

Anlage 3 zur Honorarvereinbarung 2025

„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 2025), 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.

Die Ergebnisse der Evaluation der vereinbarten Ziele gemäß Honorarvertrag 2023-2024 haben gezeigt, dass aufgrund der Prävalenz der Erkrankung von 2 Prozent und damit der Endlichkeit an potentiellen neuen Patienten pro Quartal eine weitere Steigerung des Anteils an rheumatologischen Diagnosen im Wartezimmer einer rheumatologischen Praxis im Sinne einer weiteren Verbesserung der Strukturqualität nur schwer zu erreichen sein wird. Gleichwohl halten die Gesamtvertragsparteien aber weiterhin an dem Ziel fest, den Anteil gesicherter rheumatologischer Diagnosen im Wartezimmer noch weiter zu erhöhen. Angestrebt wird eine Erhöhung um 5%. Folgende Diagnosen werden dabei nach dem Verständnis der Vertragsparteien dem Leistungsspektrum „Rheumatologie“ zugeordnet:

M05 Seropositive chronische Polyarthritis
M06 Sonstige chronische Polyarthritis
M07 Arthritis psoriatica und Arthritiden bei gastrointestinalen Grundkrankheiten (K50.-+, K51.-+, L40.5+)
M08 Juvenile Arthritis
M09 Juvenile Arthritis bei anderenorts klassifizierten Krankheiten (K50.-+, K51.-+, L40.5+)
M13 Sonstige Arthritis
M30 Panarteriitis nodosa und verwandte Zustände
M31 Sonstige nekrotisierende Vaskulopathien
M32 Systemischer Lupus erythematodes
M33 Dermatomyositis-Polymyositis
M34 Systemische Sklerose

M35 Sonstige Krankheiten mit Systembeteiligung des Bindegewebes

M45 Spondylitis ankylosans

Die Zahl der nach dieser Vereinbarung abrechnenden Rheumatologen hat sich in den letzten Jahren, wenn auch auf einem geringen Niveau, kontinuierlich erhöht. Auch das Durchschnittsalter der an der Vereinbarung teilnehmenden Rheumatologen konnte gesenkt werden. Die Gesamtvertragspartner werten dies gemeinsam als Erfolg der Förderung. Aufgrund der nach wie vor bestehenden Nachwuchsproblematik bei den Rheumatologen kann dies allerdings nur ein Teilerfolg sein.

Eine weitere Reduzierung der durchschnittlichen Wartezeit auf einen Facharzttermin sollte daher, im Hinblick auf eine Verbesserung der Ergebnisqualität, weiterhin Ziel dieser Vereinbarung bleiben. Angestrebt wird dabei eine Reduktion um weitere 5%.

Die Evaluation erfolgt im Hinblick auf die beiden oben angeführten Ziele auf Basis eines Vergleichs des Zeitraums erstes Halbjahr 2024 mit dem ersten Halbjahr 2025.

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 zehnpromzentiger 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:**

2.4.1 Leistung und Vergütung des Hausarztes		
Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480A: Zuschlag zur GOP 03000 ff. EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	<p>Untersuchung und Diagnostik auf entzündliche Rheumaerkrankung</p> <p><u>Leistungsinhalt:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Untersuchung und Diagnostik des Patienten mit begründetem Verdacht auf eine entzündliche Rheumaerkrankung anhand des qualifizierten Arztbriefs (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 qualifizierten Arztbriefs (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 qualifizierten Arztbrief (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

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
<p>90480B: Zuschlag zur GOP 13700 bzw. 18700 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung</p>	<p>Zusatzpauschale Rheumatologie - 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 qualifizierten Arztbrief gem. Anlage 3a überwiesen wird) in den ersten 4 aufeinanderfolgenden Quartalen. • 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“). • 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 qualifizierten Arztbriefs überwiesen wurden. 	<p>20 €</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	Zusatzpauschale Rheumatologie - Dauerpatient (ab dem 5. Quartal) <u>Leistungsinhalt:</u> <ul style="list-style-type: none"> Betreuung/Behandlung eines Dauerpatienten ab dem 5. Quartal. <u>Abrechnungsvoraussetzung:</u> <ul style="list-style-type: none"> GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. 	10 € pro Quartal (ab dem 5. Quartal der Behandlung)

Zuschlagsziffer	Leistungsbezeichnung; Abrechnungsvoraussetzung	Vergütung
90480D: Zuschlag zur GOP 13690-13692 EBM bzw. 18210-18212 EBM zur Förderung der rheumatologischen Versorgung	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"> GOP 13700 oder 18700 wird im selben Quartal abgerechnet. 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. Die „Notwendige Verordnungsintervention“ kann nur einmal innerhalb von vier Quartalen und maximal zweimal pro Patient abgerechnet werden. 	20 € (einmal in 4 Quartalen; max. 2x pro Patient)

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.

DMP-Klausel:

Gemäß § 87a Abs. 2 Satz 3 SGB V i. V. m. B-BWA in der 456. Sitzung erfolgt ausschließlich in den ersten zwei Quartalen des Jahres 2025 die Förderung der ambulanten rheumatologischen Versorgung in Schleswig-Holstein gemäß Anlage 3 dieser Vereinbarung außerhalb der MGV. Aufgrund des dann abrechenbaren DMP Rheumatoide Arthritis ist die Laufzeit dieser Förderung begrenzt.