

Förderung der rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein ab 1. Juli 2018

Informationen und Abrechnungsbestimmungen für Rheumatologen

Die fachärztliche rheumatologische Versorgung wird auch in diesem Jahr mit 1,5 Mio. Euro – dies nun jedoch extrabudgetär – gefördert. Die „Rheumavereinbarung“ wurde in der Anlage 3 zur Honorarvereinbarung 2018 geregelt und wird zum 1. Juli 2018 gültig. Neu ist, dass auch die hausärztliche Versorgung durch eine medizinisch optimierte Patientenzuweisung an den Rheumatologen eingebunden wird.

Ziel des Vertrages ist es, die Patienten in einem möglichst frühen aber gleichwohl hinreichend signifikanten Stadium zu identifizieren und einer spezifischen Therapie zuzuführen. Dies soll ebenso einen Beitrag zur effizienteren Inanspruchnahme ärztlicher Leistungen auslösen. Abhängig von den im Verlauf eintretenden Ergebnissen sind Anpassungen bzw. Erweiterungen dieser vertraglichen Regelungen nach erneuten Verhandlungen mit den Krankenkassen denkbar.

Folgende Versorgungs- und Vergütungsstrukturen wurden vereinbart:

Die Rheumavereinbarung gilt für

- **Fachärzte**
 - für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie (auch hausärztlich Tätige),
 - für Orthopädie mit Schwerpunkt Rheumatologie bzw. Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie, sofern im jeweiligen Abrechnungsquartal entweder
 - ✓ ein mindestens zehnpromentiger Anteil „rheumatologischer Betreuung“ (EBM-GOP 18700) an der Gesamtfallzahl des Arztes erbracht wurde
 - oder
 - ✓ mindestens 150 „Rheumafälle“ (EBM-GOP 18700) erbracht worden sind.
- **Patienten**
 - mit begründetem Verdacht bzw. hoher Wahrscheinlichkeit auf eine entzündlich rheumatische Erkrankung sowie mit gesicherter entzündlich rheumatischer Erkrankung.

Eine **Genehmigung** für Ärzte sowie eine **Einschreibung** für Versicherte ist **nicht erforderlich**.

- Zentrales Element der Rheumaver einbarung ist der **strukturierte und für Schleswig-Holstein einheitlich zu verwendende Befund- und Überleitungsbogen** (Anlage 3a zur Honorarvereinbarung; siehe Anlage zu diesem Newsletter), mittels welchem der Hausarzt u.a. die wichtigsten Symptome sowie erforderlichen Laborwerte des Patienten mit Verdacht auf entzündlich rheumatische Erkrankung erhebt, dokumentiert und an den Rheumatologen übermittelt.
- Anhand des übermittelten Befund- und Überleitungs bogens sowie der bereits erhobenen, relevanten Vorbefunde wird in der rheumatologischen Praxis die **Notwendigkeit und Dringlichkeit der Behandlung eingeschätzt** und – sofern erforderlich – ein entsprechend **zeitnaher Termin** vergeben. Bei Dringlichkeit ist dies innerhalb von 14 Tagen vorzusehen.
- Sofern der Patient einverstanden ist, wird die Telefonnummer des Patienten auf dem Befund- und Überleitungsbogen angegeben. So kann die rheumatologische Praxis den Versicherten nach Prüfung der übermittelten Unterlagen auf Notwendigkeit und Dringlichkeit einer Terminvergabe kontaktieren und einen Termin vereinbaren.

Für die **Betreuung eines auf diesem Wege überwiesenen „Neupatienten“**, der in den letzten acht Quartalen nicht in rheumatologischer Behandlung gewesen sein darf, erhält der Rheumatologe in den ersten vier aufeinanderfolgenden (!) Quartalen – pro Quartal – eine zusätzliche **Pauschale**:

GOP	Leistung	Vergütung								
90480B	Betreuungspauschale Neupatient (in den ersten 4 Quartalen) <u>Leistungsinhalt:</u> <ul style="list-style-type: none"> Betreuung/Behandlung des Patienten, der mit vollständigem Befund- und Überleitungsbogen (Anlage 3a) überwiesen wird. Prüfung der medizinischen Notwendigkeit für eine dringliche Behandlung anhand der übermittelten Befunde („Dringlichkeit“). Terminvergabe bei „Dringlichkeit“ innerhalb von 14 Tagen. <u>Abrechnungsvoraussetzungen:</u> <ul style="list-style-type: none"> EBM-GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal erbracht und abgerechnet. Der Patient war in den letzten acht Quartalen nicht in rheumatologischer Behandlung. Der Patient wurde mit Befund- und Überleitungsbogen (Anlage 3a) vom Hausarzt überwiesen. Gilt in den ersten vier aufeinanderfolgenden Quartalen der Behandlung (z.B. 3/2018, 4/2018, 1/2019, 2/2019). 	20 € pro Quartal								
<p>Ausnahme: Für Patienten, deren Behandlung beim Rheumatologen bereits vor In-Kraft-Treten der Rheumaver einbarung – frühestens jedoch in Quartal 4/2017 – begann und die somit ohne Befund- und Überleitungsbogen aufgenommen wurden, gilt folgende Übergangsphase, in der die Pseudo-GOP 90480B noch abgerechnet werden kann:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="background-color: #d3d3d3;">Beginn der Behandlung in Quartal</th> <th style="background-color: #d3d3d3;">Mögliche Abrechnung GOP 90480B in Quartal(en)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td style="text-align: center;">4/2017</td> <td style="text-align: center;">3/2018</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">1/2018</td> <td style="text-align: center;">3/2018 und 4/2018</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">2/2018</td> <td style="text-align: center;">3/2018 und 4/2018 und 1/2019</td> </tr> </tbody> </table>			Beginn der Behandlung in Quartal	Mögliche Abrechnung GOP 90480B in Quartal(en)	4/2017	3/2018	1/2018	3/2018 und 4/2018	2/2018	3/2018 und 4/2018 und 1/2019
Beginn der Behandlung in Quartal	Mögliche Abrechnung GOP 90480B in Quartal(en)									
4/2017	3/2018									
1/2018	3/2018 und 4/2018									
2/2018	3/2018 und 4/2018 und 1/2019									

Ab dem fünften Quartal der Behandlung beim Rheumatologen kann – einmal pro Quartal – eine **Betreuungspauschale für Dauerpatienten** abgerechnet werden:

GOP	Leistung	Vergütung
90480C	Betreuungspauschale Dauerpatient (ab dem 5. Quartal) <u>Leistungsinhalt:</u> <ul style="list-style-type: none"> Betreuung/Behandlung eines Dauerpatienten ab dem 5. Quartal der Behandlung. <u>Abrechnungsvoraussetzung:</u> <ul style="list-style-type: none"> EBM-GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal erbracht und abgerechnet. Befund- und Überleitungsbogen ist nicht erforderlich. 	10 € pro Quartal
Beispiel: Bei Patienten, welche erstmalig im 3. Quartal 2018 bei diesem Rheumatologen in Behandlung waren, kann diese Leistung im 3. Quartal 2019 erstmalig abgerechnet werden.		

Eine eventuell **notwendige Verordnungsintervention** kann **nach Ablauf der ersten zwei Quartale** der Behandlung abgerechnet werden. In den ersten zwei Quartalen ist diese Leistung mit der höheren Betreuungspauschale abgedeckt und nicht gemeinsam mit der GOP 90480B abrechenbar:

GOP	Leistung	Vergütung
90480D	Leistung bei notwendiger Verordnungsintervention <u>Leistungsinhalt:</u> <ul style="list-style-type: none"> Notwendige Umstellung der Arzneimittel-Verordnungen; auch: ggf. Reduzierung oder Absetzung. <u>Abrechnungsvoraussetzung:</u> <ul style="list-style-type: none"> EBM-GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal erbracht und abgerechnet. 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. Befund- und Überleitungsbogen ist nicht erforderlich. 	10 € einmal in vier Quartalen; max. 2mal pro Patient

Bei leitliniengerechter Arzneimitteltherapie ist eine – der Ersteinstellung nachgelagerte – **Verordnungsintervention** typischerweise durchschnittlich zweimal pro Patient notwendig. Die **Abrechnung** der Pseudo-GOP 90480D ist daher einmal in vier Quartalen und maximal **zweimal pro Patient** möglich.

☞ Um festzustellen, wie oft eine Intervention in der Realität erfolgt, **setzen Sie die Pseudo-GOP 90480D bitte immer dann an**, wenn Sie eine notwendige Umstellung der Arzneimittel-Verordnung bzw. Reduzierung oder Absetzung vornehmen.

Die **Vergütung** erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Eine **Doppelabrechnung** über die ambulante spezialfachärztliche Versorgung (ASV) sowie über die hier erfolgte Vereinbarung ist **ausgeschlossen**.

Achtung: Falls Sie eine der oben genannten Ziffern abrechnen, so gilt eine neue, auf die Indikation Rheuma gerichtete Ergänzungsvereinbarung zur Zielvereinbarung Arzneimittel. Die für alle Fachgruppen geltenden Biosimilarziele für tnf-alpha Blocker der Zielvereinbarung Arzneimittel 2018 werden dann durch drei neue „Rheumaziele“ ersetzt:

Wirtschaftlichkeitsziele		
	Verordnungsbereiche	Zielarten
1	TNF-alpha-Inhibitoren	Anteil neu eingestellter Patienten mit Biosimilar
2	bDMARDS	Anteil Patienten mit Biosimilar
2a	bDMARDS (biosimilar verfügbar)	Anteil Patienten mit Biosimilar
3	DMARDs	Anteil Patienten mit Leitsubstanz (Begrenzung des Anteil der JAK-Inhibitoren, Interleukin-Rezeptor-Inhibitoren und Interleukin-Inhibitoren)

Im Falle der Nichterfüllung des Zielfelds 2 kann sich der Arzt über 2a entlasten. Einzelheiten und insbesondere die einzuhaltenden Zielwerte werden ab dem 1. Juli 2018 auf www.kvsh.de veröffentlicht.

- Der **Befund- und Überleitungsbogen** liegt diesem Newsletter als Tisch- und Kopiervorlage bei.
- Die **Rheumvereinbarung** (Anlage 3 zur Honorarvereinbarung) finden Sie auf unserer Homepage unter → www.kvsh.de → Praxis → Verträge.
- Bei **Fragen** wenden Sie sich bitte an Paul Brandenburg, Telefon 04551 883 357 oder E-Mail paul.brandenburg@kvsh.de.