

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung 2018 - gültig ab III/2018
„Förderung der rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein“

Die Vertragspartner wollen mit dieser Vereinbarung Versorgungs- und Vergütungsstrukturen schaffen, die eine verbesserte ambulante Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen ermöglichen.

1. Teilnehmende Ärzte

1.1 Hausarzt im Sinne dieser Vereinbarung ist:

ein Arzt, welcher im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig ist;

Ausnahme: Hausarzt, der zusätzlich als Rheumatologe gem. 1.2.1 tätig ist.

1.2 Rheumatologe im Sinne dieser Vereinbarung ist:

1.2.1 ein Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie (auch hausärztlich Tätige),

sowie

1.2.2 ein Facharzt für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Facharzt für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie.

Wichtig: Die Pseudo-Gebührenordnungspositionen entsprechend dieser Vereinbarung (GOPs 90480B bis 90480D) sind ausschließlich abrechenbar von Fachärzten für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzten für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie, sofern ein 10 prozentiger Anteil an „rheumatologischer Betreuung (GOP 18700 EBM)“ an der Gesamtfallzahl des Arztes im jeweiligen Abrechnungsquartal gegeben ist oder aber mindestens 150 „Rheumafälle (GOP 18700 EBM)“ im jeweiligen Abrechnungsquartal erbracht worden sind.

2. Vergütung

2.1. Die Vergütung erfolgt gemäß dieser Anlage **außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.**

2.2. Es gilt folgender **Abrechnungsausschluss:**

Eine Doppelabrechnung über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sowie über die hier erfolgte Vereinbarung ist ausgeschlossen („Verbot der Doppelabrechnung“). In einem solchen Fall erfolgt eine Rückforderung der hier vereinbarten Förderung.

2.3. Die folgenden Leistungen werden mit den entsprechenden GOPs im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 mit Angabe der Abrechnungshäufigkeit ausgewiesen.

2.4. **Vereinbarte Leistungen und weitere Abrechnungsvoraussetzungen:**

2.4.1 Leistung und Vergütung des Hausarztes		
GOP	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480A	<p>Screening auf entzündliche Rheumaerkrankung</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • „Screening“ des Patienten mit begründetem Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung mittels Befund- und Überleitungsbogen (Anlage 3a). • ggf. Überweisung an einen Rheumatologen. <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Begründeter Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung. 2. Vollständiges Ausfüllen des Befund- und Überleitungsbogens (Anlage 3a). 3. Durchführung der üblichen Labordiagnostik und mindestens einer der folgenden speziellen Laboruntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> • HLA-B27, • Rheumafaktor, • CCP-AK (resp. ACPA) oder • ANA. 4. Bei notwendiger Überweisung: Sollte die Notwendigkeit einer Abklärung durch einen Rheumatologen bestehen, dann übermittelt der Hausarzt den vollständig ausgefüllten Befund- und Überleitungsbogen (Anlage 3a) sowie die relevanten Befunde an den Rheumatologen. 	<p>20 €</p> <p>(pro Patient in der Regel nur einmal in 8 Quartalen in der ambulanten hausärztlichen Versorgung abrechenbar)</p>

Die Vertragspartner werden die Abrechnungshäufigkeit analysieren und gegebenenfalls notwendige Anpassungen schnellstmöglich vornehmen.

2.4.2 Leistung und Vergütung des Rheumatologen

GOP	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480B	<p>Betreuungspauschale Neupatient (in den ersten 4 Quartalen)</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung/Behandlung des Patienten (welcher mit vollständigem Befund- und Überleitungsbogen gem. Anlage 3a überwiesen wird) in den ersten 4 aufeinanderfolgenden Quartalen. • Bei Patienten, welche mit vollständigem Befund- und Überleitungsbogen gem. Anlage 3a überwiesen werden: Prüfung der medizinischen Notwendigkeit für eine dringliche Behandlung anhand der übermittelten Befunde („Dringlichkeit“). • Terminvergabe bei „Dringlichkeit“ innerhalb von 14 Tagen. <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. • Neupatienten sind Patienten, die in der Regel in den letzten 8 Quartalen keine rheumatologische Behandlung hatten und vom Hausarzt mittels Überleitungsbogen überwiesen wurden. <p>Ausnahmen: Für Patienten (auch ohne Überleitungsbogen), welche erstmalig in IV/2017 bei diesem Rheumatologen in Behandlung waren, kann diese Leistung in III/18 letztmalig abgerechnet werden.</p>	<p>20 €</p> <p>pro Quartal</p> <p>(begrenzt auf die ersten vier aufeinanderfolgenden Quartale der Behandlung)</p>
90480C	<p>Betreuungspauschale Dauerpatient (ab dem 5. Quartal)</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Betreuung/Behandlung eines Dauerpatienten ab dem 5. Quartal. <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. <p>Für Patienten, welche erstmalig in III/2018 bei diesem Rheumatologen in Behandlung waren, kann diese Leistung in III/19 erstmalig abgerechnet werden.</p>	<p>10 €</p> <p>pro Quartal</p> <p>(ab dem 5. Quartal der Behandlung)</p>

GOP	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480D	<p>Leistung bei notwendiger Verordnungsintervention</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Notwendige Umstellung der Arzneimittel-Verordnungen; auch: ggf. Reduzierung oder Absetzung. <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. • Wichtig: Bei Neupatienten zusätzlich zur GOP 90480B erst ab dem dritten Quartal der Behandlung abrechenbar; in den ersten beiden Quartalen der Behandlung ist der Leistungsumfang mit der „Betreuungspauschale Neupatient“ abgegolten. • Die „Notwendige Verordnungsintervention“ kann nur einmal innerhalb von vier Quartalen und maximal zweimal pro Patient abgerechnet werden. 	<p>20 €</p> <p>(einmal in 4 Quartalen; max. 2x pro Patient)</p>

Protokollnotiz zur Anlage 3:

Im Hinblick auf die aktuelle Versorgungssituation folgende Ergänzungen zur Anlage 3:

Die einzelnen Bestandteile des fachübergreifenden Konzepts sind miteinander verzahnt und sollen dazu dienen, folgende Mängel in der bisherigen Versorgung zu beheben:

- Lange Wartezeiten zur Erlangung eines Facharzttermins
- Oftmals unzureichende Abklärung einer Verdachtsdiagnose des Hausarztes bei Überweisung des Patienten an den Rheumatologen
- teils unzureichende Vernetzung zwischen Hausarzt und Rheumatologen
- Zu wenig „sprechende Medizin“ während der Behandlung der lebensverändernden Erkrankung Rheuma

Der schnellere Zugang zur ambulanten fachärztlichen Versorgung soll durch eine sachgerechte Überweisung sowie die Erhebung und Zurverfügungstellung der relevanten Vorbefunde durch den Hausarzt gewährleistet werden. Die gezielte Patientensteuerung durch den Hausarzt unter Verwendung eines für Schleswig-Holstein einheitlichen Befund- und Überleitungsbogens bildet den wesentlichen Bestandteil des Gesamtkonzepts. Dieser regelt auch die vorher zu erhebenden Befunde und Laborparameter. Bei festgestelltem Schulungsbedarf kann unter anderem in den regionalen Qualitätszirkeln ein regelmäßiger Austausch/Wissenstransfer zwischen den Hausärzten und Rheumatologen stattfinden. Auch dies fördert die bessere Vernetzung beider Arztgruppen.

Bei der Behandlung einer rheumatischen Erkrankung hat das schnelle Eingreifen mit der geeigneten Arzneimitteltherapie wesentlichen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf. Daher sollten Verdachtspatienten möglichst umgehend an einen Facharzt überwiesen werden. Der Facharzt wird verpflichtet bei vorliegender Dringlichkeit einen Termin innerhalb von 14 Tagen zu vergeben. In der weiteren Behandlung sind insbesondere in den ersten Behandlungsquartalen engmaschige Kontrollen und Anpassungen in Bezug auf die eingeleitete Arzneimitteltherapie erforderlich. Die Patienten-Compliance ist ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungserfolgs und wird durch häufigere Termine und Gespräche mit dem Facharzt gefördert. Der Mehraufwand dafür wird dem Facharzt entsprechend vergütet.

Durch das neue Behandlungskonzept wird erreicht, dass der richtige Patient frühzeitig beim richtigen Arzt behandelt wird. Gleichzeitig entsteht dadurch mehr Zeit für den Patienten beim Facharzt, der wiederum länger, öfter oder intensiver mit dem Patienten sprechen kann.

Die medizinisch noch zielgenauere Arzneimittelversorgung ist ein weiterer Vorteil, den das neue Konzept bietet.

Die Vertragsparteien werden die Auswirkungen dieser Vereinbarung evaluieren.

Doppelabrechnung:

Sollte eine Doppelabrechnung über die ASV und über den Honorarvertrag erfolgt sein, so findet eine Rückforderung der abgerechneten aMGV-Vergütung mithilfe eines Antrages über sachlich-rechnerische Berichtigung gem. §106d SGB V von der jeweiligen Krankenkasse statt. Die Bearbeitung dieser Anträge ist aufgrund der Eindeutigkeit von der KVSH vorzuziehen und erfolgt somit schnellstmöglich.

Arzneimittelverordnung:

Bei einvernehmlich festgestellter Arzneimittelsparung im Zusammenhang mit der Behandlung von rheumatischen Erkrankungen durch die Gesamtheit der Rheumatologen im Sinne dieser Vereinbarung verständigen sich die Vertragspartner über das mögliche Vorgehen. Für die rheumatologischen Verordnungen wird zwischen der KVSH und den Krankenkassen ab Quartal 3/2018 eine Ergänzung zur „Zielvereinbarung Arzneimittel“ getroffen.