

Vertrag

**zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie
gemäß § 140a SGB V**

zwischen der



BARMER

Axel-Springer-Straße 44, 10969 Berlin

vertreten durch den Vorstand

(„BARMER“)

und der



BDRh Service GmbH

Dr.-Max-Straße 21, 82031 Grünwald

vertreten durch die Geschäftsführung

(„BDRh-SG“)

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Grundsätze und Ziele
- § 2 Teilnahme der Versicherten
- § 3 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Ärzte
- § 4 Elektronisches Teilnehmerverzeichnis
- § 5 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Ärzte
- § 6 Aufgaben / Leistungen der teilnehmenden Ärzte im Rahmen der Transition
- § 7 Aufgaben / Leistungen der BDRh-SG
- § 8 Vergütung
- § 9 Abrechnung für Leistungen der Ärzte mit Ausnahme der Ambulanzen
- § 10 Verwaltungskostenpauschale
- § 11 Qualität
- § 12 QS-Software
- § 13 Datenschutz
- § 14 Geheimhaltung
- § 15 Haftung
- § 16 Inkrafttreten, Vertragsänderungen und Kündigung
- § 17 Compliance
- § 18 Schlussbestimmungen

Verzeichnis der Anlagen

- | | |
|--------------------------|--|
| Anlage 1 | Qualitätssicherung |
| Anlage 2 | Infusionstherapie |
| Anlage 3 | BV-Vergütung und Abrechnung für Ärzte |
| Anlage 3 Anhang 1 | Folgeerkrankungen |
| Anlage 3 Anhang 2 | Einschlusskriterien |
| Anlage 4 | QS-Software |
| Anlage 5 | Teilnahmeerklärung Ärzte |
| Anlage 6.1 | Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte |
| Anlage 6.2 | Patienteninformation zum Datenschutz |
| Anlage 7 | Arzneimitteltherapie für Erwachsene |
| Anlage 8 | Befüllungshinweise zur Abrechnung nach § 295 Abs. 1b SGB V |
| Anlage 9 | Pilotprojekt: RheCORD zur digitalen Versorgungsunterstützung/
Patientenbegleitung mit RheCORD und RheDAT“ |

Genderklausel

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung geschlechtsspezifischer Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für jedes Geschlecht.

Präambel

Die BARMER und die BDRh-SG haben diesen Vertrag zur Besonderen Versorgung in der Rheumatologie vom 01.05.2016 mit Wirkung zum 01.08.2015 geschlossen.

Die BARMER und die BDRh-SG haben sich im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140 a SGB V („**BV**“) zum Ziel gesetzt, die Versorgung von Patienten mit entzündlich-rheumatischen Erkrankungen bei Vorliegen der Einschlusskriterien (Anhang 2 der Anlage 3) bzw. bei Verdacht auf das Vorliegen einer Einschlussdiagnose 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.

Ogleich 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) sowie target-spezifischer DMARDs, ein wichtiger Erfolgsfaktor.

In dieser BV wird besonderes Gewicht auf eine multiprofessionelle, 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 („**Kinder- und Jugendrheumatologen**“) zum Facharzt für Innere Medizin und Rheumatologie („**Rheumatologe**“) bzw. zu Ambulanzen nach §§ 117 ff. SGB V („**Ambulanzen**“) (gemeinsam „**Ärzte**“) („**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.

§ 1 Grundsätze und Ziele

- (1) Gegenstand dieses Vertrages ist die bundesweite Umsetzung der BV 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;
 - 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 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 bedurfte;
 - 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 BDRh-SG setzt die Versorgung nach diesem Vertrag durch die nach § 3 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 BDRh-SG 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 BDRh-SG 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 BDRh-SG, dass sie die Inhalte des Vertrages und evtl. Änderungen für sich als verbindlich anerkennen.
- (5) Die BDRh-SG verpflichtet die Ärzte zu einer an dem Versorgungsbedarf der Versicherten orientierten Zusammenarbeit zwischen den an der Versorgung beteiligten Ärzten.

§ 2 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) 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.
- (3) Die Teilnahme der Versicherten an der Versorgung nach diesem Vertrag ist freiwillig.
- (4) Versicherte müssen ihre Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung einer Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1), die ihnen durch den Arzt nach ausführlicher Beratung und Aushändigung der Patienteninformation (Anlage 6.2) vorgelegt wurde, schriftlich erklären. Die Angaben in der Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung wird an die BARMER weitergeleitet.
- (5) Die Teilnahme beginnt am Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

- (6) Die Teilnahmeerklärung kann innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der BARMER ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BARMER. Die Widerrufsfrist beginnt, wenn die Krankenkasse dem Versicherten eine Belehrung über sein Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch mitgeteilt hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. 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.
- (7) Die Teilnahme endet automatisch
- a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bei der BARMER bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - b) mit Beendigung des Vertrages,
 - c) mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligungserklärung in die Datenverwendung,
 - d) mit Abschluss der gesamten Behandlung.
- (8) 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.

§ 3 Elektronisches Teilnehmerverzeichnis

- (1) Der einschreibende, teilnehmende Arzt ist berechtigt und verpflichtet, die unterzeichnete Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung des Versicherten an dieser Versorgung für die BARMER entgegenzunehmen.
- (2) Die Information an die BARMER über die Teilnehmerdaten erfolgt elektronisch. Das technische Übermittlungsverfahren wird zwischen den betroffenen Vertragspartnern abgestimmt und muss den Anforderungen des Datenschutzes entsprechen. Die Übermittlung des Teilnehmerverzeichnisses hat zeitnah, auf jeden Fall vor Einreichung der Abrechnungsunterlagen, zu erfolgen.

- (3) Die Originalerklärung des Versicherten in Papier bzw. das digitalisierte Dokument ist für die Dauer der gesetzlich vorgeschriebenen Aufbewahrungsfristen ab Ende des Jahres, in dem die jeweilige Leistung der Besonderen Versorgung für den teilnehmenden Versicherten erbracht bzw. abgerechnet wurde, von dem beauftragten Rechenzentrum aufzubewahren, bzw. zu speichern und spätestens nach 10 Jahren zu löschen (§ 304 SGB V).

Wird das Original der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung nicht in Papierform aufbewahrt, sondern in digitaler Form, ist insbesondere folgendes zu beachten und zu gewährleisten:

1. Sicherstellung, dass weder bei der Umwandlung in die digitale Form noch zwischen Umwandlung und Archivierung und auch während der gesamten Archivierungsfrist (= Aufbewahrung) keine Veränderungen vorgenommen werden können (Sicherstellung der Integrität des digitalen Dokuments)
 2. Sicherstellung und Nachweis an die BARMER auf Anforderung über die Integrität und Authentizität zwischen Papier-Original und digitalem Dokument. Dabei ist sicherzustellen, dass bei der Digitalisierung Methoden verwendet werden, welche dem jeweils aktuellsten Stand der Technik entsprechen.
- (4) Die Aufbewahrung hat unter Einhaltung der datenschutzrechtlichen Anforderungen zu erfolgen. Für die Einhaltung des Datenschutzes ist das beauftragte Rechenzentrum verantwortlich.
- (5) Der für die Aufbewahrung Verantwortliche ist verpflichtet, der BARMER nach Aufforderung Einsicht in die Original-Teilnahme- und Einwilligungserklärung der Versicherten bzw. in das digitalisierte Dokument zu gewähren oder diese auf erstes Anfordern der BARMER unverzüglich zuzusenden.
- (6) Mit der Übermittlung des korrekt befüllten Teilnehmerverzeichnisses bestätigt das beauftragte Rechenzentrum,
1. dass der Versicherte nach Maßgabe des § 2 an diesem Vertrag teilnimmt,
 2. die Abgabe der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Datenverarbeitung des Versicherten/ Bevollmächtigten/ gesetzlichen Vertreters durch dessen Unterschrift,
 3. die ordnungsgemäße Aufbewahrung der Originalteilnahmeerklärung und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung bzw. des digitalen Dokuments,
 4. die ordnungsgemäße Führung des Verzeichnisses hinsichtlich der teilnehmenden Versicherten,
 5. die Einhaltung der vorgenannten Verpflichtungen.
- (7) Ist das elektronische Teilnehmerverzeichnis nicht korrekt befüllt, erfolgt bei der BARMER für den betroffenen Versicherten keine Anlage der Teilnahme. Der Übermittler des

Teilnehmerverzeichnisses wird durch die BARMER über die unvollständige bzw. unkorrekte Befüllung informiert und ist berechtigt, der BARMER umgehend eine entsprechende Korrektur zu übermitteln.

§ 4 Teilnahmevoraussetzungen, Beginn und Beendigung der Teilnahme der Ärzte

- (1) Zur Teilnahme an diesem Vertrag sind die nachstehend genannten Ärzte berechtigt:

1. Rheumatologen

Zugelassene Fachärzte (§§ 95, 72, 73 SGB V) für Innere Medizin und Rheumatologie (Facharztgruppe 31), die an der fachärztlichen Regelversorgung teilnehmen und die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen sowie zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen (Facharztgruppe 31) ermächtigte Krankenhausärzte nach § 116 SGB V („Rheumatologen“). Zur Teilnahme sind auch Krankenhäuser nach § 116 a SGB V sowie die Hochschul- und Institutsambulanzen nach den §§ 117 ff. SGB V berechtigt, soweit diese zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen (Facharztgruppe 31) für die Vertragsregion ermächtigt bzw. berechtigt sind und die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („Ambulanzen“):

- a) Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten, davon 25 CME-Punkte in Diagnose und der nicht-operativen Therapie chronisch entzündlicher Rheumaformen in Präsenzveranstaltungen;
- b) Pro Quartal Betreuung von mindestens 250 Patienten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen;
- c) Vom ersten Abrechnungsquartal Ausstattung mit einer Abrechnungssoftware und Registrierung auf dem Abrechnungsportal des in der Anlage 3 benannten Rechenzentrums für die Abrechnung der Leistungen;
- d) Vom ersten Abrechnungsquartal nach an Vorhalten einer QS-Software zur Dokumentation der Assessmentparameter der Anlage 4;
- e) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis;
- f) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Anschrift und Telefon-/ Faxnummer in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der BDRh-SG und der BARMER.

2. 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 nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen sowie zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen (Facharztgruppe 31) ermächtigte Krankenhausärzte nach § 116 SGB V („Kinder- und Jugendrheumatologen“). Zur Teilnahme sind auch Krankenhäuser nach § 116 a SGB V sowie Hochschul- und Institutsambulanzen nach den §§

117 ff. SGB V berechtigt, soweit diese zur ambulanten Versorgung rheumatischer Erkrankungen (Facharztgruppe 40) für die Vertragsregion ermächtigt bzw. berechtigt sind und die nachfolgenden Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**Ambulanzen**“):

- a) Regelmäßige Fortbildung von jährlich 30 CME-Punkten im Bereich der chronisch entzündlichen Rheumaformen;
- b) Pro Quartal Betreuung von mindestens 50 Patienten mit entzündlichen Rheumaerkrankungen;
- c) Vom ersten Abrechnungsquartal Ausstattung mit einer Abrechnungssoftware und Registrierung auf dem Abrechnungsportal des in der Anlage 3 benannten Rechenzentrums für die Abrechnung der Leistungen;
- d) Vorhalten einer QS- Software zur Dokumentation der Assessmentparameter der Anlage 4;
- e) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis;
- f) Zustimmung zur Veröffentlichung von Name, Vorname, Anschrift und Telefon-/ Faxnummer in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der BDRh-SG und der BARMER.

3. Rheumatologische Fachassistenz

Beschäftigt der Rheumatologe bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe mindestens eine(n) Medizinische(n) Fachangestellte(n) (MFA)/Arzthelfer(in) mit der Qualifikation „Rheumatologische Fachassistenz“ oder einer weiteren von den Vertragspartnern schriftlich durch Ergänzung dieser Anlage als zuschlagsbegründend zugelassenen Qualifikation („**Rheumatologische Fachassistenz**“), können spezielle fortbildungsspezifische Leistungen nach Maßgabe der folgenden Voraussetzungen vergütet werden.

- a) Beschäftigung mindestens einer Rheumatologischen Fachassistenz;
- b) Nachweis der Qualifikation der Rheumatologischen Fachassistenz in Form eines Weiterbildungszertifikats Rheumatologische Fachassistenz DGRh - BDRh, das gegenüber der BDRh-SG vorzulegen ist;
- c) Übernahme besonderer Leistungen gemäß der in Absatz 2 definierten Aufgabenliste.

Zu den besonderen Leistungen gehört insbesondere die Betreuung von teilnehmenden Versicherten durch ein interdisziplinäres, niederschwelliges, patientenorientiertes Case-Management zur Koordination und Kommunikation sowie die 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. Die Aufgaben werden fortlaufend im Hinblick auf eine dauerhaft qualitativ hochwertige Versorgung weiterentwickelt. Der Rheumatologe bzw. Kinder- und Jugendrheumatologe stimmt einer entsprechenden Weiterentwicklung bereits jetzt zu. Die BDRh-SG ist berechtigt, Stichproben zur Prüfung der Anforderungen der vorstehenden Absätze durchzuführen.

- (2) Die Ärzte beantragen ihre Teilnahme an diesem Vertrag durch Einreichen einer unterschriebenen und vollständig ausgefüllten Teilnahmeerklärung (Anlage 5) bei der BDRh-SG. Die Teilnahmeerklärung ist schriftlich an die in der Teilnahmeerklärung angegebene Adresse 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 § 6 Abs. 1 e) zu.
- (4) Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen bestätigt die BDRh-SG den Ärzten die Teilnahme am Vertrag durch Übersendung einer schriftlichen Bestätigung („**Teilnahmebestätigung**“). Ab diesem Zeitpunkt sind die Ärzte zur Erbringung von Leistungen nach diesem Vertrag verpflichtet und zur Abrechnung dieser Leistungen berechtigt.
- (5) Der Arzt muss Änderungen, die Einfluss auf seine Teilnahme an diesem Vertrag haben oder abrechnungsrelevante Informationen enthalten, unverzüglich nach Kenntnis hiervon schriftlich bei der BDRh-SG anzeigen.
- (6) Die Teilnahme endet
 - a) mit Wegfall einer der Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 1,
 - b) mit Beendigung des Vertrages,

ohne dass es einer Kündigung seitens der BDRh-SG bedarf. Den Wegfall von Teilnahmevoraussetzungen haben die Ärzte der BDRh-SG gegenüber unverzüglich schriftlich anzuzeigen. Wird von der BDRh-SG 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.

- (7) Die Ärzte können die Teilnahme schriftlich unter Einhaltung einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende gegenüber der BDRh-SG kündigen.
- (8) Die Teilnahme eines Arztes kann von der BDRh-SG 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 § 7 Abs. 1c des Vertrages der BDRh-SG nicht vertragsgemäß mitwirkt;
 - c) grob fahrlässig oder vorsätzlich fehlerhafte Abrechnungen oder Doppelabrechnungen vornimmt.
- (9) Vor Ausspruch der Kündigung soll die BDRh-SG 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.
- (10) Die BDRh-SG informiert die BARMER über die Beendigung einer Teilnahme eines Arztes im Rahmen der Information durch das Teilnehmerverzeichnis Ärzte (§ 7 Abs. 1 e).
- (11) 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 Ärzte

Der Arzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme zu folgenden Leistungen:

- (1) **Entgegennahme der Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung durch den Arzt**
- a) Der teilnehmende Arzt prüft, welcher Versicherte die Teilnahmevoraussetzungen nach § 2 erfüllt, berät den Patienten umfassend über die Inhalte und den Ablauf dieser besonderen Versorgung.
 - b) Er händigt die Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1) sowie die Patienteninformation für Versicherte und die Patienteninformation zum Datenschutz (Anlage 6.2) in der ausgedruckten PDF-Version aus oder ermöglicht die digitale Bereitstellung dieser Unterlagen über ein Praxis-Tablet oder einen QR-Code, um dem Patienten die Unterlagen auf dem patienteneigenen Endgerät zur Verfügung zu stellen.
 - c) Im Falle einer Unterzeichnung in der Papierversion sendet der Arzt die durch den Versicherten unterzeichnete Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung (Anlage 6.1) unverzüglich, 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) im Original an das von der BDRh-SG eingesetzte Rechenzentrum.

(2) **Verdachtsdiagnose**

- a) Der Arzt verpflichtet sich grundsätzlich zur Terminvergabe für die Erstberatung 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.
- b) Innerhalb der Erstberatung erfolgt die Information und Beratung des Versicherten über die Leistungsinhalte dieses Vertrages und die Teilnahmevoraussetzungen. In diesem Rahmen erfolgt durch den Arzt die Einschreibung des Versicherten mit den vollständig ausgefüllten Teilnahmeunterlagen (Anlage 6.1 bis Anlage 6.2) in diesen Vertrag.
- c) Mit dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahmeerklärung und Einwilligung zur Datenverarbeitung nimmt der Versicherte teil und der Arzt erbringt die Leistungen gemäß diesem Paragraphen und der Anlage 3 dieses Vertrages. Der Arzt erstellt für den Versicherten eine Information zu dessen spezifischem Erkrankungsbild, mit den folgenden Inhalten: Alle rheumarelevanten Diagnosen mit regelrechter ICD Kodierung, Medikationsplan bei nach der Sprechstunde und bei Basistherapien Mitgabe der Therapie-Überwachungsblätter für Patienten der DGRh. Die Krankengeschichte, die erhobenen Untersuchungs- und Laborbefunde und die Ergebnisse evtl. veranlasster Fremduntersuchungen sowie die Beurteilung und Behandlungsvorschläge werden an den Hausarzt innerhalb von 14 Tagen übermittelt. Ist ein zeitnahe Termin beim Hausarzt nicht vorgesehen, erfolgt die Befundübermittlung vom Rheumatologen nachrichtlich an den Versicherten.
- d) Der Arzt verpflichtet sich 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 4).

(3) **Therapie der gesicherten Diagnose durch den Rheumatologen bzw. durch die Ambulanz**

- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach Anlage 7 und nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
 - b) 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 oder ASDAS < 1,3 nach ½ Jahr Behandlung**
 - **Psoriasisarthritis (PsA): z.B. DAS 28 < 2.6 nach ½ Jahr Behandlung bei > 30 % der Patienten.**
- c) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten;
 - d) Aufklärung des Versicherten über den Behandlungsplan;
 - e) Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
 - f) 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;
 - g) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 2;
 - h) Einleitung geeigneter Maßnahmen mit dem Ziel, dass der Versicherte die Zielwerte erreicht;
 - i) Ggf. Konsiliarische Erörterung zwischen Rheumatologen bzw. einer Ambulanz und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
 - j) Erstellung und Übergabe eines qualifizierten Arztbriefes an den Versicherten zur Übergabe an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
 - k) 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 RA;
 - l) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung einer Patientenschulung;
 - m) 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.
- (4) **Therapie der gesicherten Diagnose durch den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. durch die Ambulanz**
- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien; bei Diagnosestellung innerhalb von 14 Tagen;
 - b) 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 $\leq$ 2
 - 1 Jahr: Remission: Definition JADAS10 $\leq$ 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
- c) Vereinbarung individueller Zielwerte mit dem Versicherten;
- d) Aufklärung des Heranwachsenden bzw. dessen Eltern über den Behandlungsplan;
- e) Patientenbezogene Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie, sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- f) 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;
- g) Ggf. Durchführung der Infusionstherapie mit bDMARDs unter dem Aspekt der praxisklinischen Betreuung; Voraussetzung ist die Einrichtung bzw. Einbindung eines Infusionszentrums nach Anlage 2;
- h) Einleitung geeigneter Maßnahmen mit dem Ziel, dass der Heranwachsende die Zielwerte erreicht. Geeignete Maßnahmen werden erforderlichenfalls mit dem Kinder- bzw. Hausarzt abgestimmt;
- i) Ggf. Konsiliarische Erörterung zwischen Kinder- und Jugendrheumatologen und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung;
- j) Erstellung und Übergabe eines qualifizierten Arztbriefes an den Versicherten zur Übergabe an den Kinder- bzw. Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen nach Sicherung der Diagnose bzw. bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen;
- k) 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;
- l) Ggf. Übergabe geeigneter Informationsmaterialien sowie Veranlassung der Patientenschulung;
- m) 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.

(5) 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.

§ 6 Aufgaben / Leistungen der Ärzte im Rahmen der Transition

- (1) Der Rheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichten sich während seiner/ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
 - a) Bei Heranwachsenden ggf. Durchführung gemeinsamer Transitionsgespräche mit dem Kinder- und Jugendrheumatologen;
 - b) Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (<https://www.gkjr.de/fur-arzte/transitionsunterlagen/>) und Übergabe an den Kinder- und Jugendrheumatologen und an den Hausarzt;
 - c) Aushändigung und Auswertung des vom Heranwachsenden auszufüllenden Evaluationsbogens nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie und Übermittlung an den Hausarzt sowie an den Kinder- und Jugendrheumatologen.
- (2) Der Kinder- und Jugendrheumatologe bzw. die Ambulanz verpflichtet sich während seiner/ihrer Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:
 - a) Bei Heranwachsenden, die mindestens die Voraussetzungen nach § 2 Abs. 2 des Vertrages erfüllen, Koordination des Transitionsprozesses und Durchführung der Abs. 3 definierten Abläufe;
 - b) Transitionsgespräche mit den Heranwachsenden unter Hinzuziehung des Rheumatologen bzw. der Ambulanz, soweit möglich;
 - c) Übermittlung einer strukturierten Epikrise (Zusammenfassung des bisherigen Krankheitsverlaufes) nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
 - d) Dokumentation und Übergabe der Checkliste Transition nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
 - e) Dokumentation und Übergabe des vom Versicherten ausgefüllten Fragebogens nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie an den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
 - f) Dokumentation der Arzt-Patienten-Kontakte nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie (<https://www.gkjr.de/fur->

- ärzte/transitionsunterlagen/) und Übergabe an den Kinder- und Jugendrheumatologen bzw. die Ambulanz;
- g) Erstellung und Übergabe eines qualifizierten Arztbriefes an den Hausarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt sowie den Rheumatologen bzw. die Ambulanz;
 - h) Festlegung und Überprüfung der einzelnen Therapieschritte, insbesondere der Arzneimitteltherapie nach evidenzbasierten Leitlinien.
- (3) 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 Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie dem Heranwachsenden ausgehändigt. Der Kinder- und Jugendrheumatologe füllt für den Heranwachsenden die Checkliste zu definierten Themenkomplexen nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie 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 Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie 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 nach Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie 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 Vorgabe der Transitionsunterlagen der Gesellschaft für Kinder- und Jugendrheumatologie aus. Diesen übermittelt der Rheumatologe an den Kinder- und Jugendrheumatologen als auch an den Hausarzt bzw. Kinder- und Jugendarzt;
 - h) Nach Abschluss der erfolgreichen Transition erfolgt die weitere Behandlung als Versicherter nach Maßgabe der §§ 5 bis 6 dieses Vertrages.

Abs. 3 gilt für die Ambulanzen entsprechend.

§ 7 Aufgaben / Leistungen der BDRh-SG

- (1) Die BDRh-SG 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, 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 an die BARMER;
 - 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, Kinder- und Jugendrheumatologen und Ambulanzen
 - 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 gegenüber der BARMER;
 - j) Abrechnung der Leistungen nach Anlage 3 für die Ärzte auf Basis einer Zusammenführung und Datenübermittlung nach § 295 Abs. 1b SGB V gemäß Anlage 8 gegenüber der BARMER;
 - k) Die Auszahlung der den Ärzten 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 Ärzte innerhalb dieses Vertrages ist die BDRh-SG gemäß § 295 a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Die BDRh-SG 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 BDRh-SG das in Anlage 3 benannte Rechenzentrum.
- (3) Die BDRh-SG 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.

- (4) Hat die BARMER Anhaltspunkte zu einem Sachverhalt, der die Kündigung der Teilnahme eines Arztes bzw. eine Abmahnung auslösen könnte, so hat die BDRh-SG nach Kenntniserlangung durch die BARMER diesem Sachverhalt nachzugehen und, soweit möglich, Maßnahmen nach § 4 Abs. 9 zu ergreifen.

§ 8 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 BDRh-SG zur Vergütung der vereinbarten Leistungen gemäß den Bestimmungen der Anlage 3 des Vertrages sowie der folgenden Regelungen.
- (3) Mit der Zahlung der jeweiligen Leistungen an die BDRh-SG 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). Mit der Zahlung sind alle von der BARMER nach diesem Vertrag zu tragenden Kosten und sonstigen finanziellen Verpflichtungen gegenüber dem Vertragspartner abgegolten.
- (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 BDRh-SG nach den Bestimmungen der Anlage 3 zurückzufordern.

§ 9 Abrechnung für Leistungen der Ärzte

- (1) Die Abrechnung für die Leistungen der Ärzte erfolgt nach dem Datenaustauschverfahren nach § 295 Abs. 1b SGB V in der jeweils gültigen Fassung.
- (2) Die BDRh-SG 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 BDRh-SG 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.

§ 10 Verwaltungskostenpauschale

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

§ 11 Qualität

- (1) Die BARMER und die BDRh-SG legen die in Anlage 1 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.

§ 12 QS-Software

Die Anforderungen an die QS-Software für die Ärzte werden nach Maßgabe der Anlage 4 des Vertrages definiert.

§ 13 Datenschutz

- (1) Die Vertragspartner und die Ärzte sowie beauftragte Dritte verpflichten sich, die jeweils geltenden Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DSGVO) sowie ergänzend nach dem Bundesdatenschutzgesetz in der jeweils geltenden Fassung einzuhalten und ihre Mitarbeitenden auf die Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses zu verpflichten. Des Weiteren verpflichten sie sich personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu verarbeiten. Die Vertragspartner unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten sowie deren Gesundheitsdaten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen. Verantwortlich für die Datenverarbeitung im Sinne von Art. 4 Nr. 7 DSGVO sind jeweils die Vertragspartner für die im Rahmen ihrer sich aus diesem Vertrag ergebenden Datenverarbeitung. Die Ärzte bestätigen im Rahmen ihrer Teilnahmeerklärung die Einhaltung der ihnen obliegenden Pflichten.
- (2) Die Vertragspartner sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen sowie zur Gewährleistung der Sicherheit der Verarbeitung verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen. Jede Vertragspartei verpflichtet sich, den Versicherten umfassend und in eigener Verantwortung gemäß Artikel 13 und 14 DSGVO aufzuklären, insbesondere, welche Daten sie zur Durchführung der besonderen Versorgung verarbeitet.
- (3) Die Verarbeitung der für die Durchführung dieses Vertrags erforderlichen personenbezogenen Daten durch die Vertragspartner darf nur mit vorheriger, Einwilligung und nur nach vorheriger Information der Versicherten erfolgen. Die Einwilligung kann der Versicherten in schriftlicher oder elektronischer Form erklären. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung wird dieser umfassend über die Reichweite, der ihn betreffenden Datenerhebung und –verarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufgeklärt. Dazu händigt der teilnehmende Arzt dem Versicherten die Patienteninformation zur Datenverarbeitung im Rahmen der Besonderen Versorgung (Anlage 6.2) aus.
- (4) Soweit ein Vertragspartner eine andere Stelle mit der Verarbeitung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt, hat er sicherzustellen, dass die in §§ 295a SGB V sowie Artikel 28 DSGVO genannten Voraussetzungen erfüllt werden.
- (5) 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.

- (6) Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten nicht zulassen.

§ 14 Geheimhaltung

- (1) Die Vertragspartner verpflichten sich, die Regelungen dieses Vertrages und seiner Anlagen vertraulich zu behandeln und insbesondere bezüglich der Vergütungsregelungen gegenüber Dritten Stillschweigen zu bewahren. Eine Offenlegung ist nur gestattet, wenn und soweit der jeweils andere Partner ihr vorher schriftlich zugestimmt hat. Dies gilt nicht im Hinblick auf die für eine Teilnahme am Vertrag notwendige Information gegenüber potenziell teilnehmenden Versicherten durch den Leistungserbringer.
- (2) Die Vertragspartner werden Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners, von denen sie im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages Kenntnis erlangen, vertraulich behandeln. Gesetzlich zwingende Offenlegungs- und Auskunftsvorschriften, zum Beispiel gegenüber Aufsichtsbehörden oder Gerichten, bleiben unberührt. Diese Verpflichtung bleibt auch nach Beendigung dieses Vertragsverhältnisses für fünf weitere Jahre bestehen.
- (3) Die Vertragspartner stimmen sich hinsichtlich der Öffentlichkeitsarbeit und der Weitergabe von Informationen ab. Sie können nur im gegenseitigen Einvernehmen über diesen Vertrag nach außen berichten.

§ 15 Haftung

- (1) Die BDRh-SG und die BARMER übernehmen die nach diesem Vertrag vorgesehenen Pflichten. Weitergehende Verpflichtungen – mit Ausnahme der allgemeinen vertraglichen Rücksichtnahmepflichten - bestehen nicht.
- (2) Die BDRh-SG 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 BDRh-SG gemäß § 4 Abs. 9 dieses Vertrages, ob der betroffene Arzt von der Teilnahme am Vertrag ausgeschlossen wird.

- (3) 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. Schadensersatzansprüche wegen Vertragspflichtverletzungen bleiben hiervon unberührt.

§ 16 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 Ärzte zulässig.
- (2) Die Laufzeit dieses Vertrages ist unbefristet.
- (3) Der Vertrag kann von der BARMER und der BDRh-SG 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 durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von geänderter Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung des Vertrages bzw. der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise rechtlich nicht mehr möglich oder zumutbar ist.
 - b) Das gilt im Hinblick auf ein Tätigwerden des Bundesamtes für Soziale Sicherung („BAS“) als zuständige Aufsicht der BARMER bereits ab der Einleitung eines aufsichtsrechtlichen Dialoges durch das BAS. Eine förmliche aufsichtsrechtliche Beratung oder der Erlass eines Verpflichtungsbescheides durch die Aufsicht müssen nicht abgewartet werden, ebenso wenig müssen formelle aufsichtsrechtliche Maßnahmen im Sinne des § 71 Abs. 6 SGB V zuvor angedroht oder ergriffen worden sein.
 - c) wenn der Vertragspartner gegen eine ihm nach diesem Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung verstößt, und trotz schriftlicher Abmahnung durch den anderen Vertragspartner nicht innerhalb von einem Monat nach deren Zugang seiner Verpflichtung nachkommt;
 - d) wenn im EBM eine diesem Vertrag vergleichbare Leistung aufgenommen, die Vertragsleistung also zu Regelleistung wird;
 - e) wenn die Voraussetzungen dieser Versorgungsform aus wesentlichen medizinisch-technischen oder tatsächlichen Gründen entfallen.

- f) wenn über das Vermögen der BARMER oder der BDRh-SG ein Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die BDRh-SG oder die BARMER einen Insolvenzantrag in eigener Sache gestellt haben.
- (5) Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist in den Fällen nach Absatz 2 Ziffer 1 nicht verpflichtet, vor der Kündigung Rechtsmittel gegen die Maßnahme einzulegen oder die Rechtskraft der Entscheidung abzuwarten. Einer aufsichtsrechtlichen Maßnahme ist eine aufsichtsrechtliche Beratung gleichgestellt, die dazu führt, dass der Vertrag ganz oder teilweise im Sinne der Rechtsauffassung der Aufsichtsbehörde angepasst werden müsste.
- (6) Das Recht zur Kündigung des Vertrages nach den Voraussetzungen des § 59 Abs. 1 SGB X bleibt unberührt.
- (7) Die Kündigung hat schriftlich mit Einschreiben, im Fall des Absatzes 4 unter Angabe des Kündigungsgrundes, zu erfolgen. Die BDRh-SG informiert die Ärzte über eine nach diesem § 16 erklärte Kündigung, die BARMER informiert die teilnehmenden Versicherten.
- (8) 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.

§ 17 Compliance und Antikorruption

- (1) Der Vertragspartner ist verpflichtet, zusätzlich zu den bereits im Vertrag aufgeführten Bestimmungen die jeweils für sie maßgeblichen und im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis stehenden gesetzlichen Regelungen einzuhalten. Dies betrifft insbesondere Antikorruptionsgesetze (z. B. StGB und GWB).
- (2) Bei einem Verstoß gegen vorstehenden Absatz kann dieser Vertrag nach den gesetzlichen Bestimmungen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekündigt werden.

§ 18 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 nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.