

Anlage 15

zur Vereinbarung zur Optimierung der Versorgung von Versicherten mit Koronarer Herzkrankheit (KHK) im Rahmen strukturierter Behandlungsprogramme nach § 137f SGB V

Vergütung DMP-Leistungen

I. Übersicht Vergütung

| Leistung | Details | SNR | Vergütung in EUR |
|--|---|--------|------------------|
| Qualitätsmanagement zur Haltearbeit | Haltearbeit zur kontinuierlichen Behandlung und Betreuung von DMP-Teilnehmern zur Vermeidung von Folgekrankheiten bzw. Verschlimmerung des Krankheitszustands. Unterstützung des Patienten zum Selbstmanagement. | | |
| | Dokumentationsfrequenz 3 Monate | 90051A | 10,00 |
| | Dokumentationsfrequenz 6 Monate | 90051B | 20,00 |
| Elektronische Erstdokumentation | Elektronische Erstellung der Dokumentation mittels Praxissoftware und Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle. | 90281 | 10,00 |
| Elektronische Folgedokumentation | Elektronische Erstellung der Dokumentation mittels Praxissoftware und Übermittlung der Dokumentation an die Datenstelle. | 90282 | 10,00 |

* Automatisierte Auszahlung auf Grundlage Abschnitt II. (2) durch die KVWL; kein Eintrag in der ärztlichen Abrechnung durch die Praxis notwendig.

II. Abrechnungsprüfung

(1) Basis für die Abrechnung der Leistungen sind die o.a. Symbolnummern, die in der Abrechnung der ärztlichen Leistungen erfasst werden. Ergänzend stellt die Datenstelle der KVWL die Auswertungen zu vergütungsfähigen Erst- und Folgedokumentationen regelmäßig quartalsweise zur Verfügung (Vergütungsdatei). Dieser Nachweis ist maßgeblich zur Berechnung der Zahlungsverpflichtung der Krankenkassen an die KVWL und wird von der KVWL der Abrechnungsprüfung zugrunde gelegt. Die Symbolnummern sind nur vergütungsfähig, wenn für den betreffenden Patienten in den Vergütungsdateien der vorangegangenen drei Quartale eine vergütungsfähige Dokumentation für den

betreffenden Patienten ausgewiesen ist. Die Datenstelle unterstützt die KVWL bei Fragen zur Abrechnung. Die Pauschale „Qualitätsmanagement zur Haltearbeit“ wird automatisiert ausgezahlt (vgl. Abschnitt II.).

- (2) Die KVWL prüft die Plausibilität der Abrechnung auf Basis der Auswertungen der Datenstelle. Eine gemeinsame Arbeitsgruppe der KVWL und der Krankenkassen/-verbände erörtert quartalsweise die Ergebnisse der Abrechnungsprüfung und stimmt weitere Maßnahmen ab bzw. unterstützt durch gezielte Arztinformationen die Arztpraxen bei der Abrechnung.
- (3) Maßgebend für die Abrechnungsprüfung sind ausschließlich vollständige, plausible und innerhalb der nach der RSAV geltenden Dokumentationsfristen erstellten/übermittelten Dokumentationen. Die Datenstelle informiert darüber hinaus die KVWL über von Ärzten übermittelte fehlerhafte Dokumentationen (einschließlich Überschreitung Dokumentationsfristen).

Bei einem Dokumentationsintervall von drei Monaten kann je Patient/je Arzt und Quartal höchstens eine Abrechnungsziffer für Dokumentationen vergütet werden.

Bei einem Dokumentationsintervall von sechs Monaten kann je Patient/je Arzt und Halbjahr (zwei Quartale) höchstens eine Abrechnungsziffer für Dokumentationen vergütet werden.

- (4) Bei der Abrechnungsprüfung für die Pauschale „Qualitätsmanagement zur Haltearbeit“ werden folgende Kriterien angewandt:
 - Einschreibung gemäß § 15 im lfd. Quartal,
 - Einschreibung gemäß § 15 im vorherigen Dokumentationszeitraum der Abrechnung,
- (5) Von den Vertragsparteien ist beabsichtigt, zukünftig für die Pauschale „Qualitätsmanagement Haltearbeit“ weitere Qualitätskriterien einzuführen. Dadurch soll die Vergütung hinsichtlich der Qualität der Versorgung stärker ergebnisorientiert gestaltet werden. Die Einführung weiterer Qualitätskriterien wird jeweils zum 31.12. eines jeden Kalenderjahres von den Vertragsparteien überprüft. Insbesondere sind für eine Einführung von Qualitätskriterien die Ergebnisse der ärztlichen Qualitätssicherung

auszuwerten und zu berücksichtigen.

- (6) Die Pauschalen „Qualitätsmanagement Haltearbeit“ und „Dokumentation“ werden nicht vergütet, sofern im Abrechnungszeitraum keine gesicherte Diagnose KHK in der Abrechnung nachgewiesen ist. Die Umsetzung dieser Regelung ist durch die Plausibilitätsprüfungen der KVWL im Rahmen der ärztlichen Abrechnung sicherzustellen.
- (7) Mehrfacheinschreibungen - ein Arzt schreibt einen Versicherten zeitgleich in mehrere DMP ein - werden nicht vergütet. Eine Ausnahme liegt dann vor, sofern der Versicherte sich parallel bei zwei unterschiedlichen koordinierenden Ärzten für dasselbe DMP bzw. zwei unterschiedlichen koordinierenden Ärzten in unterschiedliche DMP eingeschrieben hat. Sofern Versicherte von verschiedenen Ärzten in verschiedenen DMP eingeschrieben werden, besteht ein Vergütungsanspruch für den jeweiligen einschreibenden Arzt.
- (8) Die Rechnungslegung der Abrechnungsziffern/Symbolnummern erfolgt über das Formblatt 3 auf der Ebene 6 in der jeweils gültigen Fassung; über ggf. notwendige Anpassungen informiert die Geschäftsführung der Arbeitsgemeinschaft DMP die KVWL.

III. Diagnosesicherung

- (1) Der koordinierende Arzt bestätigt auf der Teilnahme-/Einwilligungserklärung des Versicherten nach der Anlage 13 die gesicherte Diagnose. Diese Verpflichtung ergibt sich aus den Versorgungsinhalten nach den Anlagen 5 der DMP-A-RL und 8 dieser Vereinbarung in Verbindung mit den Anlagen 2 und 6 der DMP-A-RL zu den Dokumentationsparametern.
- (2) In der ärztlichen Abrechnung sind die mit der Erkrankung korrespondierenden ICD-Schlüssel exakt zu erfassen (ggf. 5stellige ICD-Kodierung). Insbesondere sollen der Schweregrad der Erkrankung sowie Komplikationen (z.B. Nierenerkrankung) und Begleiterkrankungen (z.B. Hypertonie, Diabetes etc.), die im Zusammenhang mit der Indikation KHK/chronische Herzinsuffizienz stehen, bei der Verschlüsselung berücksichtigt werden.

Auszug/Beispiele ICD-Schlüssel zur gesicherten DMP-Diagnose

Koronare Herzkrankheit / andere chronisch-ischämische Erkrankungen des Herzens

| Bezeichnung | ICD |
|--|------------|
| Atherosklerotische Herz-Kreislauf-Krankheit, so beschrieben | I25.0 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit | I25.1 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Ohne hämodynamisch wirksame Stenosen | I25.10 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Ein-Gefäßerkrankung | I25.11 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Zwei-Gefäßerkrankung | I25.12 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Drei-Gefäßerkrankung | I25.13 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Stenose des linken Hauptstammes | I25.14 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Mit stenosierten Bypass-Gefäßen | I25.15 |
| Atherosklerotische Herzkrankheit: Nicht näher bezeichnet | I25.19 |
| Herz (-Wand) -Aneurysma | I25.3 |
| Stumme Myokardischämie | I25.6 |
| Sonstige Formen der chronischen ischämischen Herzkrankheit | I25.8 |
| Chronische ischämische Herzkrankheit, nicht näher bezeichnet | I25.9 |

Herzinsuffizienz

| Bezeichnung | ICD |
|--|------------|
| Rechtsherzinsuffizienz | I50.0 |
| Primäre Rechtsherzinsuffizienz | I50.00 |
| Sekundäre Rechtsherzinsuffizienz | I50.01 |
| Linksherzinsuffizienz | I50.1 |
| Linksherzinsuffizienz: Ohne Beschwerden | I50.11 |
| Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei stärkerer Belastung | I50.12 |
| Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden bei leichter Belastung | I50.13 |
| Linksherzinsuffizienz: Mit Beschwerden in Ruhe | I50.14 |
| Linksherzinsuffizienz: Nicht näher bezeichnet | I50.19 |
| Herzinsuffizienz, nicht näher bezeichnet | I50.9 |

Hypertensive Herzerkrankung, mit Herzinsuffizienz

| Bezeichnung | ICD |
|--|------------|
| Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz | I11.0 |
| Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Ohne Angabe einer hypertensiven Krise | I11.00 |
| Hypertensive Herzkrankheit mit (kongestiver) Herzinsuffizienz: Mit Angabe einer hypertensiven Krise | I11.01 |