

**Zusammenfassung der Ziffern und Abrechnungsregeln im Orthopädie / Rheumatologievertrag 73c - Modul "Internistische Rheumatologie"**

| Ziffer                             | Inhalt   | Vergütung                         | Abrechnungshäufigkeit   | Regel/ Besonderheit   |
|------------------------------------|--|-----------------------------------|---|---|
| <b>Grund- und Zusatzpauschalen</b> |  |                                   |   |   |
| RP1                                | Facharztbene - Abklärung des Verdachts auf eine rheumatologische Erkrankung  | 20,00 €                           | 1x im Quartal   | Es muss mindestens ein persönlicher Arzt-Patienten-Kontakt stattgefunden haben; es muss eine Diagnose (Verdacht auf (V) bzw. Ausschluss (A)) gem. Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen; nicht neben RP3 im selben Quartal abrechenbar                |
| RP1UE                              | Zuschlag Überweisung vom HzV-HAUSARZT  | AOK: 10,00 €<br>Bosch BKK: 5,00 € |   |   |
| RP1A                               | Aufwandszuschlag auf RP1 (bei erhöhtem Aufwand im  | 20,00 €                           | 1x pro Arzt-Patienten-Beziehung   | Es muss eine Überweisung vom HAUSARZT/FACHARZT vorliegen; Abrechnungsausschluss RP2 für 4 Quartale  |
| RP2                                | Facharztbene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (erstmalig)  | 30,00 €                           |   |   |
| RP3                                | Facharztbene - spezielle internistische Rheumatologie nach bestätigtem Verdacht (laufend)  | 30,00 €                           | 1x im Quartal   | Es muss eine gesicherte Diagnose gem. Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen; nicht neben RP1 und RP2 im selben Quartal abrechenbar  |
| <b>Zuschlagspauschalen</b>         |  |                                   |   |   |
| RBG                                | Zuschlag Beratungsgespräch (RBG) insbesondere gemäß Punkt 7 und 8 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2 und RP3)  | 18,00 €                           | 2x im Quartal   | In Verbindung mit RP2 oder RP3 abrechenbar; nicht neben RP1 im selben Quartal abrechenbar (Ausnahme: i. V. m. RP2); Ausschluss Akupunktur   |
| RBGI                               | Zuschlag Beratungsgespräch Intensiv (RBGI) bei Frauen mit Schwangerschaft insbesondere auch multidisziplinäre Beratung und Monitoring, v. a. medikamentös                                      | 18,00 €                           | 2x im Krankheitsfall  | Zusätzlich in Verbindung mit RP2 oder RP3 bei Frauen mit Schwangerschaft abrechenbar; es muss eine Diagnose gem. Anhang 2c zu Anlage 12a vorliegen; nicht neben RP1 im selben Quartal abrechenbar (Ausnahme: i. V. m. RP2); Ausschluss Akupunktur |
| RMM                                | Zuschlag Multimorbidität (≥ 3 Diagnosen) und ggf. Polypharmazie (≥ vier Wirkstoffe bzw. Wirkstoffkombinationen) insbesondere gemäß Punkt 8.1 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2) | 10,00 €                           | 1x im Quartal   | Es müssen mindestens zwei Diagnosen gem. Anhang 2b zu Anlage 12a und mindestens eine Diagnose gem. Anhang 2a zu Anlage 12a vorliegen  |
| RMTX                               | Zuschlag MTX-Frühbehandlung / Verordnungsprüfung insbesondere gemäß Punkt 8.2 der o. g. Versorgungs- und Leistungsinhalte (RP2 und RP3)  | 10,00 €                           |   |   |
| <b>Einzelleistungen</b>            |  |                                   |   |   |
| RE1                                | Patientenschulung StruPI (Strukturierte Patienteninformatio)   | 25,00 € je Einheit                | 3x in 2 Quartalen (Gesamteinheiten einmalig pro Arzt-Patienten-Beziehung abrechenbar) | Nur in Verbindung mit RP2 oder RP3 abrechenbar; Patientengrößen: 6-10 Personen; nicht neben RBG bzw. RBGI am selben Tag abrechenbar   |
| RE2A                               | Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 2 Stunden  | 53,00 €                           | 1x pro Tag  | In Verbindung mit RP2 oder RP3 abrechenbar; nicht neben RE2b und / oder RE2c am selben Tag abrechenbar  |
| RE2B                               | Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 4 Stunden  | 101,00 €                          |   | In Verbindung mit RP2 oder RP3 abrechenbar; nicht neben RE2a und / oder RE2c am selben Tag abrechenbar  |
| RE2C                               | Ambulante praxisklinische Betreuung und Nachsorge, Dauer mehr als 6 Stunden  | 148,00 €                          |   | In Verbindung mit RP2 oder RP3 abrechenbar; nicht neben RE2a und / oder RE2b am selben Tag abrechenbar  |
| <b>Qualitätszuschläge</b>          |  |                                   |   |   |
| RQ1                                | Strukturzuschlag für Sonografie  | 1,00 €                            | 1x im Quartal   | Zuschlag auf RP1, RP2 oder RP3  |
| RQ2                                | Strukturzuschlag für Röntgen   | 3,00 €                            |   |   |
| RQ3                                | Strukturzuschlag für Osteodensitometrie (DXA)  | 4,00 €                            |   |   |
| RQ4                                | Strukturzuschlag Power-Doppler   | 3,00 €                            |   |   |
| RQ5                                | Qualitätszuschlag Rationale Pharmako-Therapie  | 4,00 €                            |   |   |
| RQ6                                | Strukturzuschlag EFA®  | 5,00 €                            |   |   |
| <b>Vertreterleistungen</b>         |  |                                   |   |   |
| RV1                                | Vertretungspauschale   | 20,00 €                           |   | Nicht neben RP1-RP3, RBG bzw. RBGI im selben Quartal abrechenbar  |
| <b>Infoziffern</b>                 |  |                                   |   |   |
| FBE                                | telemedizinischer APK  |                                   | 1x im Quartal   | Soll bei einer rein telemedizinischen Quartalsbehandlung dokumentiert werden. Mögliche Leistungen, welche telemedizinisch erbracht werden können sind mit dem Monitor Symbol gekennzeichnet (siehe Legende).                                      |

| Legende   |   |
|---|---|
| Symbol  | Bedeutung   |
|  | = Ziffer ist von der Praxis anzusetzen  |
|  | = Ziffer ist nur abrechenbar bei Vorliegen gesicherter Diagnosen gem. Diagnosenliste (siehe Anhang zum jeweiligen Vertrag)  |
|  | = Ziffer wird bei Vorliegen der Voraussetzungen automatisch erzeugt   |
|  | = zur Abrechenbarkeit der Ziffer muss ein entsprechender Nachweis/ Abrechnungsvoraussetzung/ Genehmigung vorliegen  |
|  | = Ausschluss Delegation an nicht ärztliche Mitarbeiter d.h. die Leistung ist vom Facharzt zu erbringen und ist nicht delegierbar  |
|  | = Leistungen können persönlich oder telemedizinisch erbracht werden. Eine rein telemedizinische Quartalsbehandlung wird in der Vertragssoftware mit der "FBE" dokumentiert. |