

## **Anlage 3 zur Honorarvereinbarung 2022**

### **„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. Sie haben hierzu Leistungen von Haus- und Fachärzten, die im Zusammenhang mit der Diagnostik und Behandlung dieser Krankheitsbilder stehen, im Sinne des § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. dem B-BWA in der 456. Sitzung als besonders förderungswürdig eingestuft.

Unter Mitberücksichtigung von Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Rheumatologie (DGRh) sind die Vertragspartner auf Basis eigener Analysen zu dem Ergebnis gekommen, dass die ambulante Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen entscheidende Mängel aufweist und damit als verbesserungswürdig anzusehen ist.

In einem Vorwort zu einem „Memorandum zur Versorgungsqualität in der Rheumatologie“ stellt die DGRh im Allgemeinen fest, dass „Menschen mit einer entzündlich rheumatischen Erkrankung [...] heute in Deutschland bei rechtzeitiger Diagnosestellung, konsequenter Krankheitskontrolle und angemessener Rehabilitation zumeist ein Leben ohne wesentliche Einschränkungen der Lebensqualität und der sozialen Teilhabe erwarten [können]. Um dies zu erreichen, benötigt das Gesundheitssystem einen optimal abgestimmten Einsatz der verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten in der fachlich gebotenen Qualität entsprechend dem allgemein anerkannten Stand der medizinischen Erkenntnisse (§ 135a SGB V). Dies soll in ausreichendem, zweckmäßigem und wirtschaftlichem Maß geschehen (§ 12 SGB V). Zu einer Versorgung in der fachlich gebotenen Qualität gehören das frühzeitige Erkennen von Verdachtsfällen, die fachärztliche Untersuchung und Versorgung von Neuerkrankten innerhalb von 3 Monaten nach Symptombeginn sowie die kontinuierliche und konsequent zielorientierte Behandlung von Menschen mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen in einem Versorgungsnetzwerk unter der Leitung eines Facharztes für Innere Medizin und Rheumatologie.“

Davon ausgehend lassen sich stichpunktartig zusammengefasst für Schleswig-Holstein folgende, miteinander zusammenhängende Mängel in der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen feststellen:

1. Lange Wartezeiten zur Erlangung eines Facharzttermins
2. Oftmals unzureichende Abklärung einer Verdachtsdiagnose des Hausarztes bei Überweisung des Patienten an den Rheumatologen
3. Fehlüberwiesene Patienten füllen die Wartezimmer der Rheumatologen
4. Teils unzureichende Vernetzung zwischen Hausarzt und Rheumatologen
5. Zu wenig Zeit für „sprechende Medizin“ während der Behandlung der lebensverändernden Erkrankung Rheuma
6. Durch fehlüberwiesene Patienten bleibt zu wenig Zeit für die Diagnostik und Behandlung der rheumatischen Patienten durch den Facharzt

Die Fördermaßnahmen bewirken bei Verdachtsdiagnosen, dass die Patienten schneller und sachgerecht, unter Erhebung und Zurverfügungstellung der relevanten Vorbefunde durch den Hausarzt, an die entsprechenden Fachärzte überwiesen werden. Die gezielte Patientensteuerung durch den Hausarzt unter Verwendung eines für Schleswig-Holstein einheitlichen qualifizierten Arztbriefs (siehe Anlage 3a der Honorarvereinbarung 2022), der gleichzeitig eine strukturierte Anleitung für den Hausarzt bietet, ist dabei ein wesentlicher Baustein. Etwaige Fehlüberweisungen, die sonst ein erhöhtes Patientenaufkommen in den jeweiligen Facharztpraxen bewirken, können so vermieden werden und damit entsprechende Zeitkapazitäten freisetzen, was gerade bei Neuerkrankungen den Patienten zu Gute kommt. Die schnelle Sicherung der Diagnose durch den Rheumatologen – bei Dringlichkeit sollte innerhalb von 14 Tagen ein entsprechender Facharzttermin vergeben werden - und der damit verbundene frühere Beginn der Arzneimitteltherapie haben wesentlichen Einfluss auf den weiteren Krankheitsverlauf und vermindern das Risiko möglicher unumkehrbarer Folgeschädigungen.

Insbesondere in den ersten Quartalen der Behandlung sind engmaschige Kontrollen und Anpassungen in Bezug auf die eingeleitete Arzneimitteltherapie erforderlich. Auch im weiteren Verlauf der Behandlung kann es notwendig werden, die Arzneimitteltherapie umzustellen. Dies geht üblicherweise mit einem erhöhten

Beratungsaufwand einher. Die Fördermaßnahmen tragen diesem Umstand Rechnung, zumal die Patienten-Compliance ein wesentlicher Bestandteil des Behandlungserfolgs ist, der durch häufigere Termine und ausführlichere Gespräche zwischen Arzt und Patient als auch versorgungsbereichsübergreifend zwischen den beteiligten Haus- und Fachärzten gefördert wird.

Die Regelung der Vereinbarung dienen ausschließlich dazu, die o.a. Versorgungsmängel im Bereich der Diagnostik und Behandlung von Patienten mit entzündlich rheumatischen Erkrankungen zu beheben. Eine Ausweitung der Anzahl der dokumentierten Rheumadiagnosen ist damit nicht verbunden.

Die Vertragsparteien werden die Auswirkungen dieser Vereinbarung weiter evaluieren. Zur Verbesserung der Ergebnisqualität – eine schnellere Vorstellung beim Rheumatologen und damit eine schnellere notwendige Behandlung – streben die Vertragspartner mit dieser Fördermaßnahme weiterhin eine Reduzierung der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Facharzttermin um fünf Prozent an. Die Berechnung erfolgt auf Basis eines Vergleichs der durchschnittlichen Wartezeiten in dem Zeitraum der Quartale 1/2019, 2/2019, 1/2020, 2/2020, 1/2021 und 2/2021 mit dem ersten Halbjahr 2022.

Ziel der Vereinbarung ist es auch, die Strukturqualität zu verbessern. Hier streben die Vertragspartner weiterhin eine Erhöhung des Anteils der rheumatologischen Diagnosen im Wartezimmer der rheumatologischen Praxen ebenfalls um fünf Prozent an. Die Berechnung erfolgt hier auf Basis eines Vergleichs des durchschnittlichen Anteils der rheumatologischen Diagnosen in dem Zeitraum der Quartale 1/2019, 2/2019, 1/2020, 2/2020, 1/2021 und 2/2021 mit dem ersten Halbjahr 2022.

Aufgrund der Prävalenz der Erkrankung und damit der Endlichkeit an potentiellen Patienten pro Quartal ist eine weitere Steigerung u.U. schwer zu erreichen.

## **1. Teilnehmende Ärzte**

### **1.1 Hausärzte** im Sinne dieser Vereinbarung sind:

- Allgemeinärzte,
- Fachärzte für Innere Medizin, die an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen.

## **1.2 Fachärztliche Versorgung**

**Rheumatologen** im Sinne dieser Vereinbarung sind:

- 1.2.1 Fachärzte für Innere Medizin und Rheumatologie, die zur Abrechnung der GOP 13700 berechtigt sind,
- 1.2.2 Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzweiterbildung Orthopädische Rheumatologie, sofern ein zehnprozentiger Anteil an „rheumatologischer Behandlung“ (GOP 18700 EBM) an der Gesamtfallzahl des Arztes im jeweiligen Abrechnungsquartal gegeben ist oder mindestens 150 Patienten mit rheumatologischen Erkrankungen im jeweiligen Abrechnungsquartal behandelt worden sind (GOP 18700 EBM).

## **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 Zuschläge werden mit den entsprechenden Pseudoziffern im Formblatt 3 bis zur Ebene 6 mit Angabe der Abrechnungshäufigkeit ausgewiesen.
- 2.4. **Vereinbarte Zuschläge für förderungswürdige Leistungen des Hausarztes und weitere Abrechnungsvoraussetzungen:**

<b>2.4.1 Leistung und Vergütung des Hausarztes</b>		
<b>Zuschlagsziffer</b>	<b>Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung</b>	<b>Vergütung</b>
<b>90480A: Zuschlag zur GOP 03000 ff. EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung</b>	<p><b>Untersuchung und Diagnostik auf entzündliche Rheumaerkrankung</b></p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Untersuchung und Diagnostik des Patienten mit begründetem Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung anhand des qualifizierten Arztbriefs (Anlage 3a).</li> <li>• ggf. Überweisung an einen Rheumatologen.</li> </ul> <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Begründeter Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung.</li> <li>2. Vollständiges Ausfüllen des qualifizierten Arztbriefs (Anlage 3a).</li> <li>3. Durchführung der üblichen Labordiagnostik und mindestens einer der folgenden speziellen Laboruntersuchungen: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HLA-B27,</li> <li>• Rheumafaktor,</li> <li>• CCP-AK (resp. ACPA) oder</li> <li>• ANA.</li> </ul> </li> <li>4. Bei notwendiger Überweisung: Sollte die Notwendigkeit einer Abklärung durch einen Rheumatologen bestehen, dann übermittelt der Hausarzt den vollständig ausgefüllten qualifizierten Arztbrief (Anlage 3a) sowie die relevanten Befunde an den Rheumatologen.</li> </ol>	<p><b>20 €</b></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

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
<p><b>90480B: Zuschlag zur GOP 13700 bzw. 18700 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung</b></p>	<p><b>Zusatzpauschale Rheumatologie - Neupatient (in den ersten 4 Quartalen)</b></p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Betreuung/Behandlung des Patienten (welcher mit vollständigem qualifizierten Arztbrief gem. Anlage 3a überwiesen wird) in den ersten 4 aufeinanderfolgenden Quartalen.</li> <li>• Bei Patienten, welche mit vollständigem qualifizierten Arztbrief gem. Anlage 3a überwiesen werden: Prüfung der medizinischen Notwendigkeit für eine dringliche Behandlung anhand der übermittelten Befunde („Dringlichkeit“).</li> <li>• Terminvergabe bei „Dringlichkeit“ innerhalb von 14 Tagen.</li> </ul> <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet.</li> <li>• Neupatienten sind Patienten, die in der Regel in den letzten 8 Quartalen keine rheumatologische Behandlung hatten und vom Hausarzt mittels qualifizierten Arztbriefs überwiesen wurden.</li> </ul>	<p><b>20 €</b></p> <p>pro Quartal</p> <p>(begrenzt auf die ersten vier aufeinanderfolgenden Quartale der Behandlung)</p>

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480C: Zuschlag zur GOP 13700 bzw. 18700 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	<p>Zusatzpauschale Rheumatologie - Dauerpatient (ab dem 5. Quartal)</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Betreuung/Behandlung eines Dauerpatienten ab dem 5. Quartal.</li> </ul> <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet.</li> </ul>	<p>10 €</p> <p>pro Quartal</p> <p>(ab dem 5. Quartal der Behandlung)</p>

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480D: Zuschlag zur GOP 13690-13692 EBM bzw. 18210-18212 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	<p>Leistung bei notwendiger Verordnungsintervention</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Notwendige Umstellung der Arzneimittel-Verordnungen; auch: ggf. Reduzierung oder Absetzung.</li> </ul> <p><u>Abrechnungsvoraussetzung:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet.</li> <li>Wichtig: Bei Neupatienten zusätzlich zur „Zusatzpauschale Rheumatologie – Neupatient“ (90480B) erst ab dem dritten Quartal der Behandlung abrechenbar; in den ersten beiden Quartalen der Behandlung ist der Leistungsumfang mit der „Zusatzpauschale Rheumatologie Neupatient“ abgegolten.</li> <li>Die „Notwendige Verordnungsintervention“ kann nur einmal innerhalb von vier Quartalen und maximal zweimal pro Patient abgerechnet werden.</li> </ul>	<p>20 €</p> <p>(einmal in 4 Quartalen; max. 2x pro Patient)</p>

### **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.

Doppelabrechnungen über anderweitige gleichwertige Selektivverträge ohne KVSH-Beteiligung sind nicht zulässig.

### **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.

### **DMP-Klausel:**

Mit vertraglicher Umsetzung des DMP „Rheumatoide Arthritis“ in Schleswig-Holstein ist für Ärzte, die an diesem DMP teilnehmen im Hinblick auf identische/gleichwertige Leistungsinhalte eine Abrechnung der oben angeführten Zuschlagsziffern nach dieser Vereinbarung nicht mehr möglich. Die Vertragspartner stimmen sich darüber ab, welche Leistungsinhalte als identisch beziehungsweise gleichwertig identifiziert werden.