

Aufwandsvergütung in der Vitamin K-Antagonisten-Therapie

Der Vergütung der im Rahmen des HzV-Vertrages 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 Anhangs 5 zur Anlage 3 ist es, den erheblichen 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 der Lauer-Taxe in die definierten Wirkstoffe der DOAK-Verordnungen einbezogen.

II. Vergütungsziffern

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

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

- Vergütungsposition: 56091
- 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 Hausarzt 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, dass erstmalig in den letzten fünf Quartalen (Betrachtungsquartal + 5 Vorquartale) vor Verordnung des VKA in den Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkasse keine VKA-Verordnung vorliegt.
- Vergütungshöhe: 120,00 € einmal pro Versicherten
- Es muss ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal stattgefunden haben
- 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 56091 kann nicht im gleichen Quartal neben der Einzelleistung 56092 abgerechnet werden.

b) Aufwandspauschale bei dauerhafter Vitamin K-Antagonisten-Therapie

- Vergütungsposition: 56092
- Inhalt: Laboruntersuchungen, Führen des Passes, Terminmanagement, Einwirken auf die Adhärenz des Patienten, Arzt-Patient-Kontakt
- Vergütungsregel: Der betreuende Hausarzt kann bei einem HzV-Versicherten, der auf eine VKA-Therapie eingestellt ist, den Aufwand der Behandlung abrechnen.
- Vergütungshöhe: 15,00 € pro Quartal pro Versicherten
- Es muss ein Arzt-Patienten-Kontakt im Abrechnungsquartal stattgefunden haben
- 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 56092 ist bei Verordnung von Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung (z.B. CoaguCheck®) für diesen Patienten nicht abrechenbar.

- Die 56092 kann nicht im gleichen Quartal neben der Einzelleistung 56091 abgerechnet werden.

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. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkasse.

III. Stornierung der Leistung 56091 und 56092

Die Leistung 56091 kann storniert werden, wenn innerhalb von fünf Quartalen nach Abrechnung der Leistung von einem beliebigen Arzt ein DOAK für den Versicherten verordnet wurde. Abgaben oder Verordnungen durch den stationären Sektor oder auch Klinikambulanzen werden nicht berücksichtigt. Grundlage hierfür sind die Abrechnungsdaten der Betriebskrankenkasse. 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. Die Leistung 56092 wird storniert, wenn im Bezugsquartal von einem/r beliebigen Arzt/Ärztin ein DOAK und danach kein VKA für den Versicherten verordnet wurde.

IV. Abrechnung

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