

# Vertrag

**zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie  
(BV-Vertrag Rheuma)  
gemäß § 140a SGB V**

zwischen der



spectrumK GmbH  
Spittelmarkt 12, 10117 Berlin

vertreten durch den Geschäftsführer Yves Rawiel

(„spectrumK“)

für die in den jeweiligen KV-Bezirken beigetretenen Krankenkassen

und der



**BDRh Service GmbH**

Forstring 16 a, 44869 Bochum

vertreten durch die Geschäftsführung Frau Sonja Froschauer

(„BSG“)

## Inhaltsverzeichnis

<b>Inhaltsverzeichnis</b> .....	2
Präambel .....	4
§ 1 Vertragsgegenstand und Ziele .....	5
§ 2 Geltungsbereich .....	7
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Versicherten .....	7
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Ärzte	9
§ 5 Aufgaben / Leistungen der Hausärzte .....	12
§ 6 Aufgaben / Leistungen der Fachärzte und Kinder- und Jugendrheumatologen	13
§ 7 Aufgaben / Leistungen der Kinder- und Jugendrheumatologen im Rahmen der Transition.....	17
§ 8 Kooperation zwischen den Ärzten .....	18
§ 9 Aufgaben / Leistungen der BSG bzw. des Beauftragten .....	20
§ 10 Aufgaben / Leistungen der Krankenkassen und spectrumK.....	21
§ 11 Anspruch des Arztes auf die BV-Vergütung .....	22
§ 12 Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages Rheuma erbrachten Leistungen .....	24
§ 13 Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte .....	25
§ 14 Verwaltungskostenpauschale .....	26
§ 15 Vertragsbeirat .....	26
§ 16 Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit und Weiterentwicklung .....	27
§ 17 QS-Software .....	27
§ 18 Datenschutz.....	27
§ 19 Geheimhaltung .....	28
§ 20 Haftung und Freistellung .....	29
§ 21 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung.....	29
§ 22 Verfahren zur Vertragsänderung .....	31
§ 23 Schlussbestimmungen .....	32

## **Verzeichnis der Anlagen und Anhänge**

Anlage 1 Qualifizierter Arztbrief

Anlage 2 unbesetzt

Anlage 3 BV-Vergütung und Abrechnung

Anhang 1 zur Anlage 3 BV-Ziffernkranz

Anhang 2 zur Anlage 3 Rheumatologische Folge- und Begleiterkrankungen

Anhang 3 zur Anlage 3 Einschreibediagnosen Versicherte

Anhang 4 zur Anlage 3 Voraussetzung rheumatologische Fachassistenz

Anlage 4 Prozessbeschreibung

Anlage 5 Strukturqualität

Anhang 5.1 Teilnahmeerklärung Hausarzt

Anhang 5.2 Teilnahmeerklärung Facharzt und Kinder- und Jugendrheumatologe, auf Antrag Ambulanzen

Anlage 6.1 Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte

Anlage 6.2 Patienteninformation zum Datenschutz

Anlage 6.3 unbesetzt

Anlage 6.4 Patienteninformation zum Vertrag

Anlage 7 Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit

Anlage 8 QS-Software

Anlage 9 Befundbogen Hausarzt an Facharzt

Anlage 10 Infusionstherapie

Anlage 11 Transition-Epikrise

Anlage 12 Transition-Checkliste

Anlage 13 Transition-Evaluationsbogen

Anlage 14 Transition-Kurzarztbrief

Anlage 15 Transition-Fragebogen

Anlage 16 Arzneimitteltherapie Erwachsene

Anlage 17 unbesetzt

Anlage 18 Behandlungsinformation Patient

Anlage 19 Beigetretene Krankenkassen

## Präambel

Die SpectrumK und die Versorgungslandschaft Rheuma GmbH haben diesen Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie vom 07.12.2015 mit Wirkung zum 01.01.2016 geschlossen. Mit Änderungsvereinbarung vom 09.06.2016, 19.04.2017 und 01.04.2018 wurde dieser Vertrag angepasst. Durch die zahlreichen Änderungen, insbesondere der Umfirmierung der Versorgungslandschaft Rheuma GmbH zur BDRh Service GmbH und der Beauftragung des neuen Rechenzentrums zum 01.04.2018 soll die jetzige Fassung zum 01.04.2018 alle bisherigen Änderungen der Änderungsvereinbarungen zusammenfassen.

SpectrumK, die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen und die BSG („**BV-Partner**“) haben sich im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V („**BV**“) zum Ziel gesetzt, die Versorgung von Patienten mit entzündlichem Rheuma bei Vorliegen der Einschreibediagnosen für Versicherte der **BV** gemäß Anhang 3 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, die 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 diesem Vertrag „Besondere Versorgung in der Rheumatologie“ („**BV-Vertrag Rheuma**“) wird besonderes Gewicht auf eine fachübergreifende, ganzheitliche und qualitativ hochwertige Betreuung und Behandlung gelegt.

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 Erwachsenenmedizinerinnen („**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 BV-Vertrag Rheuma die Verbesserung der Kommunikations- und Informationswege zwischen

- dem Hausarzt („**Hausarzt**“),
- dem Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie („**Facharzt**“),
- dem Kinder- und Jugendarzt mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie („**Kinder- und Jugendrheumatologe**“)

sowie auf Antrag

- den ermächtigten Ärzten nach § 116 SGB V, Hochschul- und Institutsambulanzen nach §§ 117 ff. SGB V („**Ambulanzen**“)

(Alle gemeinsam werden im Weiteren als „**Ärzte**“ bezeichnet.)

durch qualifizierte Arztbriefe, definierte Schnittstellen und ein durchgängiges Überweisungsmanagement vor.

### **§ 1 Vertragsgegenstand und Ziele**

- (1) Gegenstand dieses BV-Vertrages Rheuma ist die Umsetzung der Besonderen Versorgung für Versicherte mit entzündlichen Rheumaformen nach Anhang 3 der Anlage 3 („Einschreibediagnosen Versicherte“) in den KV-Bezirken, für die die teilnehmenden Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben. Für diese Versicherten soll eine disziplinar fachübergreifende Behandlung sichergestellt werden.
- (2) Vorrangige Versorgungsziele dieses BV-Vertrages Rheuma sind eine 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:
  - a) frühzeitige Terminvergabe und Wartezeitenmanagement durch den Facharzt zur differentialdiagnostischen Abklärung;
  - b) Etablierung einer koordinierten und arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten als patientenbezogener Versorgungsverbund;
  - c) qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung;
  - d) arzt- und sektorenübergreifendes Arzneimittelmanagement;
  - e) Sicherstellung einer leitlinien- und stadiengerechten Arzneimitteltherapie;
  - f) Entlastung der Fachärzte durch Optimierung der Schnittstelle zwischen Facharzt und Hausarzt;
  - g) Entlastung der Fachärzte durch Förderung der Rheumatologischen Fachassistenz (delegationsfähige Leistungen);
  - h) Reduzierung des Anteils der Patienten, die einer stationären Behandlung der entzündlich rheumatischen Erkrankung in den letzten 12 Monaten bedurften;
  - i) Verbesserung des Transitionsprozesses junger Erwachsener;
  - j) Koordinierung der Verordnung von Heil- und Hilfsmitteln;
  - k) Verringerung der Krankheitsaktivität;

- l) Erhöhung der Funktionskapazität;
  - m) Steigerung der Lebensqualität und Teilhabe der Patienten;
  - n) Vermeidung von Doppeluntersuchungen auf den verschiedenen Versorgungsebenen durch strukturierte Übermittlung von Diagnosedaten und Behandlungsempfehlungen;
  - o) Vereinbarung von Therapiezielen nach Identifizierung und Priorisierung der individuellen Risikofaktoren unter Berücksichtigung der jeweiligen Lebensumstände und Begleiterkrankungen;
  - p) Erreichung der individuell mit dem Patienten vereinbarten Therapieziele (z. B. DAS28 im Zielkorridor);
  - q) Verbesserung der Lebensqualität durch optimierte Therapie, Steigerung der Compliance und Erhöhung der Eigenverantwortung durch spezielle Schulung und Beratung im Bereich der chronischen Erkrankung.
- (3) Die BSG setzt die Versorgung nach diesem BV-Vertrag Rheuma durch die nach § 4 und Anlage 5 („**Strukturqualität**“) teilnehmenden Ärzte um. Die BSG ist berechtigt, sich bei der Erfüllung ihrer vertraglichen Verpflichtungen nach Maßgabe dieses Vertrages eines Beauftragten als Erfüllungsgehilfen zu bedienen (§ 278 BGB), mit Ausnahme der Abrechnung der Leistungen. Soweit in diesem BV-Vertrag nicht ausdrücklich anders geregelt, wird der Beauftragte ausschließlich in Wahrnehmung ihrer Funktion als Erfüllungsgehilfe der BSG tätig.
- (4) spectrumK im Sinne dieses BV-Vertrages Rheuma ist eine Arbeitsgemeinschaft der Krankenkassen nach § 94 Abs. 1a SGB X, welche die Teilnahme der Krankenkassen an dem BV-Vertrag Rheuma nach § 140a SGB V organisiert und die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen gegenüber der BSG in allen Belangen zu dem BV-Vertrag Rheuma vertritt und als Erfüllungsgehilfe bei der Umsetzung des BV-Vertrages Rheuma in den KV-Bezirken, für die die teilnehmenden Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben, unterstützt. spectrumK ist als Gesundheitsdienstleister für seine Gesellschafter bei der Umsetzung von Selektivverträgen u.a. nach § 140a SGB V tätig. spectrumK regelt den Beitritt mit den für die jeweiligen KV-Bezirke beitretenden Krankenkassen gemäß § 2 Abs. 1 i.V.m Anlage 19 („**Beigetretene Krankenkassen**“) in einer gesonderten Vereinbarung. spectrumK ist berechtigt, die in der Anlage 19 („**Beigetretene Krankenkassen**“) aufgeführten Krankenkassen bei der Umsetzung und Weiterentwicklung dieses BV-Vertrages Rheuma in den KV-Bezirken zu vertreten, für die die Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben.
- (5) Die BSG verpflichtet die teilnehmenden Ärzte, die im BV-Vertrag Rheuma und dessen Anlagen, insbesondere die in der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) dargestellten Leistungen und Abrechnungsregelungen im Rahmen des sektorenübergreifenden Behandlungsplans zu erbringen. Ist dies nicht der Fall, dürfen die Leistungen nach diesem BV-Vertrag Rheuma nicht zu Lasten der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen erbracht und abgerechnet werden.

- (6) Die BSG verpflichtet sich zu einer qualitätsgesicherten, wirksamen, ausreichenden, zweckmäßigen und wirtschaftlichen Versorgung der Versicherten und übernimmt hierfür die Gewähr. Die Umsetzung regeln die Vertragspartner in der Anlage 7 (**„Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit“**).
- (7) Näheres zur Ausgestaltung der tatsächlichen Abläufe bei der Durchführung der BV und der Abrechnung regeln die Anlagen 3 (**„BV-Vergütung und Abrechnung“**) und 4 (**„Prozessbeschreibung“**).
- (8) Zu diesem Zwecke erklären die teilnehmenden Ärzte gegenüber der BSG, dass sie die Inhalte des BV-Vertrages Rheuma und evtl. Änderungen für sich als verbindlich anerkennen.
- (9) Die BSG verpflichtet die Ärzte zu einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung beteiligten Ärzten.
- (10) Die BSG bzw. der Beauftragte ist zum Zwecke des Abschlusses und der Durchführung dieses BV-Vertrages Rheuma von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.

## **§ 2 Geltungsbereich**

- (1) Dieser BV-Vertrag Rheuma gilt für die beigetretenen Krankenkassen in den KV-Bezirken, für die sie ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben, gemäß Anlage 19 (**„Beigetretene Krankenkassen“**). Nach Zustimmung durch die BSG und spectrumK können weitere Krankenkassen beitreten. In diesen Fällen ist die Anlage 19 (**„Beigetretene Krankenkassen“**) von spectrumK und der BSG entsprechend zu überarbeiten. spectrumK regelt den Beitritt mit den für die jeweiligen KV-Bezirke beitretenden Krankenkassen in einer gesonderten Vereinbarung.
- (2) Dieser BV-Vertrag Rheuma gilt für Ärzte, die durch Vertragsbeitritt nach § 4 Ärzte im Sinne dieses BV-Vertrages Rheuma geworden sind.
- (3) Der BV-Vertrag Rheuma gilt grundsätzlich in den KV-Bezirken, für welche die beigetretenen Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben. Leistungen nach diesem BV-Vertrag Rheuma können für Versicherte der beigetretenen Krankenkassen in den KV-Bezirken, für welche die beigetretenen Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben, erbracht werden.

## **§ 3 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Versicherten**

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der beigetretenen Krankenkassen in den KV-Bezirken, für welche die beigetretenen Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben, die sich mit einer Behandlung durch teilnehmende Ärzte einverstanden erklären und

- a) bei denen mindestens eine Verdachtsdiagnose, verifizierbar anhand
- i. der körperlichen Untersuchung ggf. inkl. Gelenkstatus,
  - ii. der Schmerzbefragung und Festlegung des Wertes anhand der Skala 1 bis 10 und
  - iii. des Labors (CRP, BSR, Leber- und Nierenwerte, Blutbild)
- oder
- b) eine gesicherte Diagnose für eine entzündliche rheumatische Erkrankung gemäß Anhang 3 der Anlage 3 („**Einschreibediagnosen Versicherte**“) gestellt und kodiert wurde.
- (2) Die Teilnahme der Versicherten an der **BV** ist freiwillig und erfolgt ausschließlich nach Maßgabe der Satzung der jeweiligen Krankenkasse. Ansprüche von Versicherten der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen werden unmittelbar und mittelbar durch diesen BV-Vertrag Rheuma nicht begründet.
- (3) Durch die Unterzeichnung und Abgabe seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1) nimmt der Versicherte mit dem Tag der Unterschrift auf seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung und der Unterzeichnung für das laufende Abrechnungsquartal an der BV teil, wenn er die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt, frühestens jedoch ab dem ersten Abrechnungsquartal nach § 21 Abs. 2. Für das weitere Verfahren der Einschreibung bzw. der Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen („**Stornierung**“) gelten die Vorgaben der Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“).
- (4) Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (Anlage 6.1) wird dem Versicherten nach ausführlicher Beratung über sein Widerrufsrecht gemäß § 140a Abs. 4 SGB V i.V.m. § 295 a SGB V über die vorgesehene Datenübermittlung und Aushändigung der Patienteninformation zum BV-Vertrag Rheuma (Anlage 6.2 und Anlage 6.4) durch den Arzt vorgelegt. Mit der Erklärung der Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.
- (5) Der jeweils einschreibende Arzt ist zur Entgegennahme der datenschutzrechtlichen Einwilligung mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (Anlage 6.1) von Versicherten der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkasse berechtigt und verpflichtet. Näheres regelt die Anlage 4 („Prozessbeschreibung“). Die Teilnahme – und Einwilligungserklärung ist vom einschreibenden Arzt spätestens bis zum 10. Kalendertag des ersten Monats des auf die Einschreibung folgenden Quartals (10. April für Q1; 10. Juli für Q2; 10. Oktober für Q3; 10. Januar für Q4) an die BSG bzw. das von ihr benannte Rechenzentrum zu übermitteln. Eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte (Anlage 6.1) händigt der Arzt dem Versicherten aus.
- (6) Eine Teilnahme von Versicherten ist erstmalig ab dem Zeitpunkt in den KV-Bezirken möglich, zu dem die Bereinigung der Gesamtvergütung durch eine entsprechende Vereinbarung der zuständigen Gesamtvertragspartner bzw. durch eine Festsetzung des zuständigen Landesschiedsamtes gewährleistet ist.
- (7) Die Teilnahme des Versicherten beginnt am Tag der Unterzeichnung des BV-Belegs und endet frühestens nach 2 Jahren, sofern der Versicherte spätestens



3 Monate vor Ablauf dieser Frist die Teilnahme kündigt; andernfalls verlängert sich diese automatisch jeweils um weitere 2 Jahre.

- (8) Die Teilnahme endet ferner:
- a) mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligung der Teilnahme und/oder in die Datenverwendung gegenüber der Krankenkasse in Textform oder zur Niederschrift bei der Krankenkasse;
  - b) mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses bei den beigetretenen Krankenkassen bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V;
  - c) mit dem Ende der Behandlung nach diesem BV-Vertrag Rheuma ;
  - d) mit Beendigung des BV-Vertrages Rheuma;
  - e) mit der Kündigungserklärung des Versicherten;
  - f) mit dem sicheren Ausschluss der Verdachtsdiagnose spätestens innerhalb von zwei Quartalen nach Übermittlung der Verdachtsdiagnose durch den Arzt zum Ende des laufenden Quartals.
  - g) bei Gebrauch des außerordentlichen Kündigungsrechts wegen wichtiger Gründe (z.B. Wohnungswechsel, Praxisschließung oder Störung des Vertrauensverhältnisses).
- (9) Die beigetretenen Krankenkassen sind zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten an dem BV-Vertrag Rheuma bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen Versicherte berechtigt und verpflichtet.
- (10) spectrumK oder die beigetretenen Krankenkassen, ggf. über die teilnehmenden Ärzte, informieren die BSG unverzüglich über den Widerruf oder sonstige Erklärungen mit vertragsbeendender Wirkung. Näheres regelt Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“).
- (11) Voraussetzung für die Inanspruchnahme einer Transition durch den Heranwachsenden im Rahmen dieses BV-Vertrages Rheuma sind insbesondere:
- a) Vorliegen einer gesicherten Diagnose der entzündlichen Rheumaformen gemäß Anhang 3 der Anlage 3 („**Einschreibediagnosen Versicherte**“);
  - b) die Bereitschaft und Eignung des Heranwachsenden für die Transition;
  - c) der Kinder- und Jugendrheumatologe entscheidet gemeinsam mit dem Heranwachsenden über den genauen Zeitpunkt der Transition.

#### **§ 4 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Ärzte**

- (1) Zur Teilnahme an diesem BV-Vertrag Rheuma sind die nachstehend genannten Ärzte mit Sitz in der Bundesrepublik Deutschland berechtigt:
- a) Hausärzte („**Hausärzte**“):
    - i. Hausärzte bzw. zugelassene medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, die an der Hausarztzentrierten

- Versorgung von spectrumK mit dem Hausärzteverband gemäß § 73 b SGB V in der jeweiligen KV-Region („**HZV**“) teilnehmen und die in Anlage 5 („**Strukturqualität**“) geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- ii. Zugelassene Vertragsärzte bzw. zugelassene medizinische Versorgungszentren (§§ 95, 72, 73 SGB V), die an der hausärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die in Anlage 5 („**Strukturqualität**“) geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- b) Fachärzte für Innere Medizin mit dem Schwerpunkt Rheumatologie - Facharztgruppe 31 bzw. 23 („23“ nur gültig für den KV-Bezirk Hamburg): („**Fachärzte**“)
- i. Zugelassene Fachärzte bzw. zugelassene medizinische Versorgungszentren (§§ 95, 72, 73 SGB V) für Innere Medizin und Rheumatologie, die an der fachärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die in Anlage 5 („**Strukturqualität**“) geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen
- c) Kinder- und Jugendärzte mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie -Facharztgruppe 40: („**Kinder- und Jugendrheumatologe**“)
- i. Zugelassene Kinder- und Jugendärzte bzw. zugelassene medizinische Versorgungszentren (§§ 95, 72, 73 SGB V) mit der Zusatzbezeichnung Kinderrheumatologie, die an der fachärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die in der Anlage 5 („**Strukturqualität**“) geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- d) Auf Antrag kann der Vertragsbeirat gemäß § 15 ermächtigte Ärzte nach § 116 SGB V sowie Hochschul- und Institutsambulanzen nach §§ 117 ff. SGB V („**Ambulanzen**“) soweit diese zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen für die Vertragsregion ermächtigt sind und die Teilnahmevoraussetzung der Anlage 5 („**Strukturqualität**“) erfüllen zur Teilnahme an dem BV-Vertrag Rheuma zulassen.
- (2) Die Ärzte beantragen ihre Teilnahme an diesem BV-Vertrag Rheuma durch Einreichen einer unterschriebenen und vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung gemäß Anlagen 5.1 bis 5.2 („**Teilnahmeerklärung Hausarzt**“, „**Teilnahmeerklärung Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe und auf Antrag Ambulanzen**“) 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 BV-Vertrages Rheuma als verbindlich an. Die Teilnahme ist freiwillig.
- (3) Im Rahmen der Teilnahmeerklärung stimmen die Ärzte der Veröffentlichung ihrer in Anlage 5 Absatz 1c), Abs. 2h) und 3h) („**Strukturqualität**“) benannten Daten zum Zwecke der Versicherteninformation (einschließlich der Veröffentlichung in dem Verzeichnis nach § 9 Abs. 1 g) zu.
- (4) Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen bestätigt die BSG per Telefax den Ärzten die Teilnahme am BV-Vertrag Rheuma. Ab diesem Zeitpunkt sind

die Ärzte zur Erbringung von Leistungen nach diesem BV-Vertrag Rheuma verpflichtet und zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.

- (5) Die Teilnahme endet
- a) mit Wegfall einer der Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 1 sowie Anlage 5 („**Strukturqualität**“);
  - b) mit Beendigung des BV-Vertrages Rheuma;
  - c) Enden bzw. Ruhen der vertragsärztlichen Zulassung
- 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 BV-Vertrag Rheuma 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 BDRh Service GmbH, Forstring 16a, 44869 Bochum kündigen.
- (7) Die BSG ist berechtigt und gegenüber den für den betreffenden KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen verpflichtet, die Teilnahme eines Arztes an diesem BV-Vertrag Rheuma mit sofortiger Wirkung aus wichtigem Grund zu kündigen. Als wichtiger Grund gelten insbesondere die in den nachfolgenden lit. a) bis d) geregelten Fälle:
- a) der Arzt wesentliche vertraglich obliegende Verpflichtungen nicht oder nicht ordnungsgemäß erfüllt;
  - b) der Arzt bei den Qualitätsprüfungen gemäß § 9 Abs. 1c des BV-Vertrages Rheuma der BSG nicht vertragsgemäß mitwirkt;
  - c) der Arzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht vollständig erfüllt; grob fahrlässig oder vorsätzlich fehlerhafte Abrechnungen oder Doppelabrechnungen vornimmt;
  - d) der Arzt verstößt in erheblichem Umfang gegen die ärztliche Berufsordnung oder seine vertragsärztlichen Pflichten; soweit dieser Verstoß nicht im Rahmen der Durchführung des BV-Vertrages begangen wird, muss er von der zuständigen Ärztekammer bzw. der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung schriftlich festgestellt worden sein.
- (8) Sofern dies im Einzelfall möglich und für die Vertragspartner und die Versicherten zumutbar ist, erfolgt vor Ausspruch der Kündigung eine schriftliche Abmahnung durch die BSG, mit welcher der Arzt zur Beseitigung des Verstoßes innerhalb von 4 Wochen ab Zugang der Abmahnung aufgefordert wird. Auf seinen Wunsch kann der Arzt innerhalb dieser Frist schriftlich oder mündlich gegenüber dem Vertragsbeirat (§ 15) Stellung nehmen. Bei Vorliegen besonderer Umstände können spectrumK und die BSG einvernehmlich auf eine Kündigung verzichten.
- (9) Die BSG informiert spectrumK bzw. die für den betreffenden KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen über die Beendigung der Teilnahme eines Arztes

im Rahmen der Information durch das der Kündigung nächstfolgende Teilnehmerverzeichnis Ärzte (§ 9 Abs. 1 g und Anlage 4, „**Prozessbeschreibung**“).

- (10) Durch die Beendigung der Teilnahme eines oder mehrerer Ärzte an diesem BV-Vertrag Rheuma, wird die Wirksamkeit des vorliegenden BV-Vertrages Rheuma im Übrigen nicht berührt.

### **§ 5 Aufgaben / Leistungen der Hausärzte**

Der Hausarzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme an der **BV** zur Erbringung folgender Leistungen:

- (1) Bei Patienten mit Verdachtsdiagnose:

- a) Dokumentation der Verdachtsdiagnose anhand des Befundbogens nach Anlage 9 („**Befundbogen vom Hausarzt an den Facharzt**“);  
b) Erstberatung und Einschreibung des Versicherten;

Innerhalb der Erstberatung erfolgt die Information und Beratung des Versicherten über die Leistungsinhalte dieses BV-Vertrages Rheuma und die Teilnahmevoraussetzungen. In diesem Rahmen erfolgt durch den Hausarzt die Einschreibung des Versicherten mit den vollständig ausgefüllten Teilnahmeunterlagen gemäß Anlage 6.1 bis Anlage 6.4 („**Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte**“, „**Patienteninformation zum Datenschutz**“, „**BV-Beleg**“, „**Patienteninformation zum Programm**“) in diesen BV-Vertrag Rheuma.

Mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf dem BV-Beleg nimmt der Versicherte teil und der Hausarzt erbringt die Leistungen gemäß dieses Paragraphen und der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) dieses BV-Vertrages Rheuma.

- c) Terminvereinbarung und Überweisung zu einem Facharzt;  
Der Termin soll innerhalb von 14 Tagen stattfinden.

- (2) Bei Patienten mit gesicherter Diagnose:

- a) Der Versicherte ist noch nicht eingeschrieben:  
Erstberatung und Einschreibung des Versicherten gemäß Abs. 1b)  
b) Therapie bei bereits eingeschriebenem Versicherten
- i. Berücksichtigung der Behandlungsempfehlungen des Facharztes als zusätzliche Grundlage für die weitere Behandlung des Versicherten;
  - ii. Koordination der rheumatisch bedingten Behandlung und schnellstmögliche Einleitung präventiver, diagnostischer, medizinischer und therapeutischer Maßnahmen;
  - iii. Überwachung der vom Facharzt eingeleiteten Therapie, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 16 („**Arzneimitteltherapie Erwachsene**“) sowie des Therapieplanes und des -verlaufes; kontinuierliche Kontrolle der Nebenwirkungen sowie, falls erforderlich, Durchführung von kardiovaskulären Kontrollen;

- iv. Überweisung des Versicherten mindestens einmal jährlich zum Facharzt zur Kontrolle der Therapie; für den Transitionsprozess gelten die Bestimmungen nach Abs. 3;
- v. Erforderlichenfalls Einleitung bzw. Fortsetzung der notwendigen Maßnahmen, z.B. Heilmittel- und Hilfsmittelversorgung sowie Rehabilitationsmaßnahmen in Abstimmung mit dem Facharzt bzw. der ggf. Ambulanz;
- vi. Festlegung und Überprüfung der individuellen Zielwerte mit dem Versicherten und Überprüfung der Einhaltung bzw. des Erreichens dieser Zielwerte;
- vii. Ermittlung potenzieller 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;
- viii. Konsiliarische Erörterung zwischen dem Hausarzt und einem Facharzt bzw. ggf. einer Ambulanz zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- ix. Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 („**qualifizierter Arztbrief**“) an den Versicherten; im Falle der Überweisung nach § 8 Abs. 6 und Abs. 7 ist insbesondere die notwendige Angabe der überprüften individuellen Zielwerte und ggf. der Hinderungsfaktoren erforderlich;
- x. 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 BV-Vertrages Rheuma, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arzteinformationssystemen.

### (3) Transitionsprozess

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

## **§ 6 Aufgaben / Leistungen der Fachärzte und Kinder- und Jugendrheumatologen**

Der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe verpflichtet sich während seiner Teilnahme an der **BV** zu folgenden Leistungen:

- (1) Sicherung der Verdachtsdiagnose durch die teilnehmenden Fachärzte und Kinder- und Jugendrheumatologen

- a) Wird die Verdachtsdiagnose vom Hausarzt geäußert und der Versicherte an den Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen überwiesen, ist der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe grundsätzlich zur Vergabe eines Termins innerhalb von 14 Tagen nach Feststellung der Verdachtsdiagnose durch den Hausarzt nach § 5 Abs. 1 verpflichtet. In dringenden Fällen wird ein kurzfristiger Termin vergeben.
- b) Wird die Verdachtsdiagnose vom Facharzt bzw. Kinder- und Jugendrheumatologen geäußert, erfolgt die Diagnosesicherung, Erstberatung und Einschreibung des Versicherten gemäß § 5 Abs. 1b) bei ihm.

Der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe sind zur Diagnosestellung durch diagnostische und differenzialdiagnostische auch bildgebende Untersuchungen sowie zur Durchführung bzw. Veranlassung des Speziallabors und zur Erhebung und Dokumentation aller vertragsgemäßen Zielgrößen gemäß Anlage 8 („**QS-Software**“) verpflichtet.

(2) Bei Patienten mit gesicherter Diagnose

- a) Der Versicherte ist noch nicht eingeschrieben.
  - i. Erstberatung und Einschreibung des Versicherten gemäß § 6 Abs. 1 b)
  - ii. Der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe erstellen für den Versicherten eine Information zu dessen spezifischem Erkrankungsbild gemäß Anlage 18 („**Behandlungsinformation Patient**“).

b) Therapie bei bereits eingeschriebenem Versicherten:

- i. Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 16 („**Arzneimitteltherapie Erwachsene**“) und nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
- ii. Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:  
Definition Remission: DAS28 < 2,6
  - **rheumatoide Arthritis (RA):**
    - frühe RA (Krankheitsdauer < 1 Jahr)  
Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 30 %
    - späte RA (Krankheitsdauer > 1 Jahr)
      - 1. DAS28 < 3.2;
      - und/oder
      - 2. Remissionsrate nach ½ Jahr Behandlung > 10 %
  - **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
- iii. Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten unter Berücksichtigung der im qualifizierten Arztbrief gemäß Anlage 1 enthaltenen Befunde bzw. Fragestellungen / Überweisungsgründe;

- iv. Aufklärung des Versicherten über den Behandlungsplan;
- v. Sicherstellung der patientenbezogenen Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- vi. 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 Facharzt bzw. ggf. die Ambulanz;
- vii. Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10 („**Infusionstherapie**“);
- viii. Einleitung geeigneter Maßnahmen mit dem Ziel, dass der Versicherte die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
- ix. Konsiliarische Erörterung zwischen Facharzt, ggf. der Ambulanz und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- x. 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;
- xi. Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen 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;
- xii. Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- xiii. 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 BV-Vertrages Rheuma, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arzteinformationssystemen.
- xiv. Nach Erfüllung des fachärztlichen Behandlungskomplexes im Sinne des § 6 und Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) 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.
- xv. Der Facharzt, der Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. ggf. die Ambulanz sind verpflichtet, binnen 14 Tagen den behandelnden Hausarzt

über die Teilnahme des Versicherten an der **BV** und die Teilnahmemöglichkeit an diesem BV-Vertrag Rheuma zu informieren.

- c) Therapie bei eingeschriebenem Versicherten und gesicherter Diagnose durch den Kinder- und Jugendrheumatologen:
- i. Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
  - ii. Vereinbarung spezieller Therapieziele bei verschiedenen Rheumaformen:
    - **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), Arthritis und Enthesitis und Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), Oligoarthritis:**
      - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS10 $\leq$ 2
      - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 $\leq$ 1
    - **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF+);**
    - **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), Polyarthritis (RF-)**
    - **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), Psoriasisarthritis**
    - **Juvenile idiopathische Arthritis (JIA), systemisch (M. Still):**
      - 6 Monate: Minimale Krankheitsaktivität: Definition JADAS10 $\leq$ 3,8
      - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 $\leq$ 1
  - iii. Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten
  - iv. Aufklärung des Heranwachsenden bzw. dessen Eltern über den Behandlungsplan;
  - v. Sicherstellung der patientenbezogenen Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
  - vi. 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)
  - vii. Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 10 („**Infusionstherapie**“);
  - viii. Einleitung geeigneter Maßnahmen mit dem Ziel, dass der Versicherte die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Hausarzt abgestimmt;
  - ix. Konsiliarische Erörterung zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
  - x. 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;



- xi. Insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen 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;
- xii. Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- xiii. 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 BV-Vertrages Rheuma, als auch im Rahmen der Dokumentation in den Arzteinformationssystemen.
- xiv. 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 BV-Vertrag Rheuma zu informieren.

### (3) Transitionsprozess

- a) Bei Heranwachsenden ggf. Durchführung gemeinsamer Transitionsgespräche zwischen dem Facharzt und dem Kinder- und Jugendrheumatologen;
- b) Dokumentation und quartalsweise Übergabe des Kurzarztbriefes nach Anlage 14 vom Facharzt an den Kinder- und Jugendrheumatologen und an den Hausarzt;
- c) Aushändigung und Auswertung des vom Heranwachsenden auszufüllenden Evaluationsbogens nach Anlage 13 durch den Facharzt und Übermittlung an den Hausarzt sowie an den Kinder- und Jugendrheumatologen.

### (4) Bildung und Koordination eines RA-Teams

Der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe ist zur Bildung und Koordination eines spezialisierten Teams mit einer rheumatologischen Fachassistenz („**RA-Team**“) verpflichtet. Das RA-Team verfolgt folgende Zwecke:

- a) Termine / Informationen,
- b) Zusammenführung der Therapieergebnisse,
- c) Patientenschulungen,
- d) Zusammenführung der Behandlungsergebnisse und Befunde.

## **§ 7 Aufgaben / Leistungen der Kinder- und Jugendrheumatologen im Rahmen der Transition**

Der Kinder- und Jugendrheumatologe verpflichtet sich während seiner Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen im Rahmen der Transition:

- (1) Bei Heranwachsenden, die mindestens die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 des BV-Vertrages Rheuma erfüllen
  - a) Erstberatung und Einschreibung des Jugendlichen gemäß § 6 Abs. 1b);

- b) Koordination des Transitionsprozesses;
  - c) Durchführung der in § 8 Abs. 7 definierten Abläufe.
- (2) Transitionsgespräche mit dem Heranwachsenden unter Hinzuziehung des Facharztes, soweit möglich;
  - (3) Übermittlung einer strukturierten Epikrise (Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes) mittels eines Formblattes nach Anlage 11 („**Transition Epikrise**“) an den Facharzt und an den Hausarzt;
  - (4) Dokumentation und Übergabe der Checkliste Transition nach Anlage 12 („**Transition Checkliste**“) an den Facharzt und den Hausarzt;
  - (5) Dokumentation und Übergabe des vom Versicherten ausgefüllten Fragebogens nach Anlage 15 („**Transition Fragebogen**“) an den Facharzt und den Hausarzt;
  - (6) Dokumentation und quartalsweise Übergabe des Kurzarztberichtes nach Anlage 14 („**Transition Kurzarztbrief**“) an den Facharzt und den Hausarzt;
  - (7) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach Anlage 1 („**qualifizierter Arztbrief**“) an den Hausarzt und den Facharzt;
  - (8) Festlegung und Überprüfung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien.

### **§ 8 Kooperation zwischen den Ärzten**

- (1) Zur Sicherstellung der gemeinsamen Dokumentation der Ärzte ist der Hausarzt verpflichtet, neben seinen eigenen Behandlungsdaten, die Informationen der zuweisenden Ärzte zusammenzuführen.
- (2) Bei Vorliegen der Verdachtsdiagnose und Überweisung vom Hausarzt sichert der Facharzt bzw. der Kinder- und Jugendrheumatologe die Diagnose und legt den Therapieplan fest. Der Facharzt überprüft nach Überweisung durch den Hausarzt regelmäßig, mindestens einmal jährlich, den Therapieverlauf. Falls erforderlich können engmaschige Kontrollen (tight control) durchgeführt werden. Der Kinder- und Jugendrheumatologe behandelt den Heranwachsenden rheumatologisch bis zum Abschluss der Transition.
- (3) Nach Sicherung der Diagnose, Festlegung des Behandlungsplanes und der Kontrolluntersuchung durch den Facharzt, und nach Rücküberweisung an den Hausarzt übernimmt dieser die weitere Koordination und Behandlung des Versicherten.
- (4) Bei der Behandlung des Versicherten durch den Hausarzt berücksichtigt dieser die individuellen Zielwerte und übernimmt die Überprüfung potentieller Hinderungsfaktoren bei Nichterreichen der Zielwerte unter Zugrundelegung der Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der WHO.
- (5) Bei Nichterreichen der Zielwerte entscheidet der Hausarzt über weitere medizinisch notwendige Maßnahmen in angemessener Abstimmung mit dem Facharzt bzw. ggf. der Ambulanz. Bei Heranwachsenden übernimmt der Kinder- und Jugendrheumatologe die Entscheidung über weitere medizinisch notwendige Maßnahmen im Bereich Rheuma.

- (6) Darüber hinaus sollte unabhängig vom Erreichen der Zielwerte bei folgenden Sachverhalten eine Überweisung vom Hausarzt zum Facharzt bzw. zum Kinder- und Jugendrheumatologen 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.
- (7) 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 BV-Vertrag Rheuma beginnt der Kinder- und Jugendrheumatologe die Transition. Im Rahmen dieser finden (Wieder-) Vorstellungen beim ihm sowie dem Facharzt statt;
  - c) Im Zuge des ersten Gesprächs wird ein Fragebogen nach Anlage 15 („**Transition Fragebogen**“) dem Heranwachsenden ausgehändigt. Der Kinder- und Jugendrheumatologe füllt für den Heranwachsenden die Checkliste zu definierten Themenkomplexen nach Anlage 12 („**Transition Checkliste**“) aus und aktualisiert diese im laufenden Transitionsprozess;
  - d) Im weiteren Behandlungsverlauf zur Vorbereitung der Übergabe an den Facharzt wird der Status des Heranwachsenden mittels eines Formblattes nach Anlage 11 („**Transition Epikrise**“) 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 Facharzt ein Kurzarztbericht nach Anlage 14 („**Transition Kurzarztbrief**“) erstellt und jeweils dem Hausarzt sowie dem Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. Facharzt übermittelt;
  - f) Der Kinder- und Jugendrheumatologe und der Facharzt 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 13 („**Transition Evaluationsbogen**“) aus. Diesen übermittelt der Facharzt sowohl an den Kinder- und Jugendrheumatologen als auch an den Hausarzt;
  - h) Nach Abschluss der erfolgreichen Transition erfolgt die weitere Behandlung durch den Facharzt und den Hausarzt als Versicherter nach Maßgabe der §§ 5 bis 8 dieses BV-Vertrages Rheuma.

### § 9 Aufgaben / Leistungen der BSG bzw. des Beauftragten

- (1) Die BSG bzw. der Beauftragte organisiert die Teilnahme der Ärzte an dieser Versorgung nach Maßgabe dieses BV-Vertrages Rheuma und erfüllt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen und den teilnehmenden Ärzten:
- a) Bekanntgabe dieses BV-Vertrages Rheuma und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme an diesem BV-Vertrag Rheuma in ihren Veröffentlichungsorganen, einschließlich des Bereitstellens von Informationsunterlagen nach Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“), 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) Auskunft und Beratung der Ärzte zu Inhalten und Prozessen des BV-Vertrages Rheuma. Interessierten Ärzten wird der Vertragstext in geeigneter Form zugänglich gemacht;
  - e) Die teilnehmenden Ärzte erklären gegenüber der BSG, dass sie die Inhalte des BV-Vertrages Rheuma und evtl. Änderungen für sich als verbindlich anerkennen.
  - f) Die BSG verpflichtet die Ärzte zu einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung beteiligten Ärzten.
  - g) Pflege und Bereitstellung des Verzeichnisses der teilnehmenden Ärzte sowie regelmäßige elektronische Versendung des Verzeichnisses an spectrumK nach Maßgabe der Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“);
  - h) Entgegennahme von Kündigungen der Ärzte zur Beendigung ihrer Teilnahme an diesem BV-Vertrag Rheuma und Information von spectrumK über die Beendigung;
  - i) Bekanntgabe der teilnehmenden Fachärzte, Kinder- und Jugendrheumatologen an die teilnehmenden Hausärzte;
  - j) Entgegennahme des BV-Belegs zur Datenverarbeitung (Anlage 6.3) der Versicherten und der nach den für die Abrechnung und Teilnahmeverwaltung erforderlichen Datenerfassungen die Weiterleitung des BV-Belegs und die entsprechenden Einschreibedaten nach Anlage 4 an spectrumK;
  - k) Überwachung der vertraglich geregelten Pflichten der teilnehmenden Ärzte und Sicherstellung der Abrechnung der Ärzte gegenüber spectrumK;
  - l) Abrechnung der Leistungen nach Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) für Ärzte auf Basis einer Zusammenführung und Datenübermittlung nach § 295 Abs. 1b SGB V gegenüber der spectrumK;

- m) Auszahlung der den Ärzten zustehenden Vergütungen aufgrund erbrachter Leistungen auf Basis der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“);
  - n) Verpflichtung der teilnehmenden Ärzte zur Vertragserfüllung.
- (2) Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der Leistungen der Ärzte innerhalb dieses BV-Vertrages Rheuma 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 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) benannte Rechenzentrum.
- (3) Die BSG bzw. der Beauftragte erklärt, dass sie nach Maßgabe dieses BV-Vertrages im Zusammenhang mit dem Abschluss, der Durchführung und Beendigung dieses BV-Vertrages zur Abgabe und zum Empfang von Willenserklärungen der Ärzte und zur Vornahme und Entgegennahme von rechtsgeschäftsähnlichen Handlungen mit Wirkung gegenüber spectrumK und den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen bevollmächtigt ist.
- (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 spectrumK Anhaltspunkte zu einem Sachverhalt, der die Kündigung der Teilnahme oder die Abmahnung eines Arztes auslösen könnte, so hat die BSG nach Kenntniserlangung durch spectrumK diesem Sachverhalt nachzugehen und, soweit möglich, Maßnahmen nach § 4 Abs. 7 und 8 zu ergreifen.

### **§ 10 Aufgaben / Leistungen der Krankenkassen und spectrumK**

- (1) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziel der BV zu informieren. Dazu gehören Bekanntgabe dieses BV-Vertrages Rheuma und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme an diesem BV-Vertrag Rheuma in ihren Veröffentlichungsorganen einschließlich des Bereitstellens von Informationsunterlagen nach Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“), soweit Betriebs- und / oder Geschäftsgeheimnisse nicht entgegenstehen.
- (2) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen gleichen den ihnen übermittelten BV-Beleg der Versicherten gegen ihren Versichertenbestand und das ihnen jeweils vorliegende BV-Arztverzeichnis ab. Sie führen über die teilnehmenden Versicherten das BV-Teilnehmerverzeichnis. Näheres zur Übermittlung und zum Umgang mit dem BV-Teilnehmerverzeichnis regelt die Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“) dieses BV-Vertrages Rheuma. Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen sind verpflichtet, der BSG ein abrechnungsbegründendes BV-Teilnehmerverzeichnis (1. Februar, 1. Mai, 1. August, 1. November) als

Grundlage der Versorgung und Abrechnung sowie ein informatives Gesamtverzeichnis jeweils zum Monatsersten zu übermitteln.

- (3) Leistungen für Versicherte, deren Teilnahme durch die für die jeweiligen KV-Bezirke jeweils beigetretenen Krankenkassen storniert wurde, sind nicht BV-vergütungsrelevant im Sinne der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) und können daher auch nicht entsprechend abgerechnet werden. spectrumK wird der BSG nach Maßgabe der Anlage 4 („**Prozessbeschreibung**“) alle notwendigen Informationen, die diese für die Organisation der Teilnahme der Ärzte an der **BV** benötigt, zur Verfügung stellen.
- (4) Die beigetretenen Krankenkassen sind verpflichtet, auf ihrer Seite sämtliche Voraussetzungen für eine Bereinigungsregelung nach § 140a Abs. 6 SGB V für den BV-Vertrag Rheuma für die KV-Bezirke zu schaffen, für die sie ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben. spectrumK und die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen wirken im Rahmen ihrer Möglichkeiten auf die zuständigen Partner der Gesamtverträge dahingehend ein, dass diese spätestens bis zum Beginn der Finanzwirksamkeit des BV-Vertrages Rheuma eine Bereinigungsregelung vereinbaren bzw. durch das Landesschiedsamt festsetzen lassen. spectrumK ist verpflichtet, die BSG nach Aufforderung hierüber zu informieren.

### **§ 11 Anspruch des Arztes auf die BV-Vergütung**

- (1) Abrechnungsfähig sind die Versicherten der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen, für die mindestens eine Verdachtsdiagnose einer entzündlichen Rheumaform nach Anhang 3 der Anlage 3 („**Einschreibediagnosen Versicherte**“) dokumentiert wird und deren Teilnahme durch die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretene Krankenkasse durch Aufnahme in das abrechnungsbegründende BV-Teilnehmerverzeichnis bestätigt wurde.
- (2) Der Arzt hat gegen die für den betreffenden KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe dieses § 11 sowie der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) vertragsgemäß für den Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen. Die BV-Vergütung ist innerhalb der in Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) geregelten Zahlungsfrist fällig. Sämtliche Leistungen entlang des Behandlungspfades dieses BV-Vertrages Rheuma sind mit den vereinbarten Vergütungen abgegolten.
- (3) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) zahlen die BV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die BSG. In Höhe der jeweiligen Zahlung tritt Erfüllung gegenüber dem Arzt ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach Absatz 5 i.V.m. Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“).
- (4) Die BSG ist berechtigt und verpflichtet, die BV-Vergütung von den für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) entgegen zu nehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten. Die BSG ist verpflichtet, die von den für den betreffenden KV-Bezirk

beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) erhaltenen Zahlung an den Arzt zum Zwecke der Abrechnung der BV-Vergütung nach diesem § 11 gemäß den Vorgaben der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) weiterzuleiten. § 14 bleibt hiervon unberührt. Erfolgt keine Beanstandung der übermittelten Rechnungen, fordert spectrumK die geltend gemachte Vergütung bei der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkasse an. Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretene Krankenkasse ist innerhalb einer Frist von 14 Kalendertagen nach Eingang der Zahlungsanforderung verpflichtet, den in dieser Anforderung aufgeführten Betrag an spectrumK zu zahlen.

- (5) Der Arzt hat den für den betreffenden KV-Bezirk betroffenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) Überzahlungen an die teilnehmenden Ärzte nach Maßgabe der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) zu erstatten. Eine Überzahlung ist jede Auszahlung der für den betreffenden KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK), die z.B. wegen fehlerhafter Abrechnung den Anspruch des jeweiligen Arztes auf BV-Vergütung übersteigt („**Überzahlung**“).
- (6) Die für den betreffenden KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) sind gegenüber dem Arzt berechtigt, den Betrag der Überzahlung des jeweils betroffenen Arztes nach Abs. 2 mit dem BV-Vergütungsanspruch des Arztes, in den auf die Zahlungsaufforderung folgenden Abrechnungszeiträumen zu verrechnen. Die betreffende Krankenkasse oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) hat die Aufrechnungserklärung gegenüber der BSG mit Wirkung für den Arzt abzugeben und gemäß der Anlage 3 zu erläutern.
- (7) Der BV-Vergütungsanspruch richtet sich ausschließlich gegen die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen. Leistungen, die gemäß Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) vergütet werden, darf der Arzt nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung abrechnen („**Doppelabrechnung**“). Eine Doppelabrechnung kann zu einem Schaden der für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen führen. Der Arzt hat den für den betreffenden KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen einen aus Doppelabrechnungen resultierenden Schaden nach Maßgabe der §§ 249 ff. BGB zu ersetzen. Näheres zum Rückforderungsmanagement bei Doppelabrechnungen stimmen die BV-Partner im Verlauf der Vertragsumsetzung ab und regeln dies in einer gesonderten Anlage, welche Vertragsbestandteil wird.
- (8) Die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) können durch Erklärung gegenüber der BSG binnen 36 Monaten nach Erhalt der Abrechnung der BV-Vergütung sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.
- (9) Mit der Teilnahmeerklärung erkennt der Arzt an, dass sein Anspruch gemäß § 11 Abs. 2 nach Ablauf von 12 Monaten verjährt. Diese Frist beginnt grundsätzlich mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem der Arzt die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat. Kommen die für die jeweiligen KV-Bezirke beigetretenen Krankenkassen oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) mit der Auszahlung der BV-Vergütung nach Maßgabe der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) in Verzug, ist der Betrag der dem jeweiligen Arzt geschuldeten BV-Vergütung mit fünf

Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.

- (10) Die Vergütungsverpflichtung der betroffenen Krankenkassen oder der von ihnen benannten Stelle (spectrumK) nach den vorstehenden Absätzen und ein Vergütungsanspruch der BSG aus diesem BV-Vertrag Rheuma entstehen nur für die jeweiligen KV-Bezirke, für die die beigetretenen Krankenkassen ihren Beitritt zum BV-Vertrag Rheuma erklärt haben, in denen eine Bereinigungsregelung nach § 140a Abs. 6 SGB V zu diesem BV-Vertrag Rheuma mit der zuständigen Kassenärztlichen Vereinigung für das jeweilige Abrechnungsquartal besteht. Die Vergütungsverpflichtung der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) entsteht auch, wenn eine oder mehrere der für den betreffenden KV-Bezirk beigetretenen Krankenkassen schriftlich erklären, aus verwaltungsökonomischen Gründen (z.B. bei geringen Teilnehmerzahlen) vorläufig vom Abschluss eines Bereinigungsvertrages Abstand zu nehmen.
- (11) Bei Änderungen der Vergütungsregelungen gemäß der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) gelten die folgenden Vorgaben:
- a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des Arztes auswirken, können jederzeit durch Einigung zwischen spectrumK und der BSG mit Wirkung für den Arzt geregelt werden. Die BSG und spectrumK werden dem Arzt solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen des Arztes und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
  - b) Einigen sich spectrumK und die BSG über eine Änderung der Vergütungsregelungen gemäß den §§ 1 bis 3 der Anlagen 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“), teilt die BSG dies dem Arzt unverzüglich in Textform mit. Ist der Arzt mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme an der BV mit Wirkung auf den Zeitpunkt, in dem die Änderung der Vergütungsregelung in Kraft tritt, zu kündigen. Die BSG wird den Ärzten solche neuen Vergütungstatbestände spätestens vier Wochen vor ihrem Inkrafttreten mitteilen.

## **§ 12 Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages Rheuma erbrachten Leistungen**

- (1) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der BSG beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295 a Abs. 1 und 2 SGB V im Wege der elektronischen Datenübertragung zu übermitteln soweit eine entsprechende Einwilligung der Versicherten vorliegt.
- (2) Weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens regelt Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“).
- (3) Die §§ 11 bis 14 dieses BV-Vertrages Rheuma in Verbindung mit der Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) gelten auch nach Beendigung dieses BV-Vertrages Rheuma bis zum vollständigen Ausgleich aller gegenseitigen Forderungen aus diesem BV-Vertrag Rheuma fort.



### § 13 Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte

- (1) Der Arzt rechnet den BV-Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“), gegenüber der BSG ab („**BV-Abrechnung**“). Der Arzt hat die BV-Abrechnung an die BSG spätestens bis zum 20. Tag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der BV-Abrechnung bei der BSG. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Arzt behält sich die BSG vor, die verspätet eingegangenen Abrechnungsdaten erst zu dem auf die Übermittlung folgenden Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.
- (2) Die BSG prüft die BV-Abrechnung und übersendet dem Arzt auf Grundlage der BV-Abrechnung eine Übersicht der geprüften, gerügten und/oder abgerechneten Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“).
- (3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich, spätestens jedoch 4 Wochen nach Zugang, zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der BSG unverzüglich schriftlich gemeldet werden.
- (4) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn ihm nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird („**Schuldumschaffung**“). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die BSG wird den Arzt bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen.
- (5) Die §§ 11 bis 14 gelten auch nach Beendigung des BV-Vertrages Rheuma mit Wirkung für den Arzt weiter, bis die Ansprüche des Arztes auf Vergütung abgerechnet sind.
- (6) Die BSG für die in dem betreffenden KV-Bezirk beigetretene Krankenkasse oder die von ihnen benannte Stelle (spectrumK) ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines Arztes ergebenden BV-Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen wegen Überzahlungen und Schadensersatzansprüchen aus Doppelbrechungen einzubehalten („**Sicherungseinbehalt**“). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises durch die BSG wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der betreffenden Krankenkasse bereits erloschen ist, an den Arzt ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die BSG erst nach Ablauf der 12 Monaten Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (7) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des BV-Vergütungsanspruches regelt Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“).

### **§ 14 Verwaltungskostenpauschale**

- (1) Der Arzt ist verpflichtet, für die Organisation und Durchführung dieses BV-Vertrages Rheuma eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung ersichtlichen Prozentsatzes seiner BV-Vergütung an die BSG zu zahlen. Die BSG ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem Anspruch auf Auszahlung der Vertragsvergütung zu verrechnen.
- (2) Die BSG ist gegenüber dem Facharzt, Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. ggf. der Ambulanz berechtigt, mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibgebühr in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung ersichtlichen Betrages zuzüglich gesetzlicher Mehrwertsteuer zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Zugang des Bestätigungsfaxes fällig. Die Teilnahmebestätigung bleibt davon zunächst unberührt, wird allerdings spätestens 10 Tage nach Fristablauf storniert.

### **§ 15 Vertragsbeirat**

- (1) Die Durchführung dieses BV-Vertrages Rheuma wird von einem paritätisch besetzten Beirat begleitet, der aus mindestens 4 Vertretern (2 Vertretern von spectrumK und der Krankenkassen, 2 Vertretern der BSG) besteht. Jedes Beiratsmitglied hat das Recht, nicht stimmberechtigte Fachleute zur Beratung hinzuzuziehen. Die Beiratsmitglieder können von den Organisationen, von denen sie entsandt wurden jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Einzelheiten regelt die Geschäftsordnung des Beirats.
- (2) Der Beirat trifft sich auf Antrag eines Beiratsmitgliedes, um anstehende Sachverhalte zu klären. Er ist mindestens einmal im Kalenderjahr einzuberufen.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen, soweit in der Geschäftsordnung keine abweichenden Regelungen getroffen sind. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein Antrag als abgelehnt.
- (4) Der Beirat hat insbesondere folgende Aufgaben:
  - a) Unterbreitung von Vorschlägen zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte und Vertragsprozesse, insbesondere in der Versorgungssteuerung und bei der Einführung eines DMP Rheuma (strukturiertes Behandlungsprogramm für Rheuma nach § 137 f SGB V).
  - b) Versorgungssteuerung und Vertragscontrolling (Anlage 7 **„Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit“**)
  - c) Bewertung und gegebenenfalls Zustimmung zu Vertragsänderungen nach § 22;
  - d) Entscheidung über die Teilnahme von „Sonderfällen“ zur Leistungserbringung, abhängig von den jeweiligen regionalen Versorgungsbesonderheiten. „Sonderfälle“ sind u.a. die rheumatologisch qualifizierten Hausärzte sowie die Instituts- und Hochschulambulanzen, die die Qualifikationen nach Anlage 5 Abs. 2 erfüllen.
  - e) Empfehlungen zur Kündigung gegenüber einem teilnehmenden Arzt aus wichtigem Grunde nach Stellungnahme des Arztes nach § 4 Abs. 8;
  - f) Entscheidung über Maßnahmen bei Abrechnungsauffälligkeiten;

g) Abstimmung der Öffentlichkeitsarbeit.

### **§ 16 Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit und Weiterentwicklung**

- (1) spectrumK und die BSG legen die in Anlage 7 („**Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit**“) aufgeführten Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit in diesem BV-Vertrag Rheuma fest. Die Vertragsparteien steuern den BV-Vertrag Rheuma mit dem Ziel, die Qualität der Versorgung zu verbessern und Wirtschaftlichkeitsreserven zu erschließen. Insbesondere die besondere rheumatologische Versorgung führt zu Qualitätsverbesserungen und Wirtschaftlichkeitseffekten, die sich im Wesentlichen aus einer frühzeitigen verbesserten Versorgung von Versicherten mit rheumatologischen Erkrankungen ergeben. Das Nähere zur Ausgestaltung der Wirtschaftlichkeitsziele und zur Qualitätssicherung durch die Vertragspartner, ist der Anlage 7 („**Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit**“) dieses BV-Vertrages Rheuma zu entnehmen.
- (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.
- (3) Die BV-Partner sind sich einig, dass eine regelmäßige, mindestens jährliche Weiterentwicklung bzw. Anpassung des BV-Vertrages sinnvoll und notwendig ist. Die Weiterentwicklung bzw. Anpassung des BV-Vertrages Rheuma beinhaltet die Fortentwicklung und Optimierung des BV-Vertrages Rheuma sowohl in medizinischer Hinsicht, als auch in technischer/prozessualer und wirtschaftlicher Hinsicht. Die Vertragspartner übernehmen gemeinsam die Weiterentwicklung bzw. Anpassung in Abstimmung unter Berücksichtigung ihrer gegenseitigen Interessen. Im Falle einer auf den BV-Vertrag Rheuma einwirkenden Änderung oder Konkretisierung der gesetzlichen Rahmenbedingungen sind beide BV-Partner zu einer Vertragsanpassung verpflichtet, die der medizinischen und wirtschaftlichen Zielrichtung bei Vertragsschluss am ehesten entspricht. Für die erforderliche Vertragsänderung gilt § 22.

### **§ 17 QS-Software**

Die Anforderungen an die QS-Software für die Fachärzte, Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. ggf. die Ambulanzen werden nach Maßgabe der Anlage 8 („**QS-Software**“) des BV-Vertrages Rheuma definiert.

### **§ 18 Datenschutz**

- (1) Die Vertragspartner und die Ärzte 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 BV-Vertrag Rheuma 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 gemäß Anlage 6.2 („**Patienteninformation zum Datenschutz**“).
- (3) Die BSG und spectrumK verpflichten sich im Rahmen der in diesem BV-Vertrag Rheuma 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. Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Rahmen des BV-Vertrages Rheuma erfolgt ausschließlich unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften, insbesondere der Art. 5, 6 und 9 der EU-Datenschutz-Grundverordnung und der dazu ergangenen nationalen Rechtsvorschriften im BDSG (neu) sowie des § 295a SGB V.
- (4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahme durch einen Versicherten sowie nach Ablauf der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist werden die personenbezogenen Daten des Versicherten und andere Sozialdaten, die für die Aufgabenerfüllung benötigt, erhoben und verarbeitet werden, entsprechend den einschlägigen sozial- und datenschutzrechtlichen Vorgaben gelöscht.
- (5) Statistische Auswertungen zu Zwecken der Qualitätssicherung, zur Weiterentwicklung und zum Nachweis der Wirtschaftlichkeit dieses BV-Vertrag Rheuma gemäß § 140a SGB V erfolgen ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten nicht zulassen.

## **§ 19 Geheimhaltung**

Die BV-Partner dieses BV-Vertrages Rheuma sind verpflichtet, die im Rahmen dieses BV-Vertrages Rheuma 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 BV-

Vertrages Rheuma ohne schriftliche Einwilligung des Vertragspartners nicht zu anderen Zwecken zu nutzen oder Dritten zugänglich oder bekannt zu machen. Eine Nutzung und Verarbeitung der Informationen ist allein auf den Gebrauch für die Durchführung dieses BV-Vertrages Rheuma beschränkt.

## **§ 20 Haftung und Freistellung**

- (1) Die Haftung von spectrumK, der beigetretenen Krankenkassen und der BSG für die Erfüllung der in diesem BV-Vertrag Rheuma geregelten Pflichten bei einfacher Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen, soweit nicht gegen wesentliche Vertragspflichten verstoßen wird oder eine Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit vorliegt. Wesentliche Vertragspflichten sind solche, deren Erfüllung die ordnungsgemäße Durchführung des Vertrags überhaupt erst ermöglicht und auf deren Einhaltung der Vertragspartner regelmäßig vertraut und vertrauen darf. Die Haftung bei Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten ist bei einfacher Fahrlässigkeit auf den vorhersehbaren Schaden begrenzt.
- (2) Eine Haftung gegenüber nicht an diesem BV-Vertrag Rheuma beteiligten Dritten wird durch diesen BV-Vertrag Rheuma nicht begründet.
- (3) Die BSG, spectrumK und die beigetretenen Krankenkassen 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. 7 dieses BV-Vertrages Rheuma, ob der betroffene Arzt von der Teilnahme am BV-Vertrag Rheuma ausgeschlossen wird.
- (4) Für den Fall einer wirksamen ordentlichen oder fristlosen Kündigung dieses BV-Vertrages Rheuma, gleich durch welchen Vertragspartner, stehen den Vertragspartnern und den am BV-Vertrag Rheuma teilnehmenden Ärzten Ansprüche auf Schadensersatz, gleich aus welchem Rechtsgrund, nicht zu.

## **§ 21 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung**

- (1) Der BV-Vertrag Rheuma tritt am 01.01.2016 in Kraft. Mit Inkrafttreten des BV-Vertrages Rheuma ist die Teilnahme der Krankenkassen möglich. Ab dem 01.03.2016 ist die Teilnahme der Ärzte möglich. Die Einschreibung von Versicherten durch die Ärzte ist erstmalig ab dem Zeitpunkt in den KV-Bezirken zulässig, für die die jeweilige Krankenkasse ihren Beitritt erklärt hat und in welchem die Bereinigung der Gesamtvergütung durch eine entsprechende Vereinbarung der zuständigen Gesamtvertragspartner bzw. durch eine Festsetzung des zuständigen Landesschiedsamtes gewährleistet ist.
- (2) Die Anlage 3 („**BV-Vergütung und Abrechnung**“) tritt am 01.07.2016 in Kraft, sofern zu diesem Zeitpunkt in den KV-Bezirken, für die die jeweilige Krankenkasse ihren Beitritt erklärt hat, die Bereinigung der Gesamtvergütung durch eine entsprechende Vereinbarung der zuständigen Gesamtvertragspartner bzw. durch eine Festsetzung des zuständigen Landesschiedsamtes gewährleistet ist. Andernfalls tritt die Anlage 3 („**BV-**

**Vergütung und Abrechnung**“), in dem jeweiligen KV-Bezirk, für den die jeweilige Krankenkasse ihren Beitritt erklärt hat und in welchem der jeweilige Arzt seinen Sitz hat, frühestens am 1. Tag des Kalenderquartals in Kraft, für welches eine Bereinigung der Gesamtvergütung gewährleistet ist. Die Pflichten gemäß den §§ 6 bis 8 und 11 bis 14 gelten ebenfalls erst ab der Vergütungswirksamkeit des BV-Vertrages Rheuma an.

- (3) Für Krankenkassen, welche dem BV-Vertrag Rheuma nach den in den Absätzen 1 und 2 festgelegten Terminen beitreten, wird der Beitritt am 1. Tag des Kalenderquartals in dem KV-Bezirk wirksam, welches auf den Beitritt der jeweiligen Krankenkasse zu dem BV-Vertrag Rheuma folgt. Die Anlage 3 tritt für die beitretende Krankenkasse in den KV-Bezirken am 1. Tag des wiederum darauffolgenden Kalenderquartals in Kraft, in welchen sie den BV-Vertrag Rheuma gegen sich gelten lassen will.
- (4) Die Laufzeit dieses BV-Vertrages Rheuma ist unbefristet.
- (5) Der BV-Vertrag Rheuma kann von spectrumK und der BSG ordentlich mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals jedoch zum 31.12.2017; der BV-Vertrag Rheuma kann von spectrumK auch zu dieser Frist bzw. diesem Datum für einzelne beigetretene Krankenkassen bzw. von diesen direkt für einzelne oder mehrere KV-Bezirke, für welche die jeweiligen Krankenkassen ihren Beitritt erklärt haben, gekündigt werden.
- (6) Eine Kündigung des BV-Vertrages Rheuma durch die BSG oder spectrumK beendet den BV-Vertrag Rheuma mit Wirkung für sämtliche BV-Partner. Die Kündigung durch einzelne Krankenkassen berührt die Weitergeltung des BV-Vertrages Rheuma zwischen den übrigen Vertragsparteien nicht. 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 BV-Partner die Fortsetzung des BV-Vertrages Rheuma bis zum Ablauf der Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor:
  - a) wenn der Verstoß eines der BV-Partner gegen eine ihm nach diesem BV-Vertrag Rheuma obliegende wesentliche Verpflichtung dieses BV-Vertrages Rheuma, 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 beigetretenen Krankenkassen oder der BSG ein Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die BSG oder die beigetretenen Krankenkassen einen Insolvenzantrag in eigener Sache gestellt haben.
- (7) Die Kündigung hat schriftlich mit Einschreiben, im Fall des Absatzes 6 unter Angabe des Kündigungsgrundes, zu erfolgen. Die BSG informiert die Ärzte über eine nach diesem § 21 erklärte Kündigung, die beigetretenen Krankenkassen informieren die teilnehmenden Versicherten.
- (8) Dieser BV-Vertrag Rheuma kann von spectrumK für eine einzelne Krankenkasse bzw. von dieser selbst abweichend von § 21 Abs. 5 mit einer Frist zum Ende des nächsten Versorgungsquartals ab Übermittlung der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsbescheide an die BSG gekündigt werden, wenn:
  - a. diese Krankenkasse mit einer nicht an diesem BV-Vertrag Rheuma beteiligten Krankenkasse fusioniert  
oder
  - b. die nicht beteiligte Krankenkasse ebenfalls einen eigenen BV-Vollversorgungsvertrag mit der BSG geschlossen hat,
    - i. dessen Versorgungsgegenstand diesem BV-Vertrag Rheuma entspricht,
    - ii. der finanzwirksam umgesetzt wird,
    - iii. der auf die neue durch Fusion entstandene Krankenkasse gemäß § 144 Absatz 4 SGB V übergehtund
- c. den BV-Partnern dieser Vereinbarung ein entsprechender Nachweis durch die kündigende Krankenkasse vorgelegt wird.
- (9) Alle die Abrechnung betreffenden Regelungen gelten auch nach Beendigung des BV-Vertrages Rheuma mit Wirkung für die BV-Partner fort, bis die Vergütung des Arztes vollständig abgerechnet und ausgezahlt ist.

## **§ 22 Verfahren zur Vertragsänderung**

- (1) spectrumK und die BSG sind gemeinsam berechtigt, diesen BV-Vertrag Rheuma mit Wirkung für alle übrigen BV-Partner mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe der folgenden Absätze 2 und 3 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung der BV nach diesem BV-Vertrag Rheuma zwingend erfordert und der Vertragsbeirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die Ärzte und beigetretenen Krankenkassen zugestimmt hat.
- (2) Die BSG wird solche Änderungen den Ärzten schriftlich bekannt geben und eine Frist von 2 Monaten seit Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der Arzt das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn und soweit sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche nachteiligen Änderungen gelten als genehmigt, wenn der Arzt nicht schriftlich gegenüber der BSG oder der in der Bekanntmachung zur Entgegennahme des Widerspruchs benannten Stelle Widerspruch erhebt; auf diese Folge wird der Arzt bei der Bekanntmachung nach Satz 1 besonders

hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der Arzt seinen Widerspruch innerhalb von 2 Monaten nach Bekanntgabe der Änderung absendet. Widerspricht der Arzt gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die BSG zur Kündigung dieses BV-Vertrages Rheuma gegenüber dem Arzt mit Wirkung gegenüber allen BV-Partnern berechtigt. Die Kündigung wird mit Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigungserklärung folgt. Vertragsänderungen im Sinne des Absatzes 1, die die Rechtsposition des Arztes ausschließlich verbessern, können von spectrumK und der BSG gemeinsam ohne Zustimmung des Arztes vereinbart werden. Die BSG wird den Ärzten die Vertragsänderungen und den Beginn ihrer Wirksamkeit mit einer unter Berücksichtigung ihrer Interessen angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

- (3) spectrumK wird Vertragsänderungen nach Absatz 1 den beigetretenen Krankenkassen schriftlich bekannt geben und eine Frist von 2 Monaten seit Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer jede beigetretene Krankenkasse das Recht hat, wesentlichen Änderungen der Anlage 3 schriftlich gegenüber spectrumK und der BSG zu widersprechen. Widerspricht eine beigetretene Krankenkasse nach Satz 1, ist spectrumK zur Kündigung des BV-Vertrages Rheuma gegenüber der beigetretenen Krankenkasse mit Wirkung gegenüber der BSG berechtigt. Die Kündigung führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme der jeweiligen beigetretenen Krankenkasse für sämtliche KV-Bezirke, in denen sie dem BV-Vertrag Rheuma beigetreten ist, und wird mit Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigungserklärung folgt.

### **§ 23 Schlussbestimmungen**

- (1) Die BV-Partner sind verpflichtet, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit zu unterstützen und ihre Mitarbeiter in Fragen der Durchführung dieses BV-Vertrages Rheuma umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) Die BV-Partner sind sich darüber einig, dass beim Abschluss dieses BV-Vertrages Rheuma nicht alle Möglichkeiten, die sich aus der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung oder aus Änderungen von gesetzlichen Bestimmungen oder sonstigen für das Vertragsverhältnis wesentlichen Umständen ergeben können, vorausgesehen und erschöpfend geregelt werden können. Sie sichern sich gegenseitig zu, die in diesem BV-Vertrag Rheuma getroffenen Vereinbarungen in diesem Sinne zu erfüllen und etwa in Zukunft eintretende Änderungen der Verhältnisse oder völlig neu eintretende Umstände nach den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung zu tragen. Die BV-Partner stimmen insbesondere darin überein, dass die im BV-Vertrag Rheuma genannten Fristen zur gegenseitigen Lieferung von Daten und Informationen einvernehmlich anzupassen sind, wenn sich praktische Abläufe oder gesetzliche Vorgaben verändern. Die BV-Partner werden sich bemühen, Informationen und Unterlagen gegenseitig jeweils so frühzeitig wie möglich zur Verfügung zu stellen, um eine möglichst frühzeitige Information der Ärzte und Versicherten sicherzustellen.
- (3) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses BV-Vertrages Rheuma einschließlich der Anlagen, bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.



- (4) Die Anlagen zu diesem BV-Vertrag Rheuma sind ausdrücklicher und verbindlicher Bestandteil des BV-Vertrages Rheuma.
- (5) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses BV-Vertrages Rheuma 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.