

Anlage 17 **Dringlichkeitsbehandlung**

§ 1 **Gegenstand und Ziele**

- (1) Als Dringlichkeitsbehandlung im Rahmen dieser Anlage gilt die Behandlung (Diagnostik und Therapie) durch den nichtinvasiv tätigen Facharzt, welche vorrangig auf Grund der folgenden Symptome des Versicherten zeitnah erfolgen muss:
 - akute thorakale Schmerzsymptomatik (zum Ausschluss einer kardialen Genese)
 - akute Herzrhythmusstörung
 - Verschlechterung einer bestehenden Herzinsuffizienz
 - akute fieberhafte Erkrankung mit V. a. kardiale Beteiligung.
- (2) Ziel der durch diese Anlage definierten Versorgungskette ist es, Versicherten, welche auf Grund dieser auffälligen Symptome, die auf eine dringende kardiologische Behandlung hindeuten, eine zeitnahe Vorstellung beim nichtinvasiv tätigen Facharzt zu ermöglichen.
- (3) Die Leistungserbringer entscheiden unbeschadet der Regelungen dieser Anlage nach medizinischen Aspekten, ob die Vorstellung bei einem invasiven Leistungserbringer oder die Einleitung anderweitiger Maßnahmen angezeigt ist.

§ 2 **Aufgaben des Hausarztes**

- (1) Stellt sich ein Versicherter mit einer (Verdachts-)Diagnose gemäß §1 Abs. 1 dieser Anlage beim Hausarzt vor, so erhebt der Hausarzt entsprechende Daten (z. B. Anamnese, EKG, Troponin-Test), um im Rahmen der vorhandenen Abklärungsdiagnostik feststellen zu lassen, ob die vorhandenen Symptome auf einer kardiovaskulären Erkrankung beruhen. Die erhobenen Befunde dokumentiert der Hausarzt auf dem Dokumentationsbogen „Dringlichkeit“ (Anlage 17c).
- (2) Der Hausarzt setzt sich unverzüglich mit einem nichtinvasiv tätigen Facharzt in Verbindung und übermittelt ihm die erhobenen Daten durch Zusendung des Dokumentationsbogens „Dringlichkeit“ (Anlage 17c) per Fax.

§ 3 **Konsil und Terminvergabe**

- (1) Der nichtinvasiv tätige Facharzt entscheidet unverzüglich in Abstimmung mit dem Hausarzt, ob eine Vorstellung im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung erforderlich ist und legt anhand der medizinischen Notwendigkeit einen Termin fest.
- (2) Diese Vorstellung hat spätestens innerhalb von 3 Tagen, bei medizinischer Notwendigkeit eher, erforderlichenfalls unverzüglich, zu erfolgen.

§ 4

Aufgaben des nichtinvasiv tätigen Facharztes

- (1) Stellt sich der Versicherte direkt beim nichtinvasiv tätigen Facharzt vor, übernimmt dieser die Befunderhebung und Erfassung auf dem Dokumentationsbogen „Dringlichkeit“.
- (2) Stellt sich der Versicherte auf Anraten gemäß § 3 Absatz 2 beim nichtinvasiv tätigen Facharzt vor bzw. stellt der nichtinvasiv tätige Facharzt gemäß Absatz 1 fest, dass der Versicherte einer dringenden nichtinvasiven Behandlung bedarf, informiert der nichtinvasiv tätige Facharzt den Versicherten über die Teilnahme an diesem Vertrag gemäß § 4 des Vertrages. Hat sich der Versicherte für die Teilnahme an diesem Vertrag entschieden, führt der nichtinvasiv tätige Facharzt die notwendige medizinische Behandlung im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung durch.

§ 5

Vergütung und Abrechnung

- (1) Für den Versorgungsauftrag im Zusammenhang mit der Dringlichkeitsbehandlung gemäß §§ 3 und 4 erhält der nichtinvasiv tätige Facharzt bis zur Höchstfallzahl gemäß § 6 folgende Vergütung:

Pauschale Dringlichkeit

für jeden eingeschriebenen Versicherten, welcher nach Feststellung anhand der auf dem Dokumentationsbogen „Dringlichkeit“ (Anlage 17c) erhobenen Daten, einer Behandlung spätestens innerhalb von 3 Tagen bei einem nichtinvasiv tätigen Facharzt bedurfte

GOP 13562C

pro Behandlungsfall in Höhe von

50,00 EUR

- (2) Der Anspruch besteht, wenn am Tag der Erbringung der Leistung ein Versicherungsverhältnis bei der AOK PLUS vorliegt. Die Leistungserbringung ist ausschließlich im Rahmen dieses Vertrages abzurechnen. Die Abrechnung der GOP 13545 bzw. 13550 ist in diesem Behandlungsfall gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung abgeschlossen. Voraussetzungen für die Vergütung ist eine vollständige Dokumentation gemäß § 8 Abs. 2 dieser Anlage.
- (3) Die Abrechnung der Pauschale durch den nichtinvasiv tätigen Facharzt regelt § 18 des Vertrages. Im Speziellen gelten die Regelungen des § 18 Abs. 11 des Vertrages, wenn eine Abrechnung der GOP 13545 bzw. 13550 gemäß Abs. 2 Satz 3 im selben Behandlungsfall gegenüber der jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigung erfolgt.
- (4) Eine Anspruch auf Vergütung der Erstbetreuungs pauschale gemäß § 15 Abs. 3a des Vertrages besteht erst dann, wenn im Rahmen der Diagnosesicherung gemäß § 7 dieser Anlage vom nichtinvasiv tätigen Facharzt nach der Dringlichkeitsbehandlung festgestellt wird, dass die Teilnahmevoraussetzungen auch weiterhin bestehen und bei dem Versicherten tatsächlich eine kardiovaskuläre Erkrankung im Sinne des Vertrages vorliegt. Zum Nachweis dient ein gesonderter Vermerk auf dem Abrechnungsbeleg (Anlage 14a).

§ 6 Mengenbegrenzung

Für die Erbringung der Leistungen im Rahmen dieser Anlage und insbesondere für deren Vergütung gelten Höchstfallzahlen pro Kalenderjahr. Die Höchstfallzahl wird individuell für jeden nichtinvasiv tätigen Facharzt festgesetzt; sie beträgt 10% der aktuellen Teilnehmerzahlen an „CARDIO-Integral“ beim jeweiligen nichtinvasiv tätigen Facharzt. Als Basis für die prozentuale Berechnung der Höchstfallzahlen gilt die Anzahl aller gültigen Teilnahmeerklärungen, auf denen der entsprechende nichtinvasiv tätige Facharzt als betreuender Facharzt gewählt wurde. Bei Erreichen der Höchstfallzahlen informiert die AOK PLUS den nichtinvasiv tätigen Facharzt.

§ 7 Diagnosesicherung

- (1) Nach erfolgter Dringlichkeitsbehandlung gemäß dieser Anlage, prüft der nichtinvasiv tätige Facharzt im Rahmen der Diagnosesicherung, ob die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1 des Vertrages weiterhin bestehen und entscheidet danach ob die Teilnahme des Versicherten an diesem Vertrag gegebenenfalls endet.
- (2) Sind die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 des Vertrages weiterhin erfüllt, vermerkt dies der nichtinvasiv tätige Facharzt entsprechend auf dem Abrechnungsbeleg nach Anlage 14a und leitet die weiteren Maßnahmen des Vertrages ein.

§ 8 Wirtschaftlichkeit und Dokumentation

- (1) Treten im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung nach dieser Anlage gehäuft unbegründete Zuweisungen von bestimmten Hausärzten an den teilnehmenden nichtinvasiv tätigen Facharzt auf, wird eine Klärung im sogenannten strukturierten Dialog mit dem betreffenden Hausarzt herbeigeführt, Systemprobleme sollten bei den Weiterbildungszirkeln diskutiert und gelöst werden.
- (2) Eine Voraussetzung für die fachärztliche Leistungserbringung im Rahmen der Dringlichkeitsbehandlung sowie die Abrechnung der Pauschale Dringlichkeit ist die vollständige Dokumentation. Die Dokumentation umfasst das vollständige Ausfüllen des Dokumentationsbogens „Dringlichkeit“ (Anlage 17c). Dies beinhaltet auch das Hinzufügen der notwendigen Befunde, welche die Leistungserbringung begründen. Zur Prüfung der Wirtschaftlichkeit hat die AOK PLUS das Recht diese Dokumentationsunterlagen durch externe Dritte prüfen zu lassen, um die in § 8 dieser Anlage genannten Aussagen treffen zu können.

§ 9 Laufzeit

Die Anlage 17 tritt zum 01.04.2008 in Kraft. Die Vertragspartner werden während der Laufzeit prüfen, ob die angestrebten Zielstellungen und Effekte, insbesondere eine angestrebte Erschließung von Wirtschaftlichkeitspotentialen, auch durch Vermeidung von stationären Maßnahmen, erzielt wurden und danach über die Weiterführung entscheiden.