpauschale zur Versicherten- oder Grundpauschale, wenn die Behandlung eines Corona-Patienten im Rahmen einer räumlich und/oder zeitlich getrennten Infektionssprechstunde an einem Samstag erfolgt. Einmal im Behandlungsfall	15 Euro

Die SNR 97150 und 97151 sind nur abrechnungsfähig, wenn die Praxis insgesamt mindestens 20 Corona-Patienten im Quartal behandelt.

Die SNR 97150 und 97151 sind nicht nebeneinander abrechnungsfähig.

Die SNR 97150 und 97151 sind im Rahmen des organisierten Notfalldienstes nicht berechnungsfähig.