

Vertrag

zur Integrierten Versorgung in der Rheumatologie
gemäß § 140a SGB V

zwischen der

BARMER

BARMER

Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin

vertreten durch den Vorstand

(„BARMER“)

und der



BDRh Service GmbH

Forstring 16 a, 44869 Bochum

vertreten durch die Geschäftsführung

(„BSG“)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Grundsätze und Ziele
- § 2 Versorgungsregion
- § 3 Teilnahme der Versicherten
- § 4 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Ärzte
- § 5 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Hausärzte
- § 6 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen sowie der Ambulanzen
- § 7 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Kinder- und Jugendrheumatologen und der Ambulanzen
- § 8 Kooperation zwischen den Ärzten
- § 9 Aufgaben / Leistungen der BSG
- § 10 Vergütung
- § 11 Abrechnung für Leistungen der Ärzte mit Ausnahme der Ambulanzen
- § 12 Abrechnung der Leistungen der Ambulanzen
- § 13 Verwaltungskostenpauschale
- § 14 Qualität
- § 15 QS-Software
- § 16 Datenschutz
- § 17 Geheimhaltung
- § 18 Haftung
- § 19 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung
- § 20 Schlussbestimmungen

Verzeichnis der Anlagen

- Anlage 1** Qualifizierter Arztbrief
- Anlage 2** Assessment und Therapieziele Hausarzt
- Anlage 3** IV-Vergütung und Abrechnung für Ärzte
- Anlage 3 Anhang 1** Folgeerkrankungen
- Anlage 3 Anhang 2** Einschlusskriterien
- Anlage 4** Prozessbeschreibung
- Anlage 5** Strukturqualität
- Anlage 5.1** Teilnahmeerklärung Hausarzt
- Anlage 5.2** Teilnahmeerklärung Rheumatologe und Kinder- und Jugendrheumatologe
- Anlage 5.3** Teilnahmeerklärung Ambulanz
- Anlage 6.1** Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Anlage 6.2	Patienteninformation zum Datenschutz
Anlage 7	Qualitätssicherung
Anlage 8	QS-Software
Anlage 9	Vertragsregion
Anlage 10	Infusionstherapie
Anlage 11	Epikrise Transition
Anlage 12	Checkliste Transition
Anlage 13	Fragebogen Transition
Anlage 14	Kurzarztbericht Transition
Anlage 15	Evaluationsbogen Transition
Anlage 16	Arzneimitteltherapie für Erwachsene
Anlage 17	unbesetzt
Anlage 18	Behandlungsinformation Patient
Anlage 19	Behandlungsweg
Anlage 20	Befüllungshinweise zur Abrechnung nach § 295 Abs. 1b SGB V
Anlage 21	Satzbeschreibung Leistungserbringerverzeichnis

Präambel

Die BARMER GEK und die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH haben diesen Vertrag zur Integrierten Versorgung in der Rheumatologie vom 01.05.2016 mit Wirkung zum 01.08.2015 geschlossen. Mit Änderungsvereinbarungen vom 01.10.2016, 01.01.2017 und 01.01.2018 wurde dieser Vertrag angepasst. Durch die zahlreichen Änderungen sowie die Umfirmierung der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH zur BDRh Service GmbH, die Beauftragung des neuen Rechenzentrums zum 01.04.2018 und die Umbenennung der BARMER GEK in BARMER soll die jetzige Fassung zum 01.04.2018 alle bisherigen Änderungen der Änderungsvereinbarungen zusammenfassen.

Die BARMER und die BSG haben sich im Rahmen der Integrierten Versorgung nach § 140 a SGB V („IV“) zum Ziel gesetzt, die Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma bei Vorliegen der Einschlusskriterien (Anhang 2 der Anlage 3) bzw. bei Verdacht nachhaltig zu verbessern.

Entzündliches Rheuma ist der zentrale Beschwerdekomples zahlreicher chronischer Erkrankungen mit muskuloskelettalen Beschwerden und Funktionsstörungen mit systemischer Beteiligung und gehört zu den chronischen Erkrankungen, die bei den Betroffenen zu höchster Einschränkung der Teilhabe am Leben führen und bei denen eine Heilung nahezu ausgeschlossen ist. Durch einen frühzeitigen Therapiebeginn können die Einbußen an Lebensqualität und Funktionalität vermindert werden.

Obgleich die individuellen Krankheitsursachen bis heute nicht vollständig geklärt sind und die Erkrankung nicht heilbar ist, ermöglichen die heute verfügbaren Therapiestrategien eine effektive Kontrolle der Krankheitsaktivität und somit die Verhinderung der Zerstörung der Gelenke und der

damit verbundenen Folgen. Zur positiven Beeinflussung des Krankheitsverlaufes sind eine möglichst frühzeitige gesicherte Diagnosestellung, eine frühzeitige Einleitung einer antirheumatischen, krankheitsmodifizierenden Therapie, eine engmaschige, konsequente Therapieüberwachung sowie eine intensive Schulung des Patienten wichtig, um eine Verlangsamung der Progression und im besten Fall eine Remission zu erreichen. Ferner ist die stadiengerechte und qualitätsgesicherte Arzneimitteltherapie, u. a. beim Einsatz biotechnologisch hergestellter Antirheumatika (Biologicals und Biosimilars), ein wichtiger Erfolgsfaktor.

In dieser IV wird besonderes Gewicht auf eine fachübergreifende, ganzheitliche und qualitativ hochwertige Betreuung und Behandlung gelegt. Durch die Festlegung von Therapiezielen nach Anlage 2 („**Assessment und Therapieziele Hausarzt**“), wird auf einfache Art und Weise dem an der IV teilnehmenden Hausarzt eine Anleitung zur Verfügung gestellt, die neben der Berücksichtigung der Morbidität individuelle Zielwerte der Behandlung des Patienten berücksichtigt. Bei Nichterreichen der Zielwerte soll der Hausarzt auch weitere Faktoren nach Anlage 2 bei der Therapieentscheidung berücksichtigen. Ein besonderer Fokus liegt auf der Versorgung und der geplanten und gezielten Überführung an entzündlichen Rheumaformen erkrankter Jugendlicher und junger Erwachsener („**Heranwachsende**“) von Kinder- und Jugendärzten mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie zu Erwachsenenmedizinern („**Transition**“). Entscheidend für eine erfolgreiche Transition ist ein koordinierter, multidisziplinärer Prozess, der nicht nur die medizinischen Bedürfnisse der Heranwachsenden umfasst, sondern auch psychosoziale, schulische und berufliche Aspekte einschließt.

Des Weiteren sieht der Vertrag die Verbesserung der Kommunikations- und Informationswege zwischen dem Hausarzt („**Hausarzt**“), Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie („**Rheumatologe**“), Ambulanzen nach §§ 117 ff. SGB V („**Ambulanzen**“) und Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie („**Kinder- und Jugendrheumatologen**“) (gemeinsam „**Ärzte**“) durch qualifizierte Arztbriefe, definierte Schnittstellen und ein durchgängiges Überweisungsmanagement vor.

§ 1 Grundsätze und Ziele

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die Umsetzung der IV für Versicherte der BARMER mit entzündlichen Rheumaformen nach Anhang 2 der Anlage 3. Für diese soll eine disziplinär fachübergreifende Behandlung sichergestellt werden.

Vorrangige Versorgungsziele dieses Vertrages sind die frühzeitige Diagnosestellung und Interventionsmöglichkeit nach Auftreten erster Symptome sowie bei gesicherter Diagnose die Verringerung der Krankheitsaktivität zur bestmöglichen Prognose für Lebenserwartung und -qualität. Daraus ergeben sich folgende Ziele im Einzelnen:

- frühzeitige Terminvergabe und Wartezeitenmanagement durch den Rheumatologen zur differentialdiagnostischen Abklärung;

- Etablierung einer koordinierten und arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten als patientenbezogener Versorgungsverbund;
 - qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung;
 - arzt- und sektorenübergreifendes Arzneimittelmanagement;
 - Sicherstellung einer leitlinien- und stadiengerechten Arzneimitteltherapie;
 - Stärkung der Arzneimitteltherapiesicherheit durch Dokumentation im RABBIT-Register;
 - Entlastung der Rheumatologen durch Optimierung der Schnittstelle zwischen Rheumatologie und Hausarzt;
 - Entlastung der Rheumatologen durch Förderung der Rheumatologischen Fachassistenz (delegationsfähige Leistungen);
 - Reduzierung des Anteils der Patienten, die einer stationären notfallmäßigen Behandlung der entzündlich rheumatischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten bedurften;
 - Verbesserung des Transitionsprozesses junger Erwachsener;
 - Koordinierung der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln;
 - Verringerung der Krankheitsaktivität;
 - Erhöhung der Funktionskapazität;
 - Steigerung der Lebensqualität und Teilhabe der Patienten;
 - Vermeidung von Doppeluntersuchungen auf den verschiedenen Versorgungsebenen durch strukturierte Übermittlung von Diagnosedaten und Behandlungsempfehlungen;
 - Vereinbarung von Therapiezielen nach Identifizierung und Priorisierung der individuellen Risikofaktoren unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensumstände und Begleiterkrankungen;
 - Erreichung der individuell mit dem Patienten vereinbarten Therapieziele (z. B. DAS28 im Zielkorridor);
 - Verbesserung der Lebensqualität durch optimierte Therapie, Steigerung der Compliance und Erhöhung der Eigenverantwortung durch spezielle Schulung und Beratung im Bereich der chronischen Erkrankung.
- (2) Die BSG setzt die Versorgung nach diesem Vertrag durch die nach § 4 und Anlage 5 teilnehmenden Ärzte um. Sie verpflichtet die Ärzte zur Übernahme der nach diesem Vertrag zu erfüllenden Aufgaben sowie derjenigen Pflichten, welche nach den gesetzlichen Vorschriften von Ärzten eines Vertrages, wie dem vorliegenden, einzuhalten sind, die Verpflichtung geht über den Umfang des jeweils aktuellen vertraglichen Versorgungsauftrages nicht hinaus. Die BSG ist berechtigt, sich bei der Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen nach Maßgabe dieses Vertrages eines Beauftragten zu bedienen.
- (3) Die Versorgung ist insbesondere darauf ausgerichtet, die Qualität, Wirksamkeit und die Wirtschaftlichkeit zu verbessern. Die BSG verpflichtet sich, eine zielgerichtete,

qualitätsgesicherte, wirksame, ausreichende, zweckmäßige und wirtschaftliche Versorgung der Versicherten der BARMER durch die teilnehmenden Ärzte nach Maßgabe dieses Vertrages in der jeweils aktuellen zwischen den Vertragspartnern vereinbarten Fassung sicherzustellen.

- (4) Zu diesem Zwecke erklären die teilnehmenden Ärzte gegenüber der BSG, dass sie die Inhalte des Vertrages und evtl. Änderungen für sich als verbindlich anerkennen.
- (5) Die BSG verpflichtet die Ärzte zu einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung beteiligten Ärzten. Hierzu wurde ein Behandlungsweg definiert (Anlage 19).

§ 2 Versorgungsregion

Leistungen nach diesem Vertrag können für Versicherte der BARMER in den Vertragsregionen gemäß der Anlage 9 („**Versorgungsregionen**“) erbracht werden.

§ 3 Teilnahme der Versicherten

- (1) Anspruch auf Leistungen nach diesem Vertrag haben ausschließlich die Versicherten der BARMER, bei denen mindestens eine Diagnose für eine entzündliche rheumatische Erkrankung gemäß Anhang 2 der Anlage 3 („**Einschlusskriterien**“) gestellt und kodiert wurde bzw. bei denen eine entsprechende Verdachtsdiagnose vorliegt.
- (2) Eine Teilnahme von Versicherten ist erstmalig ab dem 01.10.2015 möglich.
- (3) Voraussetzungen für die Inanspruchnahme einer Transition durch den Heranwachsenden im Rahmen dieses Vertrages sind insbesondere:
 - a) Vorliegen einer gesicherten Diagnose der entzündlichen Rheumaformen gemäß Anhang 2 der Anlage 3;
 - b) die Bereitschaft und Eignung des Heranwachsenden für die Transition, in der Regel gegeben zwischen dem 17. und 21. Lebensjahr;
 - c) der Kinder- und Jugendrheumatologe entscheidet gemeinsam mit dem Heranwachsenden über den genauen Zeitpunkt der Transition
- (4) Die Teilnahme der Versicherten an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig.
- (5) Versicherte müssen ihre Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1), die ihnen durch den

Rheumatologen oder Kinder- und Jugendrheumatologen nach ausführlicher Beratung und Aushändigung der Patienteninformation (Anlage 6.2) vorgelegt wurde, schriftlich erklären. Die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung wird dem aus der Anlage 3 ersichtlichen Rechenzentrum übersandt. Die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung wird von dort der BARMER entsprechend der Vorgaben der Anlage 4 Punkt 2 weitergeleitet.

- (6) Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.
- (7) Die Teilnahmeerklärung kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Nach Ablauf der Widerrufsfrist sind die Versicherten an die Teilnahmeerklärung für die Dauer der Behandlung gebunden. Während der Bindung können die Versicherten ihre Teilnahme in Textform oder zur Niederschrift bei der BARMER jeweils zum Ende eines Quartals beenden. Eine vorzeitige Beendigung kann nur aus einem wichtigen Grund erfolgen, z.B. aufgrund eines Umzugs oder einer nachhaltigen Störung des Vertrauensverhältnisses zum Arzt.
- (8) Die Teilnahme endet automatisch
 1. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 2. mit Beendigung des Vertrages,
 3. mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung in die Datenverwendung,
 4. mit Abschluss der gesamten Behandlung.
- (9) Für die Dauer der Teilnahme ist der Versicherte für die Durchführung der Behandlung an die teilnehmenden Ärzte gebunden. Dies gilt nicht in einem medizinischen Notfall oder im Fall einer Überweisung durch die teilnehmenden Ärzte. Sollte der Versicherte andere als die teilnehmenden Ärzte in Anspruch nehmen, obwohl ein Ausnahmefall nicht vorliegt, kann die BARMER den Versicherten auffordern, dies in Zukunft zu unterlassen und nur die vertraglich gebundenen Ärzte in Anspruch zu nehmen. Kommt der Versicherte dieser Aufforderung wiederholt nicht nach, kann die BARMER die Teilnahme beenden.

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Ärzte

- (1) Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind die nachstehend genannten Ärzte berechtigt, sofern sich ihr Sitz in einer der KV-Regionen gemäß Anlage 9 befindet:

1. Hausärzte

Zugelassene Vertragsärzte (§§ 95, 72, 73 SGB V), die an der hausärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die in Anlage 5 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („Hausärzte“),

2. Rheumatologen

Zugelassene Fachärzte (§§ 95, 72, 73 SGB V) für Innere Medizin und Rheumatologie (Facharztgruppe 31), die an der fachärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die in Anlage 5 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („Rheumatologen“). Zur Teilnahme sind auch die Hochschul- und Institutsambulanzen nach den §§ 117 ff. SGB V berechtigt, soweit diese zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen (Facharztgruppe 31) für die Vertragsregion ermächtigt sind und die Teilnahmevoraussetzung der Anlage 5 erfüllen („Ambulanzen“).

3. Kinder- und Jugendrheumatologen

Zugelassene Kinder- und Jugendärzte (§§ 95, 72, 73 SGB V) mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie (Facharztgruppe 40), die an der fachärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die in der Anlage 5 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („Kinder- und Jugendrheumatologen“). Zur Teilnahme sind auch die Hochschul- und Institutsambulanzen nach den §§ 117 ff. SGB V berechtigt, soweit diese zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen (Facharztgruppe 40) für die Vertragsregion ermächtigt sind und die Voraussetzungen nach Anlage 5 erfüllen.

- (2) Die Ärzte beantragen ihre Teilnahme an diesem Vertrag durch Einreichen einer unterschriebenen und vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung (Anlage 5.1 bis 5.3) bei der BSG. Die Teilnahmeerklärung ist per Telefax an die in der Teilnahmeerklärung angegebene Faxnummer zu richten. Mit der Teilnahmeerklärung erkennen die Ärzte die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an. Die Teilnahme ist freiwillig.
- (3) Im Rahmen der Teilnahmeerklärung stimmen die Ärzte der Veröffentlichung ihrer in Anlage 5 benannten Daten zum Zwecke der Versicherteninformation (einschließlich der Veröffentlichung in dem Verzeichnis nach § 9 Abs. 1 e) zu.
- (4) Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen bestätigt die BSG per Telefax oder per Mail den Ärzten die Teilnahme am Vertrag. Ab diesem Zeitpunkt sind die Ärzte zur Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag verpflichtet und zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.
- (5) Die Teilnahme endet
- a) mit Wegfall einer der Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 1 sowie Anlage 5,
 - b) mit Beendigung des Vertrages,

ohne dass es einer Kündigung seitens der BSG bedarf. Den Wegfall von Teilnahmevoraussetzungen haben die Ärzte der BSG gegenüber unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Wird von der BSG im Nachhinein festgestellt, dass eine der Teilnahmevoraussetzungen bei Beginn der Teilnahme nicht vorgelegen hat, sind die Ärzte

ebenfalls nicht berechtigt, weitere Leistungen nach diesem Vertrag zu erbringen. Ebenso endet die Teilnahme, wenn eine oder mehrere der Teilnahmevoraussetzungen von Anfang an nicht vorgelegen haben.

- (6) Die Ärzte können die Teilnahme schriftlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende gegenüber der BSG kündigen.
- (7) Die Teilnahme eines Arztes kann von der BSG durch schriftliche Kündigung gegenüber dem betroffenen Arzt ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn wichtige Gründe für eine Kündigung gegeben sind. Solche Gründe liegen insbesondere dann vor, wenn
 - a) der Arzt wesentliche vertraglich obliegende Verpflichtungen nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt;
 - b) er bei den Qualitätsprüfungen gemäß § 9 Abs. 1c des Vertrages der BSG nicht vertragsgemäß mitwirkt;
 - c) grob fahrlässig oder vorsätzlich fehlerhafte Abrechnungen oder Doppelabrechnungen vornimmt.
- (8) Vor Ausspruch der Kündigung soll die BSG dem Arzt eine angemessene Frist zur Abhilfe setzen oder eine Abmahnung erteilen, sofern diese Maßnahmen im Einzelfall möglich und für die Vertragspartner und die Versicherten zumutbar sind. Dem Arzt ist vor Einleitung der vorgenannten Maßnahmen bzw. Ausspruch der Kündigung Gelegenheit zur Stellungnahme innerhalb einer Frist von 30 Werktagen zu geben.
- (9) Die BSG informiert die BARMER über die Beendigung einer Teilnahme eines Arztes im Rahmen der Information durch das Teilnehmerverzeichnis Ärzte (§ 9 Abs. 1 e und Anlage 4).
- (10) Durch die Beendigung der Teilnahme eines oder mehrerer Ärzte an diesem Vertrag wird die Wirksamkeit des vorliegenden Vertrages im Übrigen nicht berührt.

§ 5 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Hausärzte

- (1) Im Vorfeld der im Rahmen dieses Vertrages zu erbringenden Leistungen gehören zu den Leistungen des Hausarztes (nicht abrechnungsrelevant nach diesem Vertrag):

1. Die Beratung und Untersuchung des Versicherten zum möglichen Mitbehandlungsbedarf durch einen teilnehmenden Rheumatologen.
 2. Bei Feststellung des Mitbehandlungsbedarfs durch einen Rheumatologen, die Motivation des Versicherten zur Teilnahme und die Ausstellung der Überweisung dorthin. Mit der Überweisung übergibt der Hausarzt die aktuellen therapielevanten Informationen.
- (2) Der Hausarzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme an dem Vertrag zu den nachfolgenden Aufgaben / Leistungen:
1. Therapie bei gesicherter Diagnose
 - a) Die Berücksichtigung der Behandlungsempfehlungen des Rheumatologen als zusätzliche Grundlage für die weitere Behandlung des Versicherten;
 - b) Koordination der rheumatisch bedingten Behandlung und schnellstmögliche Einleitung präventiver, diagnostischer, medizinischer und therapeutischer Maßnahmen;
 - c) Überwachung der vom Rheumatologen bzw. der Ambulanz eingeleiteten Therapie, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 16 sowie des Therapieplanes und des -verlaufes; kontinuierliche Kontrolle der Nebenwirkungen sowie, falls erforderlich, Durchführung von kardiovaskulären Kontrollen;
 - d) Erforderlichenfalls Einleitung bzw. Fortsetzung der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen in Abstimmung mit dem Rheumatologen bzw. der Ambulanz;
 - e) Festlegung und Überprüfung der individuellen Zielwerte mit dem Versicherten und Überprüfung der Einhaltung bzw. des Erreichens dieser Zielwerte nach Anlage 2;
 - f) Festlegung und Überprüfung der Hinderungsfaktoren bei Nichterreichen der Zielwerte des Versicherten unter Zugrundlegung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO und Entscheidung über das Erfordernis einer Ein- oder Überweisung des Versicherten nach Anlage 2;
 - g) Konsiliarische Erörterung zwischen dem Hausarzt und einem Rheumatologen bzw. einer Ambulanz zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
 - h) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten; im Falle der Überweisung nach § 8 Abs. 5 ist insbesondere die notwendige Angabe der überprüften individuellen Zielwerte und ggf. der Hinderungsfaktoren erforderlich;
 - i) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen

Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlichen sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen.

2. Transitionsprozess

- a) Begleitung des Transitionsprozesses zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen mit dem Rheumatologen bzw. der Ambulanz und Veranlassung der quartalsweisen Vorstellung beim Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. später auch quartalsweise zum Rheumatologen bzw. zur Ambulanz durch Überweisung;
- b) Berücksichtigung der Ergebnisse der Transition, insbesondere der Evaluation des Therapieerfolgs bei der weiteren Behandlung des Heranwachsenden.

§ 6 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Rheumatologen, Kinder- und Jugendrheumatologen sowie der Ambulanzen

Der Rheumatologe, Kinder- und Jugendrheumatologe sowie die Ambulanz verpflichten sich während ihrer Teilnahme zu folgenden Leistungen:

Verdachtsdiagnose

- (1) Im Rahmen der Überweisung durch einen Hausarzt nimmt der potentiell teilnehmende Versicherte Kontakt mit der Praxis des Rheumatologen zur Terminvereinbarung auf. Der Rheumatologe verpflichtet sich grundsätzlich zur Terminvergabe für die Erstberatung zur Inanspruchnahme innerhalb von 14 Kalendertagen, außer dies ist aufgrund von Urlaub oder Krankheit nicht möglich. In dringenden Fällen erfolgt die Terminvergabe umgehend. Diese kurzfristige Terminvergabe soll bei Erstvorstellung auch im Vorgriff auf eine eventuelle Vertragsteilnahme stattfinden. Die Praxis prüft die Teilnahmeberechtigung des Versicherten zur Inanspruchnahme.
- (2) Innerhalb der Erstberatung erfolgt die Information und Beratung des Versicherten über die Leistungsinhalte dieses Vertrages und die Teilnahmevoraussetzungen. In diesem Rahmen erfolgt durch die Praxis des Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen die Einschreibung des Versicherten mit den vollständig ausgefüllten Teilnahmeunterlagen (Anlage 6.1 bis Anlage 6.2) in diesen Vertrag.
- (3) Mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung nimmt der Versicherte teil und der Rheumatologe erbringt die Leistungen gemäß dieses Paragraphen und der Anlage 3 dieses Vertrages. Der Rheumatologe erstellt für den Versicherten eine Information zu dessen spezifischem Erkrankungsbild gemäß Anlage 18.

- (4) Der Rheumatologe ist verpflichtet zur gesicherten Diagnosestellung durch diagnostische und differenzialdiagnostische auch bildgebende Untersuchungen sowie Durchführung bzw. Veranlassung des Speziallabors und Erhebung und Dokumentation aller vertragsgemäßen Zielgrößen (s. Anlage 8).

Therapie der gesicherten Diagnose durch den Rheumatologen

- (1) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 16 und nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- (2) Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:
- **rheumatoide Arthritis (RA):**
bei früher RA (Krankheitsdauer < 1 Jahr)
DAS28 < 2.6; Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 30 %

bei später RA (Krankheitsdauer > 1 Jahr)
DAS28 < 3.2; Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 10 %

Definition Remission = DAS < 2.6;
 - **axiale Spondyloarthritis (Spa): BASDAI < 4.0 nach ½ Jahr Behandlung**
 - **Psoriasisarthritis (PsA): z.B. DAS 28 < 2.6 nach ½ Jahr Behandlung bei > 30 % der Patienten**
- (3) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe;
- (4) Aufklärung des Versicherten über den Behandlungsplan;
- (5) Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- (6) Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungen und der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von biotechnologischen DMARDs (bDMARDs = Biologicals / Biosimilars) durch den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
- (7) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10;
- (8) Einleitung geeigneter Maßnahmen in Ansehung der übermittelten Hinderungsfaktoren mit dem Ziel, dass der Versicherte die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;

- (9) Konsiliarische Erörterung zwischen Rheumatologen bzw. einer Ambulanz und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- (10) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
- (11) Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen (vgl. Anlage 3) Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen (tight control) mit dem Ziel einer möglichst raschen und effektiven Verringerung der Krankheitsaktivität sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen, insbesondere bei der rheumatoiden Arthritis;
- (12) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- (13) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlichen sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen.
- (14) Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 erfolgt die Rücküberweisung des teilnehmenden Versicherten an den behandelnden Hausarzt. Diesem werden mit dem qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und Diagnosen mit weitergehenden Behandlungsempfehlungen, inklusive aller gesicherten Diagnosen, insbesondere aller therapierelevanter Begleit- und Folgeerkrankungen (Diagnosecodierung gem. ICD-10 Schlüssel), übermittelt.
- (15) Der Rheumatologe ist verpflichtet binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt über die Teilnahme des Versicherten an der IV und die Teilnahmemöglichkeit an diesem Vertrag zu informieren.

Therapie der gesicherten Diagnose durch den Kinder- und Jugendrheumatologen

- (1) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- (2) Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Arthritis und Enthesitis und Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Oligoarthritis:
 - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS₁₀ ≤ 2
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS₁₀ ≤ 1
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF+);
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF-)

- Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), Psoriasisarthritis
 - Juveniler idiopathischer Arthritis (JIA), systemisch (M. Still):
 - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS10 \leq 3,8
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 \leq 1
- (3) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe
 - (4) Aufklärung des Heranwachsenden bzw. dessen Eltern über den Behandlungsplan;
 - (5) Patientenbezogene Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
 - (6) Erstverordnung erforderlicher ärztlicher und nicht ärztlicher Leistungen und der notwendigen Maßnahmen, z. B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen, insbesondere die Verordnung von biotechnologischen DMARDs (bDMARDs = Biologicals / Biosimilars) durch den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. die Ambulanz;
 - (7) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10;
 - (8) Einleitung geeigneter Maßnahmen in Ansehung der übermittelten Hinderungsfaktoren mit dem Ziel, dass der Heranwachsende die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
 - (9) Konsiliarische Erörterung zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
 - (10) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
 - (11) Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen (vgl. Anlage 3) Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen (tight control) mit dem Ziel einer möglichst raschen und effektiven Verringerung der Krankheitsaktivität sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen, insbesondere bei der juvenilen idiopathischen Arthritis;
 - (12) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
 - (13) Sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Informationen (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien sowohl im Rahmen der Abrechnung dieses Vertrages, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arztinformationssystemen.
 - (14) Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 erfolgt ggf. die Rücküberweisung des teilnehmenden Versicherten an den behandelnden Hausarzt. Diesem werden mit dem qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 die entsprechenden Untersuchungsergebnisse und Diagnosen mit weitergehenden Behandlungsempfehlungen, inklusive aller gesicherten Diagnosen, insbesondere aller therapierelevanter Begleit- und Folgeerkrankungen (Diagnosecodierung gem. ICD-10 Schlüssel), übermittelt.
 - (15) Der Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt über die Teilnahme des Versicherten an der BV und die Teilnahmemöglichkeit an diesem Vertrag zu informieren.

Bildung und Koordination eines RA-Teams

Bildung und Koordination eines spezialisierten Teams mit einer rheumatologischen Fachassistenz („**RA-Team**“): Termine/Informationen, Zusammenführung der Therapieergebnisse, Patientenschulungen sowie Zusammenführung der Behandlungsergebnisse und Befunde. Weiterhin

nachhaltige Motivation geeigneter Versicherter zur Teilnahme an der Dokumentation im RABBIT Register des Deutschen Rheumaforschungszentrums (DRFZ) sowie Durchführung der entsprechenden Dokumentation und Weitergabe an das DRFZ.

Transitionsprozess

- (1) Bei Heranwachsenden ggf. Durchführung gemeinsamer Transitionsgespräche mit dem Kinder- und Jugendrheumatologen;
- (2) Dokumentation und quartalsweise Übergabe des Kurzarztberichtes nach Anlage 14 an den Kinder- und Jugendrheumatologen und an den Hausarzt;
- (3) Aushändigung und Auswertung des vom Heranwachsenden auszufüllenden Evaluationsbogens nach Anlage 15 und Übermittlung an den Hausarzt sowie an den Kinder- und Jugendrheumatologen.

§ 7 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Kinder- und Jugendrheumatologen und der Ambulanzen

Der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichtet sich während seiner/ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:

- (1) Bei Heranwachsenden, die mindestens die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 2 des Vertrages erfüllen, Koordination des Transitionsprozesses und Durchführung der in § 8 Abs. 6 definierten Abläufe;
- (2) Transitionsgespräche mit den Heranwachsenden unter Hinzuziehung des Rheumatologen bzw. der Ambulanz, soweit möglich;
- (3) Übermittlung einer strukturierten Epikrise (Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes) mittels eines Formblattes nach Anlage 11 an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und an den Hausarzt;
- (4) Dokumentation und Übergabe der Checkliste Transition nach Anlage 12 an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;
- (5) Dokumentation und Übergabe des vom Versicherten ausgefüllten Fragebogens nach Anlage 13 an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;
- (6) Dokumentation und quartalsweise Übergabe des Kurzarztberichtes nach Anlage 14 an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz und den Hausarzt;

- (7) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 an den Hausarzt und den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
- (8) Festlegung und Überprüfung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien.

§ 8 Kooperation zwischen den Ärzten

- (1) Nach Sicherung der Diagnose legen der Rheumatologe bzw. die Ambulanz den Therapieplan fest. Sie überprüfen nach Überweisung durch den Hausarzt regelmäßig, erforderlichenfalls mehrfach im Quartal (tight control) bzw. erforderlichenfalls einmal jährlich, den Therapieverlauf.
- (2) Nach Sicherung der Diagnose, Festlegung des Behandlungsplanes und der Kontrolluntersuchung durch den Rheumatologen bzw. die Ambulanz, und nach Rücküberweisung an den Hausarzt übernimmt dieser in angemessen enger Abstimmung mit dem Rheumatologen die weitere Koordination und Behandlung des Versicherten.
- (3) Bei der Behandlung des Versicherten durch den Hausarzt berücksichtigt dieser die individuellen Zielwerte und übernimmt die Überprüfung der Hinderungsfaktoren bei Nichterreichen der Zielwerte unter Zugrundlegung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO nach Anlage 2.
- (4) Bei Nichterreichen der Zielwerte gemäß Anlage 2 entscheidet der Hausarzt über weitere medizinisch notwendige Maßnahmen in angemessen enger Abstimmung mit dem Rheumatologen bzw. der Ambulanz.
- (5) Darüber hinaus sollte unabhängig vom Erreichen der Zielwerte und bei folgenden Sachverhalten eine Überweisung vom Hausarzt zum Rheumatologen bzw. zur Ambulanz erfolgen:
 - a) bei Auffälligkeiten in folgenden Bereichen: Laborwerte CRP und BSR, Leberwerte, Nierenwerte, Blutbild, wenn diese nicht auf andere Erkrankungen zurückzuführen sind;
 - b) bei erheblichen Medikamentenunverträglichkeiten;
 - c) bei Auftreten von Komplikationen im Zusammenhang mit der chronisch-entzündlichen Rheumaform und/oder anderen Erkrankungen, Symptomen des Versicherten (z.B. Wundheilungsstörungen, Infekte, Vaskulitiden, Atemnot etc.);
 - d) bei geplanten rheumachirurgischen Eingriffen.

- (6) Der Ablauf des Transitionsprozesses wird wie folgt gestaltet:
- a) Der Kinder- und Jugendrheumatologe entscheidet gemeinsam mit dem Heranwachsenden über den Zeitpunkt der Transition des Heranwachsenden und leitet diese ein.
 - b) Nach Einschreibung in diesen Vertrag beginnt der Kinder- und Jugendrheumatologe die Transition. Im Rahmen dieser finden (Wieder-) Vorstellungen beim Kinder- und Jugendrheumatologen und Rheumatologen statt;
 - c) Im Zuge des ersten Gesprächs wird ein Fragebogen nach Anlage 13 dem Heranwachsenden ausgehändigt. Der Kinder- und Jugendrheumatologe füllt für den Heranwachsenden die Checkliste zu definierten Themenkomplexen nach Anlage 12 aus und aktualisiert diese im laufenden Transitionsprozess;
 - d) Im weiteren Behandlungsverlauf zur Vorbereitung der Übergabe an den Rheumatologen wird der Status des Heranwachsenden mittels eines Formblattes nach Anlage 11 erhoben und vom Kinder- und Jugendrheumatologen durch eine strukturierte Epikrise dokumentiert;
 - e) Im Rahmen des gemeinsamen Transitionsprozesses wird quartalsweise jeweils vom Kinder- und Jugendrheumatologen sowie vom Rheumatologen ein Kurzarztbericht nach Anlage 14 erstellt und jeweils dem Hausarzt sowie dem Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. Rheumatologen übermittelt;
 - f) Der Kinder- und Jugendrheumatologe und der Rheumatologe führen den Transitionsprozess gemeinsam durch, ggf. falls möglich vor Ort im Rahmen einer gemeinsamen Sprechstunde;
 - g) Mit dem Heranwachsenden wird nach erfolgreichem Abschluss der Transition ein abschließendes Gespräch geführt. Zwecks Evaluation des Behandlungserfolgs füllt der Heranwachsende einen Evaluationsfragebogen nach Anlage 15 aus. Diesen übermittelt der Rheumatologe sowohl an den Kinder- und Jugendrheumatologen als auch an den Hausarzt;
 - h) Nach Abschluss der erfolgreichen Transition erfolgt die weitere Behandlung als Versicherter nach Maßgabe der §§ 5 bis 8 dieses Vertrages.

Abs. 6 gilt für die Ambulanzen entsprechend.

§ 9 Aufgaben / Leistungen der BSG

- (1) Die BSG organisiert die Teilnahme der Ärzte an dieser Versorgung nach Maßgabe dieses Vertrages und erfüllt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber der BARMER und den Ärzten:
- a) Bekanntgabe dieses Vertrages und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme an diesem Vertrag in ihren Veröffentlichungsorganen einschließlich des Bereitstellens von Informationsunterlagen nach Anlage 4, soweit Betriebs- und / oder Geschäftsgeheimnisse nicht entgegenstehen;
 - b) Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen der Ärzte und Bestätigung der Teilnahme;
 - c) Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen und -berechtigungen anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung der Ärzte sowie stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte;
 - d) Die Auskunft und Beratung der Ärzte zu Inhalten und Prozessen des Vertrages. Interessierten Ärzten wird der Vertragstext in geeigneter Form zugänglich gemacht;
 - e) Pflege und Bereitstellung des Verzeichnisses der teilnehmenden Ärzte sowie regelmäßige elektronische Versendung des Verzeichnisses an die BARMER nach Maßgabe der Anlage 4;
 - f) Entgegennahme von Kündigungen der Ärzte zur Beendigung ihrer Teilnahme an diesem Vertrag und Information der BARMER über die Beendigung;
 - g) Bekanntgabe der teilnehmenden Rheumatologen an die teilnehmenden Hausärzte;
 - h) Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1) der Versicherten und der nach den für die Abrechnung und Teilnahmeverwaltung erforderlichen Datenerfassungen die Weiterleitung der Teilnahmeerklärungen an die BARMER;
 - i) Die Überwachung der vertraglich geregelten Pflichten der teilnehmenden Ärzte und Sicherstellung der Abrechnung der Ärzte mit Ausnahmen der Ambulanzen gegenüber der BARMER;
 - j) Abrechnung der Leistungen nach Anlage 3 für Hausärzte, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen auf Basis einer Zusammenführung und Datenübermittlung nach § 295 Abs. 1b SGB V gemäß Anlage 20 gegenüber der BARMER;

- k) Die Auszahlung der den Hausärzten, Rheumatologen und Kinder- und Jugendrheumatologen zustehenden Vergütungen aufgrund erbrachter Leistungen auf Basis der Anlage 3;
 - l) Die Verpflichtung der teilnehmenden Ärzte zur Vertragserfüllung.
- (2) Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der Leistungen der Hausärzte, Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen innerhalb dieses Vertrages ist die BSG gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Die BSG bleibt verantwortlich für die Datenverarbeitung. Als andere Stelle i.S.v. § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X beauftragt die BSG das in Anlage 3 benannte Rechenzentrum.
- (3) Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der Leistungen der Ambulanzen innerhalb dieses Vertrages ist die BSG berechtigt, die Ambulanzen zu verpflichten, gemäß § 301 SGB V eine Direktabrechnung mit der BARMER vorzunehmen.
- (4) Die BSG erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei den behandelnden Ärzten. Diese erbringen ihre ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und ihrer ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (5) Hat die BARMER Anhaltspunkte zu einem Sachverhalt, der die Kündigung der Teilnahme eines Arztes bzw. eine Abmahnung auslösen könnte, so hat die BSG nach Kenntniserlangung durch die BARMER diesem Sachverhalt nachzugehen und, soweit möglich, Maßnahmen nach § 4 Abs. 8 zu ergreifen.

§ 10 Vergütung

- (1) Dieser Vertrag beinhaltet über die Regelversorgung hinausgehende Zusatzleistungen. Sofern die vertraglich geregelten Leistungen bereits im Rahmen des Regelleistungsvolumens vergütet werden und somit bereinigungsrelevant sind, besteht unter den Vertragspartnern Einigkeit, dass eine Bereinigung zu erfolgen hat. Diese wird im Rahmen eines Bereinigungsvertrages mit den jeweiligen Kassenärztlichen Vereinigungen gesondert geregelt.
- (2) Die BARMER verpflichtet sich grundsätzlich gegenüber der BSG zur Vergütung der vereinbarten Leistungen gemäß den Bestimmungen der Anlage 3 des Vertrages sowie der folgenden Regelungen. Da die Vertragspartner in der Anlage 3 eine Direktabrechnung zwischen der BSG und den teilnehmenden Ambulanzen vereinbart haben, tritt die BSG sämtliche

Vergütungsansprüche, die ihr in Bezug auf die Ambulanzen gegenüber der BARMER zustehen, an die Ambulanzen ab, so dass diese berechtigt und verpflichtet sind, ihren Vergütungsanspruch direkt gegenüber der BARMER geltend zu machen. Etwaige in diesem Zusammenhang entstehende Haftungs- bzw. Sekundäransprüche der BSG gegenüber der BARMER tritt die BSG ab Teilnahme der Ambulanz an diese ab. Sowohl BARMER als auch die teilnehmenden Ambulanzen verpflichten sich, etwaige Ansprüche aus abgetretenem Recht geltend zu machen und verzichten insoweit auf eine Inanspruchnahme der BSG.

- (3) Mit der Zahlung der jeweiligen Leistungen an die BSG oder bzw. im Rahmen der Direktabrechnung an die teilnehmenden Ambulanzen sind die Kosten der gesamten Behandlung im Rahmen dieses Vertrages für die BARMER abgegolten. Die Leistungsvergütung an die Ärzte umfasst sämtliche Kosten (inkl. Personal-, Betriebs-, Sachkosten und Sachmittel).
- (4) Für die Leistungen im Rahmen dieses Vertrages dürfen die Ärzte von den Versicherten der BARMER keine privatärztliche Vergütung verlangen, es gilt das Prinzip der Sachleistung. Eine Abrechnung von vertraglichen Leistungen gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung, ist ausgeschlossen. Im Falle einer Doppelabrechnung von teilnehmenden Ärzten, mit Ausnahme der Ambulanzen, ist die BARMER berechtigt, den abgerechneten Betrag von der BSG nach den Bestimmungen der Anlage 3 zurückzufordern.

§ 11 Abrechnung für Leistungen der Ärzte mit Ausnahme der Ambulanzen

- (1) Die Abrechnung für die Leistungen der Ärzte mit Ausnahme der Ambulanzen erfolgt nach dem Datenaustauschverfahren nach § 295 Abs. 1b SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die BSG beauftragt für die Abrechnung der Leistungen der Ärzte das Rechenzentrum nach Anlage 3. Für die Abrechnung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt, mit Ausnahme der Ambulanz befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der BSG beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle i.S. d. § 295 a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln, soweit eine entsprechende Einwilligung des Versicherten vorliegt. Einzelheiten regelt die Anlage 3.

§ 12 Abrechnung der Leistungen der Ambulanzen

- (1) Die BSG verpflichtet die Ambulanzen eine Direktabrechnung gem. § 301 Abs. 5 SGB V mit der BARMER vorzunehmen. Die BARMER ist aufgrund der Abtretung des Vergütungsanspruchs der BSG an die teilnehmenden Ambulanzen berechtigt und verpflichtet, die Vergütung für die Leistungen der Ambulanzen an diese direkt zu zahlen.

- (2) Die Abrechnung der Leistungen der Ambulanzen erfolgt nach dem Datenaustauschverfahren gemäß § 301 Abs. 5 SGB V (ambo) in der jeweils aktuell gültigen Fassung. Einzelheiten regelt die Anlage 3.

§ 13 Verwaltungskostenpauschale

Der Hausarzt, der Rheumatologe bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe ist verpflichtet, für die Organisation und Durchführung dieses Vertrages eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung ersichtlichen Prozentsatzes seiner Vertragsvergütung an die BSG zu zahlen. Die BSG ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem Anspruch auf Auszahlung der Vertragsvergütung zu verrechnen.

§ 14 Qualität

- (1) Die BARMER und die BSG legen die in Anlage 7 aufgeführten Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung in diesem Vertrag fest.
- (2) Die Qualität der medizinischen Leistungen hat dem jeweiligen aktuellen Stand der wissenschaftlichen Erkenntnisse zu entsprechen und wird in der fachlich gebotenen Qualität erbracht. Die insoweit bestehenden Anforderungen gem. §§ 135a und 137 SGB V sowie der jeweils gültigen Richtlinien der KBV und des G-BA werden als Mindestanforderungen von den Ärzten eingehalten, wie es auch von der jeweils einschlägigen Berufsordnung vorgesehen ist.

§ 15 QS-Software

Die Anforderungen an die QS-Software für die Rheumatologen, Ambulanzen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen werden nach Maßgabe der Anlage 8 des Vertrages definiert.

§ 16 Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner und die Ärzte sowie beauftragte Dritte verpflichten sich, die Bestimmungen nach dem Bundesdatenschutzgesetz, über den Schutz der Sozialdaten nach dem Sozialgesetzbuch (SGB) und die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen einzuhalten und personenbezogene Daten nur zur Erfüllung, der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, zu verarbeiten und zu nutzen. Die Vertragspartner und die Ärzte unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der

Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Die Ärzte bestätigen im Rahmen ihrer Teilnahmeerklärung die Einhaltung der ihnen obliegenden Pflichten.

- (2) Die Erhebung, Verarbeitung (insbesondere Übermittlung) und Nutzung personenbezogener Daten bedarf der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung durch die Ärzte wird dieser umfassend über die Reichweite, der ihn betreffenden Datenerhebung und Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufgeklärt (Anlage 6.2).
- (3) Die BSG verpflichtet sich im Rahmen der in diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Abrechnung die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß §§ 78 a und 80 SGB X, zu beachten und umzusetzen. Ergänzend zu den Regelungen von Absatz 1 schließt die BSG mit dem von ihr gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V beauftragten Rechenzentrum als andere Stelle einen gesonderten Vertrag über die Datenverarbeitung und -nutzung zum Zweck der Abrechnung, in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen, verpflichtend geregelt werden.
- (4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme- bzw. Einwilligungserklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten, die für die Aufgabenerfüllung benötigt und erhoben werden, gelöscht. Die medizinischen Dokumentationspflichten und gesetzlichen Aufbewahrungspflichten bleiben hiervon unberührt.
- (5) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten nicht zulassen.

§ 17 Geheimhaltung

Die Partner dieses Vertrages sind verpflichtet, die im Rahmen dieses Vertrages von einem Vertragspartner zugänglich gemachten Informationen, sonstige Interna einschließlich der betriebsinternen Abläufe und sonstiger Geschäftsvorgänge, sowie Kenntnisse und Daten, die er bei oder anlässlich der Erfüllung seiner Vertragspflichten über Angelegenheiten etwa kommerzieller, technischer oder organisatorischer Art erlangt, ausschließlich zum Zwecke dieser Vertragserfüllung zu verwenden, vertraulich zu behandeln und während der Dauer sowie nach Beendigung dieses Vertrages ohne schriftliche Einwilligung des Vertragspartners nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Eine Nutzung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung dieses Vertrages beschränkt. Die Auswertung und Veröffentlichung der Ergebnisse des Qualitätsmanagements sind hiervon ausgenommen.

§ 18 Haftung

- (1) Die BSG und die BARMER übernehmen die nach diesem Vertrag vorgesehenen Pflichten. Weitergehende Verpflichtungen bestehen nicht.
- (2) Die Haftung der BSG und der BARMER und ihrer Erfüllungsgehilfen für die Erfüllung der in diesem Vertrag geregelten Pflichten ist bei einfacher Fahrlässigkeit ausgeschlossen, soweit nicht gegen wesentliche Vertragspflichten verstoßen wird oder eine Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit vorliegt. Die Haftung bei Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten ist bei einfacher Fahrlässigkeit auf den vorhersehbaren Schaden begrenzt.
- (3) Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (4) Die BSG und die BARMER haften nicht für Schäden, die durch die teilnehmenden Ärzte in Ausübung ihrer vertraglichen Aufgaben entstanden sind. Für Schäden, die insbesondere an Leben, Gesundheit und Person der Versicherten eintreten, haften die teilnehmenden Ärzte aufgrund der Regelungen des privatrechtlichen Behandlungsvertrages und der gesetzlichen Bestimmungen. Bestehen Anhaltspunkte für einen Personenschaden im Sinne von Satz 2 bzw. liegt ein solcher vor, prüft die BSG gemäß § 4 Abs. 8 dieses Vertrages, ob der betroffene Arzt von der Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen wird.
- (5) Für den Fall einer ordentlichen oder fristlosen Kündigung dieses Vertrages, gleich durch welchen Vertragspartner, stehen den Vertragspartnern und den am Vertrag teilnehmenden Ärzten Ansprüche auf Schadensersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, nicht zu.

§ 19 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung

- (1) Der Vertrag tritt am 01.08.2015, jedoch frühestens mit dem Inkrafttreten des Versorgungsstärkungsgesetzes in Kraft. Mit Inkrafttreten des Vertrages sind die Teilnahme der Ärzte sowie die Einschreibung von Versicherten durch die Rheumatologen bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen zulässig.
- (2) Die Laufzeit dieses Vertrages ist unbefristet.
- (3) Der Vertrag kann von der BARMER und der BSG ordentlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende gekündigt werden, erstmals jedoch zum 31.03.2017 mit Wirkung zum 30.06.2017.
- (4) Eine außerordentliche Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter

Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor:

- a) wenn der Verstoß des Vertragspartners gegen eine ihm nach diesem Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung dieses Vertrages, der nicht innerhalb von einem Monat nach Zugang einer schriftlichen Aufforderung, beseitigt wird;
 - b) wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird. Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Rechtsprechung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen;
 - c) wenn die Voraussetzungen dieser Versorgungsform aus wesentlichen medizinisch-technischen oder tatsächlichen Gründen entfallen;
 - d) wenn über das Vermögen der BARMER oder der BSG ein Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die BSG oder die BARMER einen Insolvenzantrag in eigener Sache gestellt haben.
- (5) Die Kündigung hat schriftlich mit Einschreiben, im Fall des Absatzes 5 unter Angabe des Kündigungsgrundes, zu erfolgen. Die BSG informiert die Ärzte über eine nach diesem § 19 erklärte Kündigung, die BARMER informiert die teilnehmenden Versicherten.
- (6) Alle die Abrechnung betreffenden Regelungen gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für die Vertragspartner fort, bis die Vergütung des Arztes vollständig abgerechnet und ausgezahlt ist.

§ 20 Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Die Anlagen zu diesem Vertrag sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des Vertrages.
- (3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam oder nichtig sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder nichtigen Bestimmungen tritt eine zu vereinbarende Ersatzregelung, die dem angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.