

Aufwandsvergütung in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie

Der Vergütung der im Rahmen des BKK.Mein Facharzt Modul Kardiologie zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Leistungen zur Vergütung des Aufwandes in der Vitamin-K-Antagonisten-Therapie liegen folgende Rahmenbedingungen zu Grunde:

I. Ziel und Definition der Therapie

Ziel des Anhang 7 zur Anlage 12 ist es, den Aufwand für die Behandlung mit Vitamin-K-Antagonisten zu honorieren. Als Vitamin-K-Antagonisten werden die Wirkstoffe Warfarin und Phenprocoumon definiert. Als direkte orale Antikoagulantien (DOAK) werden die Wirkstoffe Apixaban, Rivaroxaban und Dabigatran etexilat definiert. DOAKs, die zukünftig für den deutschen Markt zugelassen werden, werden automatisch ab dem Tag der Aufnahme in den IFA-Datenbestand in die definierten Wirkstoffe der DOAK-Verordnungen einbezogen.

II. Vergütungsziffern

Zur Unterstützung der Vitamin-K-Antagonisten Therapie werden zwei Vergütungsziffern angelegt. Folgende Regelungen bestehen:

a) Pauschale bei Einstellung auf dauerhafte Vitamin K-Antagonisten- Therapie

- Vergütungsposition: E12
- Inhalt: Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen der Therapie und Therapiealternativen; Ernährungsberatung (Vitamin K), Arzt-Patient-Kontakt, Bedeutung der Mitarbeit des Patienten und regelmäßiger Kontrollen, Ausstellen und Erläuterung der Handhabung des Passes
- Vergütungsregel: Der betreuende FACHARZT erhält eine einmalige Vergütung für die erstmalige Einstellung eines Patienten auf eine Vitamin K-Antagonisten-Therapie mit Warfarin oder Phenprocoumon bzw. für die Umstellung auf Warfarin oder Phenprocoumon. Erstmalig bedeutet hierbei: erstmalig: in den letzten fünf Quartalen (Betrachtungsquartal + 5 Vorquartale) vor Verordnung des VKA liegt in den Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkasse keine VKA-Verordnung vor.
- Vergütungshöhe: 120,00 € einmal pro Versicherten
- Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal
- Es muss mindestens ein ICD-10 Code der folgenden ICD-10 Gruppen vorliegen und als Abrechnungsdiaagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“:

Krankheitsbild	ICD-10 Gruppe
Ischämische Herzkrankheit	I21.-; I22.-; I23.-; I24.0; I25.2-
Lungenembolie	I26.-; I27.20
Vorhofflimmern, -flattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I63.-; I65.-; I66.-; I69.-
Arterielle Embolien	I74.-
Thrombosen	I80.-; I81.-; I82.-; I83.-
Kardiale/ vaskuläre Implantate/ Transplantate	Z95.-
Sonstige Koagulopathien	D68.5; D68.6

- Die E12 kann nicht im gleichen Quartal neben der Einzelleistung E13 abgerechnet werden.

b) Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie

- Vergütungsposition: E13
- Inhalt: Laboruntersuchungen, Führen des Passes, Terminmanagement, Einwirken auf die Ad-härenz des Patienten, Arzt-Patient-Kontakt
- Vergütungsregel: Der betreuende FACHARZT kann bei einem HZV- (im Rahmen der Sofortabrechnung nach Einschreibung) bzw. FAV-Versicherten, der auf eine VKA-Therapie eingestellt ist, den Aufwand der Behandlung abrechnen.
- Vergütungshöhe: 15,00 € pro Quartal pro Versicherten
- Arzt-Patienten-Kontakt muss stattgefunden haben im Abrechnungsquartal
- Es muss mindestens ein ICD-10 Code der folgenden ICD-10 Gruppen vorliegen und als Abrechnungsdiagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“:

Krankheitsbild	ICD-10 Gruppe
Ischämische Herzkrankheit	I21.-; I22.-; I23.-; I24.0; I25.2-
Lungenembolie	I26.-; I27.20
Vorhofflimmern, -flattern	I48.-
Herzinsuffizienz	I50.-
Zerebrovaskuläre Krankheiten	I63.-; I65.-; I66.-; I69.-
Arterielle Embolien	I74.-
Thrombosen	I80.-; I81.-; I82.-; I83.-
Kardiale/ vaskuläre Implantate/ Transplantate	Z95.-
Sonstige Koagulopathien	D68.5; D68.6

- Die E13 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguChek®) für diesen Patienten nicht abrechenbar, unabhängig davon, von wem die Messstreifen verordnet wurden.
- Die E 13 kann nicht im gleichen Quartal neben der Einzelleistung E12 abgerechnet werden.
- Sollte im Abrechnungsquartal der E13 eine vergütete Z1a/b/c Buchung (Zuschlag für weitere persönliche Arzt-Patienten-Kontakte) für einen FAV-Versicherten anfallen, für den auch eine E13 abgerechnet wurde, erfolgt eine Kürzung der E13.

Ein Patient mit VKA-Therapie wird dadurch identifiziert, dass ihm in den letzten 5 Quartalen entweder ausschließlich und mind. einmal VKA-Präparate (und keine DOAKs) verordnet wurden oder zwar zunächst DOAKs verordnet wurden, sodann aber VKAs.

III. Stornierung der Leistung E 12

Die Leistung E 12 kann storniert werden, wenn innerhalb von fünf Quartalen nach Abrechnung der Leistung von einem/r beliebigen Arzt/Ärztin ein DOAK für den Versicherten verordnet wurde. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder auch Klinikambulanz werden nicht berücksichtigt. Die Stornierung erfolgt rückwirkend anteilig für jedes der fünf nicht vollendeten Quartale mit einer VKA-Therapie des Versicherten, d.h. es wird 1/5 (24,00 €) je Quartal von der Vergütung zurückgefordert. Ausgenommen von der Stornierung der Leistung sind Ärzte, die innerhalb des vorgegeben Zeitraums ihre Praxistätigkeit oder Vertragsteilnahme beenden.

Grundlage für die Abrechnung der E12 und E13 ist die kontinuierliche sowie umfassende Betreuung durch den FACHARZT. Bei paralleler Abrechnung von E12 oder E13 im selben Quartal durch den HAUSARZT und FACHARZT erfolgt eine Kürzung der E12 oder E13 beim FACHARZT. Für E12 gilt die Kürzungsregelung ab dem Quartal, in dem der Anteil der Parallelabrechnungen die Schwelle von 1 % an allen Einstellungspauschalen VKA (HAUSARZT und FACHARZT) übersteigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkasse.

IV. Abrechnung

Die Vergütung erfolgt im Rahmen der quartalsweisen Abrechnung des Vertrages mittels der Vertragssoftware.