

INTERNISTISCHE RHEUMATOLOGIE			
Vergütungsposition	Versorgungs- und Leistungsinhalte	Praxisbezogene-(BSNR) Vergütungsregeln	Betrag
1. Pauschalen			
Veranlasste Leistungen, die über den Versorgungsauftrag gemäß Gesamtziffernkranz (Anhang 1 zu Anlage 12a) in der jeweils geltenden Fassung hinausgehen, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages. Als Einzelleistung, Qualitätszuschlag oder Zuschlag in dieser Anlage aufgeführte Verfahren werden gesondert vergütet.			
	Hausarztbene <ul style="list-style-type: none"> ▪ Versorgung des Patienten durch den HAUSARZT als ersten Ansprechpartner ▪ Früherkennung / Erstdiagnostik <ul style="list-style-type: none"> - bio-psycho-soziale Anamnese - klinische Untersuchung - ggf. Laboruntersuchungen z. B. CRP, BSG - ggf. apparative Diagnostik (Röntgen- und Schnittbildgebung in der Regel über den FACHARZT) ▪ Symptomatische Therapie ▪ Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN ▪ Die zeitnahe Überweisung mit Begleitinformationen v. a. Medikamentenplan, korrekte Diagnoseverschlüsselung nach ICD in der jeweils gültigen Fassung (gesicherte Diagnosen oder Verdachtsdiagnosen) und Vorbefunden (Laborparameter, Bildgebung u. a.) erfolgt vom HAUSARZT zum RHEUMATOLOGEN. ▪ Die weitere multidisziplinäre Versorgung sollte in der Regel nach Wiedervorstellung beim HAUSARZT, in Abstimmung mit dem FACHARZT, nach aktuell bestätigtem Wissensstand erfolgen. 		

	<p>Facharzzebene - Grundlagen der Versorgungsqualität zur Verminderung von Fehlversorgung</p> <p>Außer ggf. in Notfällen bzw. Akutsituationen.</p> <p>Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel zwei Wochen nach Anmeldung. Persönliche bzw. telefonische Erreichbarkeit des RHEUMATOLOGEN sollte gegeben sein.</p> <p>Die Vertragspartner beabsichtigen, die u. g. wesentlichen Versorgungsziele z. B. durch multidisziplinäre Qualitätszirkel / Fortbildungen entsprechend zu vertiefen.</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Frühzeitige bio-psycho-soziale multidisziplinäre Versorgung Nach aktuell bestätigtem Wissensstand auch gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17 (u. a. www.awmf.de, www.ebm-netzwerk.de, www.rki.de, www.svr-gesundheit.de) zu entzündlichen Systemerkrankungen des rheumatischen Formenkreises (Anhang 2a zu Anlage 12a) sowie ggf. extraartikulärer Organmanifestationen und entsprechender Komorbiditäten (Anhang 2b zu Anlage 12a). Integration einer bio-psycho-sozialen und kooperativen Versorgung bedeutet, dass neben biologisch-medizinischen Faktoren auch soziale und psychische zu berücksichtigen sind, die den Verlauf der Beschwerden bzw. einer Erkrankung mit beeinflussen. 2. Motivationale Beratung Für ein vertieftes Verständnis zur Bedeutung nicht-medikamentöser Maßnahmen (v. a. Bewegung im Alltag bzw. körperliche Aktivität / Training, Ernährung, Nikotinstopp) gemäß Anlage 17 und Anhang 1 zu Anlage 17. 3. Gemeinsam klug entscheiden bzw. gemeinsame Entscheidungsfindung¹ zur Vereinbarung von individuellen Zielen im Rahmen eines multidisziplinären und vorausschauenden Versorgungsplans zu nicht-medikamentösen und zu medikamentösen Maßnahmen gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17 Einen wichtigen Einfluss auf die Compliance bzw. Adhärenz sowie das Ergebnis der Behandlung hat die adäquate Einbindung des Patienten in die Therapieentscheidungen und 		
--	--	--	--

¹ Entspricht der partizipativen Entscheidungsfindung bzw. shared decision making

	<p>das Selbstmanagement der Erkrankung. Die gemeinsame Entscheidungsfindung kann das Wissen des Patienten, die Entscheidung als solche und Behandlungsergebnisse verbessern sowie die Bedarfsgerechtigkeit der Versorgung erhöhen auch angesichts regionaler Versorgungsunterschiede.</p> <p>4. Unterstützung der ärztlichen Beratung zur Umsetzung o. g. Versorgungsziele durch die MFA bzw. EFA² (Anhang 4 zu Anlage 12a) mit niedrighschwelligen Informationen mündlich und schriftlich.</p> <p>5. Entsprechend umfassender Befundbericht für den HAUSARZT gemäß Anhang 2 zu Anlage 17 und auch gemäß Anhang 2a und 2b zu Anlage 12a sowie Anhang 11 zu Anlage 17.</p> <p>Übersicht: Anhänge zu Anlage 17 Orthopädie / Rheumatologie</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Anhang 1: Nicht-medikamentöse Therapie ▪ Anhang 2: Schnittstelle – Interdisziplinäre Versorgung ▪ Anhang 3: Medikamentöse Therapie ▪ Anhang 4: Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK ▪ Anhang 5: AOK-Sports ▪ Anhang 6: AOK-proReha ▪ Anhang 7: Hilfsmittel ▪ Anhang 8: AOK-Krankenhausnavigator ▪ Anhang 9: Heilmittel ▪ Anhang 10: Medizinische Rehabilitation ▪ Anhang 11: Richtige Kodierung ▪ Anhang 12: Medikamentöse Beratung ▪ Anhang 13: Anamnesebogen – Monitoring 		
--	---	--	--

² EFA®: Entlastungsassistent/in in der Facharztpraxis

<p>RP1</p>	<p>Facharztebene - Abklärung des Verdachts auf eine rheumatologische Erkrankung (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a; Verdacht auf (V) bzw. Ausschluss (A)).</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Anamnese 2. Klinische Untersuchung mit Assessment 3. Ggf. Bildgebung, spezielle Labordiagnostik 4. Diagnosestellung mit korrekter Kodierung 5. Ggf. Therapieeinleitung (nicht-medikamentös und ggf. medikamentös) einschließlich Abstimmung mit dem Patienten 6. Befundbericht <ul style="list-style-type: none"> ▪ Für den HAUSARZT vom RHEUMATOLOGEN u. a. mit Kodierung, Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen 7. Ggf. Überweisung <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Regel erfolgt die Überweisung über den koordinierenden und vernetzenden HAUSARZT (Empfehlung im Befundbericht). ▪ Nur in dringlichen Fällen bzw. bei speziellen für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen notwendigen und komplexen Fragestellungen, bei denen ein direkter Informationsfluss zur Erreichung einer hohen Antwortqualität notwendig ist, von FACHARZT zu FACHARZT. ▪ Es ist zu gewährleisten, dass Befundmitteilungen nachrichtlich jeweils auch an den HAUSARZT (bei Überweisung FA>FA) bzw. RHEUMATOLOGEN (bei Überweisung HA>FA) gehen. 	<p>Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern</p> <ul style="list-style-type: none"> • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat • Diagnosen (Verdacht auf (V) bzw. Ausschluss (A)) gemäß Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen. • Abrechnungsausschluss RP3. <p>RP1 ist vom RHEUMATOLOGEN oder einem anderen FACHARZT derselben BAG parallel zu P1 aus einem anderen § 73c-/§ 140a-Vertrag nicht am selben Tag, aber im selben Quartal abrechenbar, wenn jeweils eine eigene Überweisung des HAUSARZTES / FACHARZTES vorliegt.</p> <p>„HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versi-</p>	<p>20,00 EUR</p>
-------------------	--	--	------------------

		cherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.“	
RP1UE	Zuschlag Überweisung vom HAUSARZT	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • eine Überweisung vom HAUSARZT vorliegt • mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden hat. Nur additiv zu RP1, RP2 oder RP3 abrechenbar.	5,00 EUR
RP1A	Aufwandszuschlag auf RP1 In Einzelfällen bei erhöhtem Aufwand im Zusammenhang RP1.	<u>Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich (BAG/HBSNR/NBSNR-Ebene),</u> sofern <ul style="list-style-type: none"> • die Überweisung vom HAUSARZT / FACHARZT vorliegt Abrechnungsausschluss RP2 für vier Quartale.	20,00 EUR
RP2	Facharzt Ebene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a) <ol style="list-style-type: none"> Bio-psycho-soziale Anamnese vgl. auch Anamnesebogen (Anhang 13 zu Anlage 17) u. a. <ul style="list-style-type: none"> ▪ aktuelle (Anfangs-)Beschwerden insbesondere internistisch-rheumatologische Leitsymptome ▪ Schmerzen, Funktionsstörungen ▪ Vorerkrankungen, Verletzungen, Operationen und Allergien 	<u>Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich (BAG/HBSNR/NBSNR-Ebene),</u> sofern <ul style="list-style-type: none"> • gesicherte Diagnosen gemäß Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen Abrechnungsausschluss RP3. 	30,00 EUR

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ familiäre Krankheitsgeschichte ▪ extraartikuläre Organmanifestationen und Komorbiditäten, z. B. Herz-Kreislaufkrankungen, Diabetes mellitus, psychische Störungen ▪ körperliche und seelische Beschwerden / Belastungen ▪ bisherige relevante Maßnahmen ▪ Größe, Gewicht, Allgemeinzustand ▪ soziodemographische Angaben z. B. Beruf, Familienstand ▪ (Freizeit-)Verhalten bzw. Lebensstil v. a. Nikotinkonsum, körperliche Aktivität, Ernährungsverhalten ▪ Strukturierte Medikationsanamnese: Erfassung der vollständigen Medikation (auch OTC), Einnahmemodalitäten, Unverträglichkeiten und Allergien etc. <p>2. Körperliche Untersuchungen u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Inspektion und Palpation Gelenke, Bewegungsapparat, Organe wie z. B. Haut und Augen ▪ Funktionsprüfungen Muskelkraft ▪ Erhebung von Leitsymptomen zu den Gelenkfunktionen, extraartikulären Organmanifestationen und zu entsprechenden Komorbiditäten <p>3. Aufklärung zu und Einsatz von Fragebögen auch im Verlauf und daraus abgeleitete weitere multidisziplinäre Versorgung u. a.</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Krankheitsaktivität, Funktionskapazität bzw. –beeinträchtigung: <ul style="list-style-type: none"> – z. B. EULAR-Response-Kriterien, DAS 28 Disease Activity Score, FFbH Funktionsfragebogen Hannover, HAQ Health Assessment Questionnaire – ggf. Selbstbeurteilung RADAI Rheumatoid Arthritis Disease Activity Index bzw. BASFI Bath Ankylosing Spondylitis Functional Index ▪ psychische Befindlichkeit (z. B. v. a. zum unabhängigen Risikofaktor Depression Zwei-Fragen-Test, ggf. z. B. PHQ-9) ▪ Lebensqualität (z. B. SF-36 oder EuroQol-EQ-5D) <p>4. Ggf. Aufklärung bzw. Durchführung von Labor</p> <p>5. Ggf. Aufklärung bzw. Durchführung von Bildgebung</p>	<p>Abrechnung von Struktur- und Qualitätszuschlägen möglich.</p> <p>Abrechnung in Kombination mit RP1 möglich.</p> <p>Ausnahme: Liegt zwischen einem RP2-Abrechnungsquartal ein APK-freier Zeitraum von mindestens 4 Quartalen vor, kann RP2 erneut abgerechnet werden.</p> <p>„HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.“</p>	
--	---	--	--

6. Aufklärung zum Krankheitsbild (einschließlich Anatomie und Funktionsweise) zur Förderung des Krankheitsverständnisses, zum möglichen Krankheitsverlauf sowie zu allgemeinen Behandlungsmöglichkeiten

7. Nicht-medikamentöse Beratung (v. a. gemäß Anlage 17 und Anhängen zu Anlage 17)

Informationen zur Prävention und Gesundheitsförderung sowie entsprechende motivationale Beratung zur Unterstützung des Selbstmanagements und der Selbstfürsorge u. a. gemäß Alter, Geschlecht und Komorbiditäten bzw. Organmanifestationen

- Bewegung im Alltag bzw. körperliche Aktivität / Training
- durch bewussten Lebensstil wie Bewegung, Förderung von Gewichtsoptimierung und Risikominderung von Adipositas, Diabetes mellitus Typ II, Herz-Kreislaufkrankungen, Rückenschmerzen, Arthrose, Osteoporose usw. sowie auch günstigem Einfluss damit auf die Medikation
- Nikotinstopp auch zur günstigen Beeinflussung entzündlicher Prozesse
- Reduktion eines übermäßigen Alkoholkonsums
- Ernährung z. B. mediterrane Kost, arachidonsäurearm
- sonstige unterstützende Maßnahmen je nach Beschwerdebild der jeweiligen rheumatologischen Erkrankung
- Sonnenschutz z. B. insbesondere bei Kollagenosen
- konkrete Angebote zur Prävention und Gesundheitsförderung wie z. B.
 - (Sport)-Vereine
 - Deutscher Olympischer Sportbund (Rezept für Bewegung)
 - Funktionstraining z. B. über die Rheuma-Liga und Rehabilitationssport nach ärztlicher Verordnung über das Muster 56
 - AOK-Gesundheitsangebote über den AOK-Präventionsberater bzw. Gesundheitsangebote über den Patientenbegleiter der Bosch BKK mittels grünem Rezept bzw. Privatrezept (v. a. zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung)
- Förderung der Teilhabe am Leben und Vernetzung vor Ort u. a. durch patientenbezogene Einschaltung des Sozialen Dienstes der AOK (Sozialpädagogen) bzw. der Patientenbegleitung der Bosch BKK (Pflegekräfte, Sozialarbeiter, Sozialversicherungsfachkräfte) z. B. zu Themen wie psychosoziale Belastungen, berufliche Risikofaktoren, Pflegeberatung, Rehabilitation

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ bei psychischen Störungen einschließlich z. B. chronischer Schmerzstörungen mit somatischen und psychischen Faktoren ggf. psychotherapeutische Unterstützung gemäß PNP-Vertrag ▪ ggf. Selbsthilfe z. B. Rheuma-Liga ▪ frühzeitige Rehabilitation ▪ qualitätsgesicherte Patientenschulungsprogramme (z. B. StruPI) ▪ ggf. qualitätsgesicherte Online-Patientenschulungsprogramme ▪ unterstützende Beratung zu DMPs bzw. AOK-Curaplan / Bosch BKK (BKK MedPlus) z. B. Diabetes, KHK / Herzinsuffizienz, COPD / Asthma ▪ ggf. Hilfsmittel ▪ ggf. Heilmittel <p>8. Medikamentöse Beratung nach aktuellem bestätigtem Wissensstand auch gemäß Anlage 17 und Anhang 3 und 12 zu Anlage 17 sowie Anhang 3 zu Anlage 12a</p> <p>unter besonderer Beachtung folgender Grundlagen: Alter, Geschlecht, Kontraindikationen, Arzneimittelinteraktionen (Polypharmazie, inklusive OTC Präparaten), Nieren- und Leberfunktion (ggf. Dosisanpassung), extraartikulärer Organmanifestationen (v. a. Herz, Lunge, Augen, Niere und Gefäße) und entsprechende Komorbiditäten sowie weitere relevante Komorbiditäten (Multimorbidität); Beispiele: Kardiovaskuläre Risikofaktoren / Erkrankungen (arterieller Hypertonus, Dyslipidämie, KHK, Herzinsuffizienz, pAVK), Depression, Diabetes mellitus, Osteoporose, COPD / Asthma; rationaler Pharmakotherapie; Notwendigkeit und Angemessenheit bestehender Medikation siehe z. B. www.priscus.net, auch www.dosing.de, www.embryotox.de, www.dgrh.de</p> <p>zum Beispiel:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ziel, Dauer, Wirkmechanismus und mögliche Nebenwirkungen der einzelnen Arzneimittel sowie ggf. notwendige Kontrollen oder Lebensstiländerungen ▪ Medikationsplan einschließlich Besprechung möglicher Hemmnisse / Vorbehalte zur Förderung der Adhärenz ▪ Interaktion zwischen Therapie und Erkrankung / Komorbidität, z. B. <ul style="list-style-type: none"> - Blutdrucksteigerung bei Einsatz von NSAR und / oder Kortikoiden - Risikosteigerung von kardiovaskulären Erkrankungen unter Einsatz von NSAR - Kontraindikation von NSAR / TNF-alpha-Blocker bei Herzinsuffizienz 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - Glukokortikoidtherapie mit Auswirkung auf die Blutzuckereinstellung und ggf. Osteoporoseprophylaxe - engmaschiges Monitoring z. B. bei vorliegender COPD bzw. Asthma unter Immunsuppression <ul style="list-style-type: none"> ▪ Impfungen unter Berücksichtigung einer Immunsuppressivatherapie, z. B. Influenza- und Pneumokokken-Impfung ▪ Beratung von Schwangeren auch unter Zuhilfenahme von Online-Beratungszentren (z. B. www.embryotox.de, www.dgrh.de) ▪ DMARD-Therapie (cDMARDs und bDMARDs) über Anwendung (Schulung des Patienten), Risiken (z. B. erhöhtes Infektionsrisiko), Nebenwirkungen (z. B. allergische Reaktionen), Warnhinweise (z. B. bei Herzinsuffizienz, Schwangerschaft) ▪ Notwendigkeit engmaschiger klinischer und Laborkontrollen unter DMARD-Therapie ▪ bei fehlender Remission bzw. Nichterreichen des Therapieziels trotz Dosisoptimierung nach spätestens 3 bzw. 6 Monaten zeitnahe Eskalation der DMARD-Therapie / Therapiewechsel (treat-to-target Strategie), ggf. De-Eskalation ▪ nicht-medikamentöse Alternativen und deren Effekte auf den Krankheitsverlauf (v. a. Schmerzminderung, verbesserte Lebensqualität) ▪ Korrelation zwischen Tabakkonsum und entzündlichen Botenstoffen einschließlich Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Medikation auch im Kontext Adipositas ▪ besondere Therapiesituationen (u. a. Schwangerschaften, Kinderwunsch, perioperatives Management) <p>8.1 Beratung zu Polypharmazie bei Multimorbidität</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Wechselwirkungen, Nebenwirkungen und Kontraindikationen aller verwendeten Medikamente sowie zum erforderliche Monitoring ▪ potentiell inadäquate Medikation, siehe z. B. www.priscus.net ▪ Analgetika / insbesondere kurzfristiger Einsatz von NSAR / Coxibe (Indikation, Kontraindikation v. a. Nierenerkrankung / Bluthochdruck / kardiovaskulär Risikofaktoren / Erkrankungen, Wechselwirkungen, angepasste Dosierung bzw. erforderliche Dosisreduktion), ggf. alternative Schmerzmittel v. a. bei älteren Patienten wie Paracetamol (unter Beachtung der maximalen Dosierung) und nachgeordnet ggf. Metamizol ▪ bei Opioiden, z. B. erhöhte Sturzgefahr und Abhängigkeitspotential 		
--	---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Glukokortikoide, u. a. Wechselwirkungen, angemessene Dosierung, Abhängigkeitspotential, Einnahmezeitpunkt (zirkadianer Mechanismus), Monitoring, Ausschleichen und Absetzen ▪ Überprüfung der PPI-Indikation (ggf. schrittweises Absetzen) ▪ ggf. Rücksprache mit HAUSARZT bzw. unter Einbeziehung weiterer in der Behandlung des Patienten beteiligter FACHÄRZTE im Sinne eines multidisziplinären Versorgungsplanes <p>8.2 Beratung zu Methotrexat</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ als first-line Gabe bei rheumatoider Arthritis (Kontrolle der entzündlichen Aktivität mit günstiger Wirkung auf die Lebenserwartung, v. a. Verminderung des Herzinfarkttrisikos) ▪ Effektivität auch abhängig von der Applikationsform (parenterale Applikation effektiver als orale) ▪ Gabe 1 x / Woche und zur besseren Verträglichkeit ggf. Dosisaufteilung ▪ mögliche Wechselwirkungen am Tag der MTX-Gabe mit NSAR (z. B. Hemmung der MTX-Ausscheidung) ▪ Gabe von Folsäure 5-10 mg, 24-48 Stunden nach MTX-Gabe (kann Nebenwirkungen und Abbruchrate reduzieren) ▪ Aufklärung zu häufigen Nebenwirkungen (z. B. gastrointestinale Beschwerden, Stomatitis, Haarausfall) und ggf. Lebensstilberatung, um Adhärenz zu fördern ▪ erforderliches Monitoring zur Verträglichkeit, zu Nebenwirkungen und deren Behandlung sowie zum Labor (Blutbild, Kreatinin, Leberenzyme) ▪ bei gebärfähigen Frauen nur unter Konzeptionsschutz; MTX mindestens 3 Monate vor geplanter Schwangerschaft absetzen, Notwendigkeit der Empfängnisverhütung auch bei Männern beachten <p>9. Individueller, multidisziplinärer und vorausschauender Versorgungs- einschließlich Medikationsplan zu o. g. Beratungsinhalten und Versorgungszielen (auch gemäß Anhängen zu Anlage 17) mit Dokumentation zu den Empfehlungen</p> <p>10. Ggf. Teilnahme an der rheumatologischen Kerndokumentation über das deutsche Rheuma-Forschungszentrum, evtl. RheumaDok des BDRh</p>		
--	---	--	--

11. Strukturierter Befundbericht gemäß Anhang 2 zu Anlage 17

- Für den HAUSARZT vom RHEUMATOLOGEN möglichst innerhalb von 3 Werktagen, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen mit korrekter umfassender, spezifischer und endstelliger Kodierung der Grunderkrankung einschließlich extraartikulärer Organmanifestationen (wie Herz, Lunge, Leber, Nieren, Augen und Gefäße) und entsprechender Komorbiditäten sowie Befunden, Maßnahmen und Empfehlungen usw. für ein multidisziplinäres kooperatives Versorgungsmanagement (Schnittstelle).
- Bei Notfällen wird der Befundbericht sofort dem HAUSARZT und dem Überweiser übermittelt.
- Bei rheumatologischer Neueinstellung oder Therapieumstellung ist unmittelbar ein kurzer Befundbericht bzw. aktualisierter Medikationsplan per Fax an den HAUSARZT zu übermitteln.

einschließlich Empfehlungen im Befundbericht an den HAUSARZT z. B.

- KARDIOLOGIE z. B. quartalsweise zur Herzinsuffizienz (v. a. Ultraschall Herz)
- ORTHOPÄDIE u. a. zur motivationalen Beratung / konservative und ggf. operative Mitbehandlung, ggf. weiterer degenerativer muskuloskelettaler Beschwerden / Erkrankungen
- PSYCHOTHERAPIE / PSYCHIATRIE z. B. bei psychischen Störungen wie depressiven Episoden
- GASTROENTEROLOGIE z. B. bei chronisch entzündlichen Darmerkrankungen
- sonstige Facharztgruppen z. B. Augenheilkunde, Dermatologie
- Sozialer Dienst der AOK / Patientenbegleitung der Bosch BKK z. B. bei psycho-sozialen Belastungen oder beruflichen Risikofaktoren gemäß Anhang 4 zu Anlage 17
- DMPs bzw. AOK-Curaplan / Bosch BKK (BKK MedPlus) auch bei extraartikulären Organmanifestationen und entsprechenden Komorbiditäten wie z. B. Diabetes, KHK / Herzinsuffizienz, COPD / Asthma mit „Einschreibe“-Empfehlung an den HAUSARZT
- konkreten Angeboten zur Prävention und Gesundheitsförderung wie (Sport)-Vereine, Deutscher Olympischer Sportbund, Rheuma-Liga oder auch AOK-Gesundheitsangebote über den AOK-Präventionsberater bzw. Gesundheitsangeboten über den Patientenbegleiter der Bosch BKK mit entsprechender korrekter Verordnung (v. a. zur Bewegung, Ernährung und Raucherentwöhnung)
- frühzeitige Rehabilitation

	<p>12. Durchführung der medikamentösen Therapie siehe u. a. Anlage 17 und Anhang 3 und 12 zu Anlage 17</p> <p>13. Ggf. Akupunktur</p> <p>14. Ggf. Überweisung</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ In der Regel erfolgt die Überweisung über den koordinierenden und vernetzenden HAUSARZT (Empfehlung im Befundbericht). ▪ Nur in dringlichen Fällen bzw. bei speziellen für die Diagnostik der rheumatischen Erkrankungen notwendigen und komplexen Fragestellungen, bei denen ein direkter Informationsfluss zur Erreichung einer hohen Antwortqualität notwendig ist, von FACHARZT zu FACHARZT. ▪ Es ist zu gewährleisten, dass Befundmitteilungen nachrichtlich jeweils auch an den HAUSARZT (bei Überweisung FA>FA) bzw. RHEUMATOLOGEN (bei Überweisung HA>FA) gehen. <p>15. Unterstützung auch durch die EFA® zur Förderung der Patientensicherheit u. a. auch gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a zur</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Bio-psycho-sozialen Anamnese (Anamnesebogen) und weiteren Fragebögen s. o. ▪ Kodierung ▪ nicht-medikamentösen Therapie ▪ medikamentösen Therapie ▪ Vernetzung bzw. Koordination auch mit dem HAUSARZT und der VERAH / MFA / EFA® <p>einschließlich Aushändigen von schriftlichen evidenzbasierten Patienteninformationen (z. B. IQWiG / Gesundheitsinformation, AWMF, ÄZQ, RKI, Rheuma-Liga, DGRh)</p>		
<p>RP3</p>	<p>Facharztbene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (gemäß Anhang 2a und ggf. Anhang 2b zu Anlage 12a)</p> <p>Versorgungsinhalte entsprechend RP2 für den Verlauf bzw. das Monitoring</p>	<p>Einmal pro Quartal abrechenbar bei Vorliegen von gesicherten Diagnosen gemäß Anhang 2a zu Anlage 12a.</p> <p>Abrechnung von Struktur- und Qualitätszuschlägen möglich.</p>	<p>30,00 EUR</p>

		<p>Abrechnungsausschluss RP1 und RP2.</p> <p>„HAUSÄRZTE, die auch an diesem Vertrag teilnehmen, können für eine/n HZV-Versicherte/n keine Grundpauschale abrechnen, wenn der-/dieselbe Arzt/Ärztin (Personenidentität) am selben Tag auch Leistungen nach dem AOK- oder Bosch BKK HZV-Vertrag erbringt und diese nach den Regelungen im AOK-oder Bosch BKK HZV-Vertrag abgerechnet werden. Wird der Versicherte in der HZV als Vertretungsfall behandelt, ist die Abrechnung nach diesem Vertrag vorrangig.“</p>	
--	--	--	--

2. Zuschlagspauschalen			
RBG	Zuschlag Beratungsgespräch (RBG) insbesondere gemäß Punkt 7 und 8 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2)	Maximal zweimal pro Quartal à 10 Minuten- Einheiten i. V. m. RP2 oder RP3 abrechenbar. Parallel zur RBGI abrechenbar. Abrechnungsausschluss RP1, Ausnahme i. V. m. RP2 Ausschluss Akupunktur.	18,00 EUR
RBGI	Zuschlag Beratungsgespräch Intensiv (RBGI) bei Frauen mit Schwangerschaft insbesondere auch multidisziplinäre Beratung und Monitoring, v. a. medikamentös	Zusätzlich maximal zweimal in vier Quartalen à 10 Minuten-Einheiten i. V. m. RP2 oder RP3 abrechenbar bei Frauen mit Schwangerschaft bei Diagnosen gemäß Anhang 2c zu Anlage 12a. Zusätzlich zu RBG abrechenbar. Abrechnungsausschluss RP1, Ausnahme i. V. m. RP2 Ausschluss Akupunktur.	18,00 EUR

<p>RBGB1</p>	<p>Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar-Umstellung (RBGB1) bei Umstellung der stabilen Biologika-Therapie mit den Wirkstoffen Etanercept und Adalimumab auf das jeweilige Biosimilar.</p> <p>Förderung der größtmöglichen Adhärenz u. a durch Beratung zu:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prinzip der Biosimilarität inkl. Aspekten der äquivalenten Qualität, Sicherheit und Wirksamkeit der Biosimilar gegenüber den jeweiligen Originalen • Biosimilar Zulassungsprozess (EMA, klinische Studien) • Informationen zum pharmazeutischen Hersteller • Aufklären zu ggf. verändertem Aussehen, Anwendung etc. <p>Außerdem:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Beratung zu unverändert weiter gültigen generellen Aspekte einer Biologika-Therapie (Impfschutz, mögliche Nebenwirkungen, zuverlässige Anwendung etc.) • Dokumentation der Umstellung: Handelsname <p>Information an den Hausarzt</p>	<p>Abrechnung einmal in der Arzt-Patienten-Beziehung möglich à 20 Minuten</p> <ul style="list-style-type: none"> - Abrechenbar bei der erstmaligen Verordnung eines Biosimilars für stabil auf ein entsprechendes Original eingestellte Versicherte (d.h. in den Apothekenabrechnungsdaten der AOK/BKK liegt in 2 Vorquartalen mindestens 1 Verordnung für das Original der betroffenen Wirkstoffe vor aber in keinem Quartal für das entsprechende Biosimilar) - Additiv zu RP2 oder RP3 - Abrechenbarkeit ab Q4/2018 bis einschließlich Q4/2020 <p>Die AOK kann durch einseitige Erklärung bis 2 Wochen vor Quartalsende gegenüber dem Mediverein die Möglichkeit zur Abrechnung der RBGB1 bereits vor Ablauf des Quartals 4/2020 beenden. Die Abrechnungsmöglichkeit der RBGB1 endet für den Facharzt für Versicherte der AOK dann mit Ablauf des Quartals, in welchem die Erklärung von der AOK abgegeben wird. Eine Angabe von Gründen durch die AOK ist nicht erforderlich. Dieses Recht steht inhaltsgleich auch der Bosch</p>	<p>36 EUR</p>
---------------------	---	--	---------------

		BKK mit Wirkung für Ihre Versicherten zu.	
RBGB2	<p>Zuschlag Beratungsgespräch Biosimilar-Monitoring (RBGB2) zur intensivierten Begleitung nach eingeleiteter Umstellung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Versorgungsinhalte entsprechend RBGB 1 für den Verlauf bzw. das Monitoring. • ggf. intensivierte Beratung bei Fragen bzgl. wahrgenommener Nebenwirkungen 	Abrechenbar für Patienten, für die im Abrechnungsquartal eine Verordnung für ein Biosimilar der betr. Wirkstoffe in den Abrechnungsdaten der AOK/BKK vorliegt <ul style="list-style-type: none"> - additiv zu RP3 abrechenbar - Maximal einmal pro Quartal à 15 Minuten abrechenbar - Maximal in 2 aufeinanderfolgenden Quartalen abrechenbar, die auf das Abrechnungsquartal von RBGB1 folgen 	27 EUR

RMM	Zuschlag Multimorbidität und ggf. Polypharmazie (≥ vier Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen) insbesondere gemäß Punkt 8.1 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2)	Einmal pro Abrechnungsquartal, sofern <ul style="list-style-type: none"> • bei ≥ zwei ICDs gemäß Anhang 2b zu Anlage 12a zusätzlich zu ≥ einer ICD aus Anhang 2a zu Anlage 12 vorhanden Additiv zu RP2 oder RP3 abrechenbar.	10,00 EUR
RMTX	Zuschlag MTX-Frühbehandlung / Verordnungsprüfung insbesondere gemäß Punkt 8.2 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2)	Einmal pro Abrechnungsquartal. Additiv zu RP2 oder RP3 abrechenbar, sofern Patient mit MTX therapiert wird d. h. Verordnung von HAUSARZT / FACHARZT MTX vorliegt, ggf. auch aus Vorquartal.	10,00 EUR
3. Einzelleistungen			
RE1	Patientenschulung StruPI (Strukturierte Patienteninformation)	Je Schulungseinheit und Patient einmal pro Arzt-Patienten-Beziehung nur i. V. m. RP2 oder RP3 innerhalb von 2 Quartalen abrechenbar. Maximal drei Einheiten à 90 Minuten und Patientengröße zwischen 6-10 Personen. Nicht am gleichen Tag mit RBG bzw. RBGI abrechenbar.	25,00 EUR je Einheit
RE2A	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 2 Stunden	Einmal pro Tag i. V. m. RP2 oder RP3.	53,00 EUR

		Nicht am selben Tag neben RE2B und / oder RE2C abrechenbar.	
RE2B	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden	Einmal pro Tag i. V. m. RP2 oder RP3. Nicht am selben Tag neben RE2A und / oder RE2C abrechenbar.	101,00 EUR
RE2C	Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden	Einmal pro Tag i. V. m. RP2 oder RP3. Nicht am selben Tag neben RE2A und / oder RE2B abrechenbar.	148,00 EUR

4. Struktur- und Qualitätszuschläge			
RQ1	Strukturzuschlag für Sonografie Genehmigung zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen für die Sonografie.	Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a.	1,00 EUR
RQ2	Strukturzuschlag für Röntgen Genehmigung zur Ausführung und Abrechnung von Röntgenleistungen für Röntgenaufnahmen. Einhaltung der Röntgen-Verordnung und der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen durch die ärztliche Stelle in der jeweils gültigen Fassung.	Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a.	3,00 EUR
RQ3	Strukturzuschlag für Osteodensitometrie (DXA) Nach dem Dual-Röntgen-Absorptiometrie-Verfahren.	Zuschlag auf RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a.	4,00 EUR
RQ4	Strukturzuschlag Power-Doppler Apparative Voraussetzung zur Durchführung der Leistung Power-Doppler mit einem Gerät zur Farb-Duplex-Sonographie.	Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3 qualifikationsgebunden gemäß Anlage 2a.	3,00 EUR
RQ5	Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie Wirtschaftliche Verordnung von Arzneimitteln mittels einer Vertragssoftware	Bei Erreichen der Quoten erfolgt ein arztindividueller Zuschlag auf die Pauschale RP1, RP2 oder RP3 gemäß Anhang 3 zu Anlage 12a.	4,00 EUR
RQ6	Strukturzuschlag EFA® Nachweis durch den RHEUMATOLOGEN, dass er eine/n EFA® mit entsprechender Qualifikation gemäß Anhang 4 zu Anlage 12a beschäftigt.	Zuschlag auf RP2 oder RP3.	5,00 EUR

Elektronische Arztvernetzung			
RQ7*	<p>Qualitätszuschlag elektronische Arztvernetzung</p> <p>Umsetzung der Fachanwendungen zur elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 und Anhang 6 zu Anlage 12a</p>	<p>Der Zuschlag wird automatisch auf die Vergütungsziffer RP1 oder RP2 oder RP3 im Quartal aufgeschlagen, insgesamt maximal einmal pro Quartal.</p> <p>Der Zuschlag erfolgt ab dem Quartal, in dem die Teilnahmebestätigung des FACHARZTES an der elektronischen Arztvernetzung durch die Managementgesellschaft ausgestellt wird, sofern die Teilnahmebestätigung bis zum 15. des zweiten Kalenderquartalsmonats erfolgte. Spätere Teilnahmen werden ab dem Folgequartal vergütet.</p>	5,00 EUR / Quartal
RQ8*	<p>Erfolgsbonus elektronische Arztvernetzung</p> <p>Umsetzung der IT-Fachanwendungen gem. Anhang 5 Abs. 1 lit. b) und c) zu Anlage 12a</p>	<p>Der Erfolgsbonus wird automatisch auf die Vergütungsziffer RP1 oder RP2 oder RP3 im Quartal, insgesamt maximal einmal pro Quartal, aufgeschlagen, wenn die in Anhang 5 unter „IV.“ näher geregelten Voraussetzungen erfüllt werden.</p>	2,00 EUR/ Quartal
ZITV*	<p>Einmaliger Zuschuss Organisationspauschale elektronische Arztvernetzung</p> <p>Organisatorische Maßnahmen zur Durchführung der elektronischen Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12a (bspw. Anwendungsschulung und Installation des Vertragssoftwaremoduls)</p>	<p>Der Zuschuss wird einmal je selektivvertragsteilnehmender Praxis/BAG/MVZ (inklusive NBSNRn) vergütet, sofern eine aktive Teilnahme an der elektronischen</p>	Einmalig 2.500,00 EUR

		<p>Arztvernetzung gem. Anhang 5 zu Anlage 12a vorliegt.</p> <p>Im Falle einer parallelen Teilnahme an der hausarztzentrierten Versorgung gem. § 73b SGB V der AOK Baden-Württemberg (HZV/AOK-Hausarztprogramm) und gleichzeitiger Teilnahme an der elektronischen Arztvernetzung in beiden Verträgen, erfolgt der einmalige Zuschuss über die HZV. Eine Abrechnung über den Facharztvertrag Orthopädie-Rheumatologie ist in diesem Falle ausgeschlossen. Im Falle einer Teilnahme der/des Praxis/BAG/MVZs an mehreren Facharztarztverträgen gem. §§ 73c a.F. bzw. 140a SGB V der AOK Baden-Württemberg (AOK-Facharztprogramm), wird der einmalige Zuschuss insgesamt ebenfalls nur einmal ausbezahlt. Die Auszahlung erfolgt einmalig in dem Vertrag mit der längsten Vertragslaufzeit, an dem die/das Praxis/BAG/MVZ auch an der elektronischen Vernetzung teilnimmt.</p> <p>Die aktive Teilnahme wird im Rahmen der Teilnahmeerklärung durch den Arzt per Selbstauskunft ausdrücklich bestätigt.</p>	
--	--	--	--

5. Vertretungsleistungen			
RV1	Vertretungspauschale	Nicht im selben Quartal abrechenbar neben RP1-RP3, RBG bzw. RBGI.	12,50 EUR
6. Sonstige Zuschläge			
RZ1	Investitionskostenzuschlag	Dieser Zuschlag wird in den ersten drei Abrechnungsquartalen nach Vertragsbeginn (nicht persönlicher Vertragsbeginn des RHEUMATOLOGEN) auf die ersten abgerechneten Ziffern aufgeschlagen, die für einen am Facharztprogramm teilnehmenden Patienten abgerechnet werden. Dieser Zuschlag kann insgesamt nur einmal je eingeschriebenen Patienten abgerechnet werden und ist maximal auf die ersten 100 Patienten begrenzt.	15,00 EUR

* Gilt nur für die AOK Baden-Württemberg