

## **Anlage 7 - Indikationsbezogene Leistungen und Module**

### **Modul 7.4. Pharmakotherapie/Arzneimittelmanagement**

#### **7.4.1. Antikoagulation mit Vitamin-K-Antagonisten**

Die Versorgung der Versicherten mit Arzneimitteln ist ein wesentlicher Bestandteil der hausärztlichen Versorgung und demzufolge auch eines der großen Fokusthemen der gemeinschaftlichen Arbeit im Rahmen der hausarztzentrierten Versorgung.

In Ergänzung des Moduls 7.4 „Pharmakotherapie“ soll dieses Modul innerhalb der hausarztzentrierten Versorgung eine weitere Optimierung der Leistungserbringung im Bereich der Pharmakotherapie – und insbesondere bei einer medizinisch erforderlichen Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten - bewirken. Im Rahmen der hausärztlichen Versorgung wird den Versicherten eine qualitätsgesicherte und bedarfsgerechte Pharmakotherapie gewährt. Darüber hinaus soll dieses Versorgungsmodul dazu beitragen, eine wirtschaftliche Pharmakotherapie im ambulanten Sektor zu stärken.

#### **I. Ziele**

Das Versorgungsmodul „Pharmakotherapie – Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten“ soll die leitliniengerechte Versorgung von Versicherten der teilnehmenden Betriebskrankenkassen in der hausarztzentrierten Versorgung unterstützen. Mit diesem Modul soll die Qualität und Sicherheit in der Arzneimittelversorgung verbessert werden.

Zum Abbau von Über- und Fehlversorgungen und Sicherung einer qualitativ hoch stehenden Versorgung im Arzneimittelbereich entwickeln die Vertragspartner, basierend auf den aktuellen Therapierichtlinien, Empfehlungen für eine optimierte und zielgerichtete Medikamentenverordnung im Rahmen der Gesamtbehandlung der eingeschriebenen Versicherten.

Durch eine Verbesserung der Compliance sollen die Arzneimittel wirtschaftlicher und effektiver eingesetzt werden. Es werden mindestens 1/3 der verordneten Medikamente von den Versicherten nicht eingenommen. Im Einzelnen soll u.a. vermieden werden, dass Versicherte

- ausgestellte Rezepte nicht in der Apotheke einlösen,
- bestimmte Arzneimittel weglassen,
- Einnahmefehler in Form von zu geringer oder zu hoher Dosierung vornehmen,
- den falschen Einnahmezeitpunkt wählen,
- eine falsche Medikamenteneinnahme, nüchtern bzw. zum Essen durchführen,
- einen zu frühen Therapieabbruch (z.B. bei Antibiotikaeinnahme) vornehmen
- zusätzliche Arzneimittel ohne Information des behandelnden Hausarztes aufgrund von Mehrfachverordnungen, nicht aufeinander abgestimmten Verordnungen, Ärztehopping oder privaten Arzneimittelkauf (Polypharmazie i.V.m. Arzneimitteltherapiesicherheit/AMTS) einnehmen.

## II. Teilnahmevoraussetzungen für Versicherte

Dieses Modul gilt für alle Versicherten der am Vertrag zur hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Krankenkassen, die seit Inkrafttreten dieses Moduls ab 01.04.2016, erstmalig auf eine Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten eingestellt werden.

## III. Leistungsinhalt

### Versorgung mit Vitamin K-Antagonisten

Die Therapie im Rahmen dieses Versorgungsmoduls richtet sich nach den Leitlinien der DEGAM (Deutsche Gesellschaft für Allgemeinmedizin) der Leitliniengruppe Hessen und den Empfehlungen der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft in der jeweils gültigen Fassung.

Für den besonderen Betreuungsaufwand bei eingeschriebenen HZV-Versicherten, die seit Inkrafttreten dieses Moduls ab 01.04.2016 erstmalig auf eine Antikoagulation mit Vitamin K-Antagonisten eingestellt werden, erhält der teilnehmende Hausarzt folgende Vergütung:

Pauschale bei Ersteinstellung VKA-Pharmakotherapie (P 1)	<b><u>Einmalig je Versicherten</u></b> bei erstmaliger Ein- bzw. Umstellung einer aufgrund eines stationären Aufenthalts bedingten Neuumstellung des HZV-Versicherten auf eine Vitamin-K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie) bei den unten angegebenen Krankheitsbildern	€ 15,00	90506
Pauschale bei Ersteinstellung VKA-Pharmakotherapie (P 2)	<b><u>Einmalig je Versicherten</u></b> bei erstmaliger Ein- bzw. Umstellung des HZV-Versicherten auf eine Vitamin-K-Antagonisten-Therapie (VKA-Therapie) bei den unten angegebenen Krankheitsbildern	€ 15,00	90507
Betreuungspauschale VKA-Pharmakotherapie (P 3)	<b><u>Kontaktabhängige</u></b> quartalsweise Vergütung für die Betreuung eingeschriebener Versicherter. Die Vergütung beinhaltet den erhöhten Betreuungsaufwand und die kontinuierliche Führung und Koordination der Pharmakotherapie bei mit VKA behandelten Patienten, einschließlich Kontrolle und Dokumentation der Gerinnungswerte und Sicherstellung der kontinuierlich notwendigen Therapieanpassungen, schriftlicher Therapieanweisungen für	€ 10,00	90508

	<p>den Versicherten und/oder Betreuungspersonen.</p> <p>Die Pauschale P3 ist nicht abrechenbar bei Patienten, die ei Selbstmanagement mit Messstreifen zur trockenchemischen INR-Bestimmung durchführen.</p> <p>Die Vergütung ist 1x je Quartal je Versicherten abrechenbar, erstmalig im auf die Ein-/Umstellung (P2) folgenden Quartal.</p>		
--	---	--	--

Die o.g. Vergütungen sind bei folgenden Krankheitsbildern abrechenbar:

- Vorhofflimmern, -flattern 148.-
- Ischämische Herzkrankheit I21.-; I22.-; I23.-; I24.0; I25.2-
- Herzinsuffizienz I50.-
- Kardiale/vaskuläre Implantate/Transplantate Z95.-
  
- Lungenembolie I26.-; I27.20
- Thrombosen I80.-; I81.-; I82.-; I83.-
- Sonstige Koagulopathien D68.5; D68.6
  
- Zerebrovaskuläre Krankheiten I63.-; I65.-; I66.-; I69.
- Arterielle Embolien 74.-

Es muss mindestens ein ICD-10 Code der genannten ICD-10 Gruppen vorliegen und als Abrechnungsdiagnose übermittelt werden, jeweils endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für „Gesichert“.

Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte im Rahmen der Regelversorgung erfolgen grundsätzlich nach Maßgabe des EBM, auf Basis gesamtvertraglicher Regelungen, bestehender Sonderverträge und des jeweils gültigen Honorarvertrags.

Die Auszahlung und Finanzierung der vorgenannten Vergütung erfolgt außerhalb der MGV. Die Pauschale P3 kann storniert werden, wenn in den entsprechenden Quartalen neue orale Antikoagulantien (NOAKs) für den Versicherten verordnet wurden. Der Arzt rechnet die Leistungen im Rahmen seiner regulären Quartalsabrechnungen mit der KV RLP über die definierte Pseudoziffer ab; die KV RLP ist berechtigt, die üblichen Verwaltungskosten in Abzug zu bringen.

Die Umsetzung der Inhalte dieses Moduls wird in den Qualitätszirkeln nach § 8 Abs. 4 d des Vertrages überprüft.

## **IV. Abrechnung**

### **1. Abrechnung der Vergütung**

- (1) Leistungen nach diesem Modul sind nur von Vertragsärzten mit Sitz in Rheinland-Pfalz, die ihre Teilnahme am Vertrag erklärt haben und für Versicherte der teilnehmenden BKK, die sich in die hausarztzentrierte Versorgung eingeschrieben haben abrechenbar.
- (2) Die teilnehmenden Vertragsärzte rechnen für ihre Leistungen die entsprechenden Pauschalen nach diesem Versorgungsmodul unter Angabe der jeweils entsprechenden Abrechnungsnummer quartalsweise über die Kassenärztliche Vereinigung Rheinland-Pfalz (KV RLP) ab. Die KV RLP ist berechtigt für die Umsetzung dieses Versorgungsmoduls auf die nach diesem Modul abgerechneten Vergütungspauschalen die jeweils gültigen Verwaltungskostensätze von den Vertragsärzten zu erheben.
- (3) Die Betreuungspauschalen (Abr.-Nr. 90506, 90507, 90508) sind nur abrechnungsfähig, wenn die in den Leistungsbeschreibungen definierten Abrechnungsvoraussetzungen erfüllt sind und der besondere Betreuungsaufwand durch den Arzt unter Angabe der zutreffenden, in dieser Anlage aufgeführten, ICD-Kodierung endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für gesichert bei der Abrechnung dokumentiert wurde.
- (4) Die KV RLP prüft, ob die für die Abrechnung der Betreuungspauschalen erforderlichen ICD-Kodierungen endstellig und mit dem Diagnosezusatz „G“ für gesichert, angegeben wurden. Ferner stellt die KV RLP sicher, dass die Abr.-Nr. 90508 nur einmal im Quartal und Versicherten und erstmals in einem Folgequartal nach Abrechnung der Abr.-Nr. 90507 abgerechnet wird.
- (5) Die jeweilige Krankenkasse prüft die weiteren in den Leistungsbeschreibungen definierten Abrechnungsvoraussetzungen.
- (6) Die KV RLP prüft, ob die Abrechnungsnummern von einem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt (BSNR) abgerechnet wurde.
- (7) Die jeweilige Krankenkasse prüft, ob die Abrechnungsnummern von einem an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Arzt (BSNR) für einen bei ihm eingeschriebenen Versicherten abgerechnet wurden.
- (8) Ergibt die Abrechnungsprüfung nach Abs. 4 bzw. 6, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung der Abr.-Nrn. nicht erfüllt sind, wird die Abrechnung des Arztes von der KV RLP sachlich-rechnerisch berichtigt. Sofern der Vertragsarzt (zum Beispiel im Rahmen der Abrechnung oder des Widerspruchsverfahrens) nachweisen kann, dass die Absetzung zu Unrecht erfolgte, wird die Leistung gegebenenfalls nachträglich von der KV RLP vergütet und der zuständigen BKK in Rechnung gestellt.
- (9) Ergibt die Abrechnungsprüfung nach Abs. 5 bzw. 7, dass die Voraussetzungen für die Abrechnung der Abr.-Nrn. nicht erfüllt sind, können die Krankenkassen Berichtigungen, die sich bei der Prüfung der Abrechnung auf sachliche und rechnerische Richtigkeit er-

geben, bei der KV RLP binnen einer Frist von einem Jahr nach Zugang der Abrechnung geltend machen

- (10) Die Vergütung nach diesem Versorgungsmodul wird gegenüber dem teilnehmenden Arzt im Rahmen des Honorarbescheides außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung (mGV) gezahlt und darin gesondert ausgewiesen.
- (11) Die KV RLP stellt der zuständigen BKK die Vergütungen für Leistungen nach diesem Versorgungsmodul im Rahmen der quartalsweisen Rechnungslegung für vertragsärztliche Leistungen in Rechnung.
- (12) Die Leistungen nach diesem Versorgungsmodul werden im Formblatt 3 (Konto 408 bis in Ebene 6) ausgewiesen und von der BKK RPS außerhalb der mGV gezahlt.
- (13) Im Übrigen gelten – soweit anwendbar – insbesondere für den Zahlungsverkehr und die Rechnungslegung die zwischen der KV RLP und dem BKK LV vereinbarten Regelungen zum Gesamtvertrag analog.

## **2. Datenlieferung**

- (1) Der Umfang der Datenlieferung im Rahmen der Rechnungslegung entspricht den Vorgaben des § 295 SGB V; es gelten die zwischen der KV RLP und dem BKK LV vereinbarten Regelungen zum Datenaustausch analog.
- (2) Die KV RLP liefert dem BKK LV spätestens bis zum 15. des vierten Monat nach dem jeweiligen Abrechnungsquartal Informationen über die abgerechneten Leistungen im Rahmen des Versorgungsmoduls. Über die Inhalte verständigen sich die Vertragspartner schriftlich.

Koblenz, Mainz, .....

BKK-Landesverband Mitte  
Regionalvertretung Rheinland-Pfalz  
und Saarland

Kassenärztliche Vereinigung  
Rheinland-Pfalz

---

Armin Schimsheimer  
Regionalvertreter  
Rheinland-Pfalz und Saarland

---

Dr. Sigrid Ultes-Kaiser  
Vorsitzende des Vorstandes

Deutscher Hausärzteverband  
Landesverband Rheinland-Pfalz e.V.

---

Dr. Burkhard Zwerenz  
Landesvorsitzender