

Vertrag zur Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie in Baden-Württemberg gemäß § 140a SGB V

zwischen



BKK VAG Baden-Württemberg („BKK VAG“)

Stuttgarter Str. 105, 70806 Kornwestheim

vertreten durch die Vorsitzende des Vertragsausschusses
Dagmar Stange-Pfalz,
und

teilnehmenden Betriebskrankenkassen

(einzeln **Betriebskrankenkasse** und gemeinsam „**Betriebskrankenkassen**“)



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Dr. med. Werner Baumgärtner,



MEDIVERBUND AG

Industriestr. 2, 70565 Stuttgart

vertreten durch den Vorstand Frank Hofmann

und

teilnehmenden FACHÄRZTEN

sowie



Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen Deutschlands e.V. („bng“)
Holdergärten 13, 89081 Ulm
vertreten durch den Vorsitzenden der Regionalgruppe Baden-Württemberg des bng
Prof. Dr. Leopold Ludwig,

und



Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten e.V.
- Landesverband Baden-Württemberg („BNFI“)
Kaiserstraße 57, 72764 Reutlingen
vertreten durch den Landesvorsitzenden Dr. Thomas Seyfferth

(einzeln oder gemeinsam **„Vertragspartner“**)

Inhaltsverzeichnis

Präambel	4
§ 1 Vertragsgegenstand	5
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	5
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	5
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	6
§ 4 Einschreibung von VERSICHERTEN der Betriebskrankenkasse	9
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	10
§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES	13
§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT	13
§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag	14
ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE	15
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	15
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON BKK VAG, MEDIVERBUND AG, BNG E.V., BNFI E.V. UND MEDI E. V. UNTEREINANDER (STAND: 11.05.2015)	15
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	15
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	15
§ 12 Pflichten der BKK VAG bzw. BKK	17
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., bng und BNFI	18
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	18
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	18
§ 16 Vertragssoftware	18
§ 17 Kündigung und Laufzeit	19
§ 18 Schlichtungsverfahren	20
ABSCHNITT V: ABRECHNUNG	20
§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft	20
§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Betriebskrankenkasse	23
§ 21 Verwaltungskostengebühr	24
ABSCHNITT VI: BEIRAT	24
§ 22 Beirat	24
ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN	25
§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte	25
§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende	25
§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung	27
§ 26 Haftung	27
§ 27 Qualitätssicherung	28
§ 28 Datenschutz	28
§ 29 Sonstiges	29
§ 30 Anlagenübersicht	30

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante gastroenterologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch gastroenterologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Vernetzung und Zusammenarbeit der Versorgungsstrukturen, insbesondere mit den Hausärzten, und unter Berücksichtigung des Grundsatzes ambulant vor stationär, soll durch diesen Vertrag die medizinische Versorgung optimiert und gleichzeitig wirtschaftlicher werden.

Die BKK VAG vertritt 63 Betriebskrankenkassen mit 730.000 Versicherten in Baden-Württemberg und möchte für die **in Baden-Württemberg an der hausarztzentrierten Versorgung teilnehmenden Versicherten („VERSICHERTE“)** der an dieser Vereinbarung **teilnehmenden Betriebskrankenkassen** (einzeln „**BETRIEBSKRANKENKASSE**“ und gemeinsam „**BETRIEBSKRANKENKASSEN**“) gemeinsam mit der MEDIVERBUND AG sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) **teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren („FACHÄRZTE“)** eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die BETRIEBSKRANKENKASSEN, die MEDIVERBUND AG und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch den bng, den BNFI und den MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die BETRIEBSKRANKENKASSEN erfüllen durch das Angebot der Vertragspartner den Sicherstellungsauftrag gegenüber den teilnehmenden Versicherten.

MEDI e.V. ist eine fachübergreifende Organisation niedergelassener Ärzte und Psychotherapeuten, die die ärztliche Freiberuflichkeit in wirtschaftlicher und therapeutischer Hinsicht stärken will. MEDI e. V. hat unter anderem für die Verhandlung, den Abschluss und die Umsetzung dieser Versorgungsverträge die MEDIVERBUND AG gegründet. Die MEDIVERBUND AG führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Der bng ist der Berufsverband niedergelassener Gastroenterologen. Mitglieder sind Gastroenterologen und fachärztliche Internisten, die überwiegend gastroenterologisch tätig sind und die Zulassung zur Vorsorgekoloskopie haben.

Der BNFI ist der Berufsverband niedergelassener fachärztlich tätiger Internisten.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT für eine vertraglich vereinbarte Vergütung zur Erfüllung besonderer Qualitätsanforderungen verpflichtet. Diese besondere Qualität und die Zusammenarbeit mit den anderen Leistungserbringern, insbesondere den Hausärzten, soll die Versorgung der daran teilnehmenden Versicherten (Patienten) optimieren. Der FACHARZT wird in die Lage versetzt, mehr Zeit für die Behandlung seiner Patienten aufzuwenden. Durch eine zielgenauere Leistungssteuerung und insbesondere eine rationale und transparente Pharmakotherapie erwarten die BETRIEBSKRANKENKASSEN die Erschließung von Wirtschaftlichkeitsreserven. Dieses Ziel wird durch eine Vertragssoftware unterstützt. Diese ermöglicht dem FACHARZT insbesondere die Verordnung der Medikamente, die Überweisung von Patienten und die Abrechnung der Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag.

Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass dieser Vertrag eine fachärztliche Ergänzung zu den HZV-Verträgen ist. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen angegliedert werden. Die HZV-Verträge sowie alle Facharztverträge sollen medizinisch und wirtschaftlich zu einer optimal vernetzten, ambulanten Versorgung für die Patienten verbunden werden.

Die Versorgung nach diesem Vertrag soll darüber hinaus sinnvoll durch weitergehende und auf sie abgestimmte Versorgungsformen und -elemente ergänzt werden: Selektivverträge nach §§ 140 a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130 a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der BETRIEBSKRANKENKASSEN nach § 137 f SGB V.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Gastroenterologie für VERSICHERTE der BETRIEBSKRANKENKASSEN in Baden-Württemberg durch nach dem **II. Abschnitt** (Seite 5ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Abschnitt III. regelt die Teilnahme der Versicherten der BETRIEBSKRANKENKASSEN. Die MEDIVERBUND AG erbringt in diesem Zusammenhang die im **IV. Abschnitt** (Seite 15ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und das im **V. Abschnitt** (Seite 20ff.) geregelte Abrechnungsmanagement.
- (2) Leistungen des organisierten Notfalldienstes sind nicht Bestandteil dieses Vertrages.
- (3) Grundlage für die erfolgreiche Durchführung dieses Vertrages ist eine enge und von gegenseitigem Vertrauen geprägte Zusammenarbeit der Vertragspartner.

ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES

§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren

- (1) Die MEDIVERBUND AG eröffnet Vertragsärzten/-innen, persönlich Ermächtigten („**Arzt**“ bzw. „**Ärzte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme an der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Ärzte und MVZ (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie sämtliche in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt**“):
 - a) Ärzte müssen Fachärzte für Innere Medizin mit oder ohne Schwerpunkt Gastroenterologie sein und als Arzt oder MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen.

- b) Zulassung/persönliche Ermächtigung gemäß der jeweils aktuellen Qualitätssicherungsvereinbarung zur Koloskopie. Persönlich ermächtigte Ärzte dürfen Leistungen dieses Vertrages nur im Rahmen und für die Dauer ihrer persönlichen Ermächtigung selbst erbringen und abrechnen. Sofern die Ermächtigung einen Überweisungsvorbehalt vorsieht, kann hiervon in Einzelfällen durch Beschluss des Beirates gemäß § 23 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.
- c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten in Baden-Württemberg.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) ist die MEDIVERBUND AG. Die Teilnahmeerklärung ist an die Managementgesellschaft zu richten. Die Managementgesellschaft ist im Zusammenhang mit der Vertragsteilnahme, Durchführung und Beendigung dieses Vertrages zur Abgabe von Erklärungen gegenüber dem FACHARZT und Entgegennahme von Erklärungen des FACHARZTES mit Wirkung für die anderen Vertragspartner berechtigt.
- (3) Voraussetzungen für die Vertragsteilnahme sind:
 - a) Erfüllung der Eigenschaften gemäß § 2;
 - b) Nachweis der Teilnahme an einer vertragsspezifischen Schulung (in der Regel Präsenzveranstaltung gemäß **Anlage 6**). Die Teilnahme an einer solchen Schulung muss durch den Vertragsarzt, den persönlich ermächtigten bzw. den gastroenterologisch tätigen angestellten Arzt des MVZ und mindestens eine/n bei dem Vertragsarzt bzw. MVZ angestellte/n medizinische/n Fachangestellte/n erfolgen;
 - c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT, die den Betriebssystemanforderungen des Softwarehauses der Vertragssoftware entspricht und Anbindung über ISDN bzw. DSL zur Steuerung von Abrechnungs-, Verordnungs- und Informationsprozessen; Einzelheiten zu dieser technischen Ausstattung ergeben sich aus **Anlage 3**;
 - d) Ausstattung mit einem nach BMV-Ä zertifizierten Arztinformationssystem (AIS/Praxis-Softwaresystem);
 - e) Ausstattung mit einer vertragsspezifischen Software („**Vertragssoftware**“) in der stets aktuellen Version. Näheres zur Ausstattung und den technischen Voraussetzungen (einschließlich Hardware) ist in **Anlage 3** geregelt;
 - f) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät) und Angabe einer E-Mail Adresse. Die Managementgesellschaft wird die FACHÄRZTE je nach Art und Umfang der Information über die vom FACHARZT benannte E-Mail Adresse informieren.

g) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT:

- Durchführung von Koloskopien als auch Gastroskopien: Es müssen 600 Endoskopien pro Praxis und Jahr, davon mindestens 200 totale Koloskopien pro Arzt und Jahr ambulant erbracht werden. Ärzte müssen zur Vorsorgekoloskopie zugelassen sein. Ferner müssen mindestens 10 Polypektomien pro Arzt und Jahr erbracht werden. Aus Sicherstellungsgründen kann im Einzelfall hiervon nach billigem Ermessen abgewichen werden. Die Entscheidung hierüber trifft der Beirat gemäß § 23 ggf. in Abhängigkeit von Anlage 8. (Nachweisdokument: KV-Abrechnung der letzten 4 verfügbaren Quartale, zu den nachgewiesenen KV-Zahlen werden von der Managementgesellschaft ohne Nachweis 10% für privatärztlich erbrachte Leistungen angesetzt.) Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß Anlage 2 nachzuweisen.
- Sollte ein gastroenterologisch relevantes DMP eingeführt werden, verpflichten sich die FACHÄRZTE, an dem DMP teilzunehmen und es aktiv zu unterstützen. Der Beirat entscheidet über den Zeitpunkt, ab dem die Teilnahme am DMP verpflichtend wird.

h) Erfüllung sämtlicher folgender apparativer Mindestausstattung in der Praxis des teilnehmenden FACHARZTES:

- Abdominalsonographiegerät mit Einhaltung der Vorgaben der Vereinbarung von Qualitätssicherungsmaßnahmen nach § 135 Abs. 2 SGB V zur Ultraschalldiagnostik in der jeweils aktuell gültigen Fassung (Nachweis: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft),
- Videoendoskopie mit digitaler Bildspeicherung und Farbdrucker (Nachweis: KV-Abrechnung der Koloskopieziffer, GOP 13421, im letzten verfügbaren Quartal),
- Vorhaltung der Notfallausstattung (mit Ambubeutel und Beatmungsmaske, Intubationsbesteck, Absaugvorrichtung, Sauerstoffversorgung, Defibrillator, Pulsoxymetrie)
- Vorhaltung von Atemtestgeräten ggf. als Gerätegemeinschaft (Nachweis: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft)
- Einhaltung von Medizinproduktegesetz und Medizinproduktebetriebsverordnung

i) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an das Personal des FACHARZTES:

- Schulung in Sedierung (z.B. bng Kurse) für das gesamte Assistenzpersonal in der Endoskopie mit Übergangsfrist bis 30.06.2016 (Nachweis: Selbstauskunft mit Vorlage der Zertifikate bei der Managementgesellschaft bis 30.06.2016. Danach jährliche stichprobenhafte Überprüfung durch die Managementgesellschaft)

- j) Erfüllung folgender Qualitätsanforderungen in der Praxis des teilnehmenden Facharztes:
- Hygienekontrolle aller Endoskope mindestens halbjährlich (Nachweis: Selbstauskunft mit Stichproben durch die Managementgesellschaft) und externe Hygienekontrolle mindestens eines Endoskops halbjährlich gem. KV-Koloskopievereinbarung (Nachweis: regelmäßige halbjährliche Vorlage des Zertifikats der bestandenen KV-Prüfung),
 - Ausschließliche Verwendung von Einmalartikeln bei Verbrauchsmaterialien (stichprobenhafte Überprüfung durch Vorlage von Rechnungen durch die Managementgesellschaft),
 - Bei der Endoskopie sedierter Patienten ist entsprechend der Leitlinie der Fachgesellschaft eine zweite entsprechend ausgebildete Fachkraft zugegen.
- k) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gem. **Anlage 2**:
- Dokumentation Vorsorgekoloskopie gem. Krebsfrüherkennungs-Richtlinien in der aktuell gültigen Fassung
 - Qualitätssicherungsmaßnahmen insbesondere zur Endoskopie gem. Anlage 2, Anhang 1
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gem. § 137a SGB V (nach Implementierung)
- l) Angebot einer Sprechstunde von Montag bis Freitag („werktägliche Sprechstunde“) mit einer Früh- oder Abendterminsprechstunde für Berufstätige (ab 7 Uhr bzw. bis 20 Uhr) oder einer Samstagsterminsprechstunde für Berufstätige.
- (4) Die Managementgesellschaft prüft die Teilnahmeberechtigung des FACHARZTES nach dem vorstehenden Absatz und teilt ihm spätestens 2 Wochen nach Eingang der Teilnahmeerklärung bei der Managementgesellschaft schriftlich ein Zwischenergebnis bzw. das Ergebnis ihrer Prüfung wie folgt mit:
- a) **Aufforderung zur Nachbesserung zur Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen.** Erfüllt ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 zum Zeitpunkt der Abgabe der Teilnahmeerklärung nicht und ergibt sich dies nach Prüfung durch die Managementgesellschaft, setzt die Managementgesellschaft eine Frist von 3 Monaten, innerhalb derer der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt für die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen sorgen kann. Die Managementgesellschaft ist berechtigt, zum Nachweis der Teilnahmevoraussetzungen geeignete Unterlagen anzufordern, wenn sie Zweifel an der Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen hat.
 - b) **Zulassung zur Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 3 vor, ge-

gebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme an der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag unverzüglich an. Die Annahme erfolgt durch eine schriftliche Bestätigung (in der Regel per Fax) der Managementgesellschaft an den teilnahmeberechtigten Vertragsarzt über die Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 3. Mit Zugang dieser Bestätigung über die Vertragsteilnahme wird der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt Vertragspartner als FACHARZT dieses Vertrages.

§ 4 Einschreibung von VERSICHERTEN der BETRIEBSKRANKENKASSEN

- (1) Dieser Vertrag gilt für VERSICHERTE von BETRIEBSKRANKENKASSEN gemäß **Anlage 14**.
- (2) VERSICHERTE, die in das Hausarztprogramm ihrer BETRIEBSKRANKENKASSE eingeschrieben sind, können sich in die Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach dieser Vereinbarung einschreiben. Das BKK VAG-Facharztprogramm „BKK.Mein Facharzt“ besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie und Gastroenterologie und soll sukzessive ausgebaut werden. Mit der Einschreibung in BKK.Mein Facharzt verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die entsprechende Module (Kardiologie und Gastroenterologie) seiner BETRIEBSKRANKENKASSE bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solche Fachärzte auszuwählen, die an BKK.Mein Facharzt teilnehmen.
- (3) VERSICHERTE der BETRIEBSKRANKENKASSE können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („Versicherten-Teilnahmeerklärung“) in BKK.Mein Facharzt einschreiben:
 - a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des VERSICHERTEN verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesem entgegenzunehmen. Ein Muster der Versicherten-Teilnahmeerklärung ist in **Anlage 5** als Teil des „Starterpaketes FACHARZT“ beigefügt. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet diese mittels der Vertragssoftware an das von MEDIVERBUND AG beauftragte Rechenzentrum weiter. Das von der MEDIVERBUND AG eingesetzte Rechenzentrum sendet die Einschreibedaten an die von der BKK VAG benannte Stelle. Der FACHARZT bewahrt die vollständig ausgefüllte und unterzeichnete Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Eine Kopie wird dem Patienten ausgehändigt. Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der **Anlage 6**.
 - b) Bei Ärzten, die in Baden-Württemberg am jeweiligen HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V der BETRIEBSKRANKENKASSEN teilnehmen („HAUSARZT“). Im Übrigen gilt §4 Abs. 3 lit. a).
 - c) Bei FACHÄRZTEN, die an anderen Modulen von BKK.Mein Facharzt teilnehmen. Im Übrigen gilt §4 Abs. 3 lit. a).
- (4) Teilnahmeerklärungen von VERSICHERTEN führen, soweit die Voraussetzungen für eine Teilnahme dieser Versicherten gegeben sind (§ 9), zur Einschreibung mit

Wirkung für das nächstmögliche Abrechnungsquartal. Voraussetzung für die Einschreibung mit Wirkung zu dem nächsten Abrechnungsquartal ist jedoch weiter, dass die Teilnahmeerklärungen spätestens bis zum 1. Kalendertag des zweiten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals bei dem von der MEDIVERBUND AG beauftragten Rechenzentrum eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Das von der MEDIVERBUND AG beauftragte Rechenzentrum leitet die Einschreibedaten unverzüglich an die von der BKK VAG benannte Stelle weiter. Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. BKK VAG und MEDIVERBUND AG können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern. Abweichend hiervon gelten die Regularien der Sofortabrechnung nach Einschreibung gemäß **Anlage 4**.

- (5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmes-tatus der eingeschriebenen VERSICHERTEN abrufen können. Ärztliche Leistungen für die an der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie teilnehmenden Versicherten dürfen nach Maßgabe des **Abschnitts V** (Seite 20ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (6) Ein Anspruch von VERSICHERTEN zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der BETRIEBSKRANKENKASSE in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen.

§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist gegenüber der Managementgesellschaft gemäß den folgenden Absätzen 2 bis 7 zum Angebot einer besonderen Versorgung an die eingeschriebenen Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 20ff.) erbring- und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der eingeschriebenen Versicherten verbleibt bei dem behandelnden FACHARZT. Er erbringt seine ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und seiner ärztlichen Sorgfaltspflicht.
- (2) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden Qualitätsanforderungen hinsichtlich des Sprechstundenangebots und der Praxisausstattung erfüllen:
 - a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Regelungen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel spätestens zwei Wochen nach Anmeldung,
 - Behandlung von Not-/Akutfällen am Tag des Anrufs durch den HAUSARZT/FACHARZT, sofern sie bis eine Stunde vor Ende der Sprechstunde angemeldet werden,
 - b) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ wird eine vom HAUSARZT angeforderte Notfallvorstellung am Anforderungstag (während der Sprechstundenzeiten) durchgeführt. Zur Vermeidung von Einweisungen in die Klinik werden vom HAUSARZT angeforderte Notfallgastroskopien am Anforderungstag durchgeführt, soweit dies technisch und medizinisch möglich ist. Vom

HAUSARZT als Notfälle zur Koloskopie überwiesene Patienten werden zur Aufklärung und Vorbereitung möglichst am Anforderungstag angenommen, die Untersuchung wird möglichst innerhalb von 3 Werktagen durchgeführt; Vorsorgekoloskopien werden innerhalb von 4 Wochen erbracht.

- c) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - d) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d. h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - e) Angebot einer Früh- oder Abendterminsprechstunde pro Woche für Berufstätige (ab 7 Uhr bzw. bis 20 Uhr) oder einer Samstagsterminsprechstunde für Berufstätige (vgl. Abschnitt II § 3 Abs. 2 lit. i).
 - f) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten – dem HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen übermittelt (Anhang 1 zur **Anlage 17**). Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt. Die Vertragspartner streben zeitnah die Umsetzung einer elektronischen Übermittlung von Befunden an.
 - g) Anfragen der vertragsteilnehmenden BETRIEBSKRANKENKASSEN und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zur Arbeitsunfähigkeit werden vom FACHARZT innerhalb von 4 Werktagen beantwortet.
 - h) Zudem müssen die Voraussetzungen nach § 3 Abs. 3 erfüllt werden.
- (3) Der FACHARZT muss sämtliche der folgenden Qualifikationsanforderungen selbst bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt / angestellten Arzt erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen Qualitätszirkeln zu gastroenterologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - b) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der gastroenterologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien nach Maßgabe von **Anlage 2**;
 - c) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95 d SGB V sowie der vertragsspezifischen Fortbildungspflichten gem. **Anlage 2** (Nachweis: Jährliche Vorlage der Nachweise bei der Managementgesellschaft);
- (4) Der FACHARZT erbringt bei der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag folgende besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der BETRIEBSKRANKENKASSEN gemäß § 140a SGB V;

- b) Überweisung an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten gastroenterologischen Fragestellung unter Einbeziehung des HAUSARZTES und unter Berücksichtigung des Wirtschaftlichkeitsgebotes nach Durchführung aller dem FACHARZT möglichen und notwendigen Abklärungen; Tätigkeit und Überweisung nur unter Berücksichtigung und Übermittlung der Vorbefunde sowie unter Beachtung der **Anlage 17**. Bei Klinikeinweisungen ist analog zu verfahren; es gilt der Grundsatz „ambulant vor stationär“ (SGB V § 39, Abs. 1).
- c) Überweisungen vom HAUSARZT/FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin möglich.
- d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligen ICD 10 Kodierungen und unter Beachtung der Kodierrichtlinien im ambulanten Bereich sowie der Arzneimittelverordnungen. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen und, wenn nötig, zusätzlich an:
 - den weiterbehandelnden FACHARZT/ Facharzt
 - das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.

Die Übermittlung soll perspektivisch per **elektronischem Arztbrief** erfolgen.

- e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen an diesem Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt. Vertretungen müssen von den an der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag teilnehmenden Ärzten organisiert werden.
 - f) Information der eingeschriebenen Versicherten über spezifische Angebote der BETRIEBSKRANKENKASSEN (siehe **Anlage 2**).
 - g) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb von BKK.MeinFacharzt auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
 - h) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, insbesondere im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie, und hierzu insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der BETRIEBSKRANKENKASSEN mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130 a Abs. 8 SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** genannten Wirkstoffe zu beachten;
 - c) unbeschadet der Regelungen in a) insbesondere auf die Verwendung von

preisgünstigen Generika und die Auswahl von preisgünstigen Arzneimitteln zu achten.

- (6) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines HZV-Online-Key oder eines GEMATIK-fähigen Konnektors ist verpflichtend. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der HZV-Online-Key/Konnektor dient der Erhöhung der Sicherheit und Schnelligkeit der Datenübertragung. Dabei wird das Ziel einer zukunftsorientierten elektronischen Praxisinfrastruktur zur Optimierung der Versorgung und Verbesserung der Wirtschaftlichkeit verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**.

§ 6 Informationspflichten des FACHARZTES

- (1) Der FACHARZT ist verpflichtet, die im folgenden Absatz 2 genannten Änderungen spätestens 3 Monate vor Eintritt der jeweiligen Änderung durch Übermittlung des in der **Anlage 1** beigefügten Meldeformulars („**Stammdatenblatt**“) an die Managementgesellschaft schriftlich anzuzeigen, es sei denn, der FACHARZT erlangt erst zu einem späteren Zeitpunkt Kenntnis von dem Eintritt der Änderung. In letzterem Fall ist der FACHARZT verpflichtet, den Eintritt der Änderung unverzüglich nach Kenntniserlangung anzuzeigen.
- (2) Als Änderung im Sinne von Absatz 1 gelten insbesondere
 - a) Umzug der Praxis des FACHARZTES (Änderung der Betriebsstätte; Wechsel der Betriebsstättennummer) bzw. Aufgabe oder Übergabe der Praxis an einen Dritten;
 - b) Rückgabe, Ruhen oder Entzug der Zulassung;
 - c) Stellung eines Insolvenzantrages bezogen auf das Vermögen des FACHARZTES (Vertragsarzt/MVZ);
 - d) Änderung der in dem Stammdatenblatt aufgeführten Arztstammdaten (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2.
 - f) Entfallen einer der Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 oder der Qualifikationsanforderungen gemäß § 5 Abs. 2 und 3.
- (3) Der FACHARZT hat der Managementgesellschaft nach deren schriftlicher Aufforderung Auskunft zu erteilen, ob er die Anforderungen nach § 2, § 3 Abs. 3 und § 5 Abs. 2 und 3 einhält.

§ 7 Unterstützung weiterer Versorgungsformen durch den FACHARZT

Der FACHARZT soll sowohl bestehende Versorgungsformen [Integrierte Versorgung nach §§ 140a ff. SGB V (i. d. F. bis 22.07.2015), besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V (i. d. F. bis 22.07.2015)] als auch zukünftig entstehende Versorgungsformen nach § 140a SGB V (i. d. F. ab 23.07.2015) sowie die hausarztzentrierte Versorgung nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an die Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie

nach diesem Vertrag anknüpfen. Hierdurch sollen die Kommunikationswege zwischen dem FACHARZT und den niedergelassenen Hausärzten, Fachärzten und Psychotherapeuten sowie den stationären Einrichtungen und anderen Leistungserbringern als Teilnehmer an diesen besonderen Versorgungsformen verbessert werden. Die Schnittstellen zwischen den verschiedenen Versorgungsebenen und dem teilnehmenden FACHARZT sind in **Anlage 17** geregelt.

§ 8 Beendigung der Teilnahme des FACHARZTES am Vertrag

- (1) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet mit sofortiger Wirkung mit Entfallen der Teilnahmeberechtigungen nach § 2 Abs. 2 lit. a-c, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung seitens einer der Vertragspartner bedarf.
- (2) Die Vertragsteilnahme des FACHARZTES endet spätestens mit dem Vertragsende nach § 25 Abs. 4 lit. a) und/oder b).
- (3) Der FACHARZT kann seine Vertragsteilnahme mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende kündigen. Die Kündigung ist der Managementgesellschaft schriftlich zuzustellen. Das Recht des FACHARZTES zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt für den FACHARZT insbesondere, wenn die in § 19 Abs. 2 geregelten Voraussetzungen eintreten (Sonderkündigungsrecht bei Änderung der bisherigen Vergütungsregelung zum Nachteil des FACHARZTES).
- (4) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner den Vertrag gegenüber dem FACHARZT fristlos aus wichtigem Grund außerordentlich zu kündigen. Als wichtiger Grund gilt insbesondere, wenn
 - a) der FACHARZT die Mitwirkung an einer Prüfung gemäß § 28 oder **Anlage 15** verweigert, die hierfür erforderlichen Unterlagen nicht oder nicht vollständig zur Verfügung stellt, oder einer entsprechenden Aufforderung der Managementgesellschaft nicht binnen 4 Wochen nachkommt; oder
 - b) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Verstoß nicht nach schriftlicher Abmahnung innerhalb einer durch diese Abmahnung gesetzten angemessenen Frist durch die Managementgesellschaft beseitigt, insbesondere wenn der FACHARZT gegen die Teilnahmevoraussetzungen nach § 3 Abs. 3 lit. c), d), e), f), h), i) und j), bzw. die Qualitätsanforderungen nach § 5 Abs. 2 b und 3 erheblich verstößt; oder
 - c) der FACHARZT gegen eine ihm nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - d) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - e) durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, insbesondere durch eine gesetzliche Änderung, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen, die Erfüllung des Vertrages für BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSEN und MEDIVERBUND

AG untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich wird.

- (5) Die Kündigung hat jeweils schriftlich zu erfolgen. Für die Wirksamkeit der Kündigung gegenüber sämtlichen Vertragspartnern ist es ausreichend, dass die Kündigung gegenüber der Managementgesellschaft bzw. durch die Managementgesellschaft erklärt wird.
- (6) Die Kündigung des FACHARZTES oder gegenüber dem FACHARZT führt zur Vertragsbeendigung für den FACHARZT mit Wirkung gegenüber sämtlichen übrigen Vertragspartnern. Die Beendigung des Vertrages durch einen FACHARZT hat keinen Einfluss auf die Wirksamkeit und das Fortbestehen des Vertrages zwischen den verbleibenden Vertragspartnern, d. h. BKK VAG; BETRIEBSKRANKENKASSEN und MEDIVERBUND AG sowie den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

VERSICHERTE erklären ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung für BKK.MeinFacharzt nach dieser Vereinbarung, die eine datenschutzrechtliche Einwilligung enthält (**Anlage 7**). Die Teilnahme ist freiwillig. Die Teilnahme erfolgt nach Maßgabe der Teilnahmebedingungen gemäß **Anlage 7** in ihrer jeweils geltenden Fassung. Die BETRIEBSKRANKENKASSEN sind zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten an BKK.MeinFacharzt bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSEN, MEDIVERBUND AG, BNG E.V., BNFI E.V. UND MEDI E. V. UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSEN, MEDIVERBUND AG, bng, BNFI und MEDI e. V. Die Verpflichtung der BETRIEBSKRANKENKASSEN zur Leistung der Vergütung für im Rahmen von BKK.Mein Facharzt Modul Gastroenterologie nach dieser Vereinbarung erbrachten Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber den BETRIEBSKRANKENKASSEN sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber den BETRIEBSKRANKENKASSEN zum Angebot einer besonderen fachärztlichen Versorgung gemäß § 140a SGB V durch vertragsärztliche Leistungserbringer. Die Managementgesellschaft übernimmt nicht den Sicherstellungsauftrag.

- (2) Zur Erfüllung ihrer Verpflichtung gemäß Abs. 1 Satz 1 dieses § 11 übernimmt die Managementgesellschaft die Koordinierung und Umsetzung der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE gegenüber den BETRIEBSKRANKENKASSEN wie folgt:
- a) Bekanntgabe des Vertrages und Erläuterung der Vertragsteilnahme für FACHÄRZTE in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere Kommunikationsmaßnahmen (§ 15);
 - b) Unverzögliche Reaktion und Beantwortung von Anfragen der FACHÄRZTE zur Vertragsteilnahme in angemessener Bearbeitungszeit (Servicehotline);
 - c) Koordination der Vertragsteilnahme der FACHÄRZTE an diesem Vertrag (§ 3);
 - d) Entgegennahme von Teilnahmeerklärungen von FACHÄRZTEN;
 - e) Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3) anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung, des von der BKK VAG zur Verfügung gestellten DMP-Verzeichnisses und der beigelegten Nachweise gem. Teilnahmeerklärung Arzt (**Anlage 1**). Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die von der BKK VAG benannte Stelle weiter;
 - f) Stichprobenartige Überprüfung von Zertifikaten und übersandten Unterlagen bei der Prüfung der Teilnahmeberechtigungen/-voraussetzungen (§ 2, § 3 Abs. 3);
 - g) Stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens von Teilnahmevoraussetzungen (z. B. Ermächtigungen, vertragsärztliche Zulassung, Zulassung zur Vorsorgekoloskopie);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpaketes FACHARZT“ an Ärzte;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie bei Änderungen Versendung an die von der BKK VAG benannte Stelle; regelmäßige Versendung von Listen mit teilnehmenden und angefragten Ärzten im vereinbarten Format;
 - j) Entgegennahme und Halten von Verzeichnissen teilnehmender Versicherter;
 - k) Information der FACHÄRZTE über den Teilnahmestatus der in BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie nach dieser Vereinbarung gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei der Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2**);
 - n) Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;

- o) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der BKK VAG bzw. den BETRIEBSKRANKENKASSEN ergeben sich aus Anlage 9.
- (3) Erfährt die Managementgesellschaft von Verstößen eines FACHARZTES gegen seine vertraglichen Pflichten nach dem **Abschnitt II**, ist sie verpflichtet, den FACHARZT abzumahnern. Die Managementgesellschaft ist ferner gegenüber der BKK VAG verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 23 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der BKK VAG zum Einsatz von Erfüllungsgehilfen, berechtigt. Die Zustimmung darf nur aus wichtigem Grunde verweigert werden. Die Managementgesellschaft haftet für ihre Erfüllungsgehilfen nach Maßgabe des § 278 des Bürgerlichen Gesetzbuches (BGB).
- (5) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der BKK VAG bzw. der BETRIEBSKRANKENKASSEN

- (1) Die BKK VAG wird die Managementgesellschaft unverzüglich nach Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.
- (2) Die von der BKK VAG benannte Stelle wird der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) die in BKK.MeinFacharzt eingeschriebenen Versicherten jeweils grundsätzlich bis zum 20. Tag des letzten Monats vor Beginn dieses Abrechnungsquartals übermitteln. Werden der Managementgesellschaft Versicherte zu einem späteren Zeitpunkt vor Beginn eines Abrechnungsquartals benannt, können diese für dieses Abrechnungsquartal dem FACHARZT nicht mehr rechtzeitig gemäß § 4 Abs. 3 als eingeschriebene Versicherte bekanntgegeben werden.
- (3) Im Falle der zulässigen Kündigung eines eingeschriebenen Versicherten informiert die durch die BKK VAG benannte Stelle die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (4) Die BKK VAG wird der Managementgesellschaft nach Maßgabe der **Anlage 9** in den dort vereinbarten Abständen die notwendigen Informationen zur Gewährleistung der Umsetzung der vertraglichen Pflichten durch die FACHÄRZTE zur Verfügung stellen. Hierzu gehören insbesondere Informationen über die Teilnahme des FACHARZTES an DMP-Programmen der BETRIEBSKRANKENKASSEN, Änderungen der Arztstammdaten, die ihr zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (5) Die BKK VAG wird die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2**.
- (6) Weitere Einzelheiten der Pflichten der BKK VAG gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.

- (7) Die BKK VAG und die BETRIEBSKRANKENKASSEN sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß **§ 15** verpflichtet.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., bng und BNFI

- (1) MEDI e.V., bng und BNFI sind zur Bekanntgabe des Vertrages, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß **§ 15** verpflichtet. MEDI e.V., bng und BNFI sind verpflichtet, soweit datenschutzrechtlich zulässig, Änderungen von Mitgliederstammdaten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiterzuleiten. Vertragsverstöße sind der Managementgesellschaft mitzuteilen.

§ 14 Wechselseitige Unterstützung

- (1) Unbeschadet der Regelungen in § 11 Abs. 2 lit. a) und § 13 Abs. 1 verpflichten sich BKK VAG und BETRIEBSKRANKENKASSEN, MEDI e.V., MEDIVERBUND AG, bng, und BNFI,
- a) die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen uneingeschränkt zu unterstützen, insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit und eine aktive Unterstützung der in diesem Vertrag geregelten Geschäftsprozesse;
 - b) ihre Mitarbeiter in Fragestellungen dieses Vertrags umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) BKK VAG und MEDIVERBUND AG beabsichtigen, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde mit den BETRIEBSKRANKENKASSEN zur gemeinsamen Aussprache über die Erfahrungen nach diesem Vertrag durchzuführen.
- (3) Im Zuge einer vertrauensvollen Zusammenarbeit wird die Bereitschaft zur Teilnahme an weiteren Versorgungsverträgen der BKK VAG vorausgesetzt. MEDIVERBUND AG, MEDI e.V., bng und BNFI verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

BKK VAG, MEDIVERBUND AG, bng, BNFI und Medi e.V. stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Die MEDIVERBUND AG ist verpflichtet, im Benehmen mit der BKK VAG mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3. lit. e) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (**Anlage 3**).
- (2) BKK VAG und MEDIVERBUND AG einigen sich auf Vorgaben für die Vertragssoftware (Algorithmen) sowie die Verfahren der Datenübermittlung. Einzelheiten regelt

Anlage 10 (Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware).

- (3) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die in Absatz 1 und 2 genannten Vorgaben an die Vertragssoftware regelmäßig überprüft werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSE, MEDI e.V., MEDIVERBUND AG, bng und BNFI. Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von BKK VAG, MEDI e.V., MEDIVERBUND AG, bng und BNFI, unbeschadet der Absätze 2 und 3, mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden, erstmals zum 31. Dezember 2018.
- (2) Im Fall der Fusion einer BETRIEBSKRANKENKASSE mit einer Krankenkasse, die nicht an einem HzV-Vertrag oder an diesem Vertrag teilnimmt, kann die BETRIEBSKRANKENKASSE innerhalb einer Frist von drei Monaten, beginnend mit Eingang der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsbescheide der Fusion, die Kündigung dieses Vertrages zum Ende des übernächsten Quartals erklären (Sonderkündigungsrecht). Dies gilt entsprechend bei Kündigung der Teilnahme am HzV-Vertrag durch die BETRIEBSKRANKENKASSE.
- (3) Endet der HzV-Vertrag der BKK VAG bzw. der BETRIEBSKRANKENKASSE, endet auch dieser Vertrag für die BKK VAG bzw. die BETRIEBSKRANKENKASSE zum gleichen Zeitpunkt.
- (4) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (5) Die BKK VAG ist erstmals nach Ablauf des 31.12.2018 berechtigt, diesen Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 5 (fünf) Monaten zum jeweiligen Jahresende zu kündigen, wenn für einen zusammenhängenden Zeitraum von mehr als 6 (sechs) Monaten die Zahl der teilnehmenden Fachärzte gemäß **Anlage 8** durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet die Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung für die BETRIEBSKRANKENKASSEN für VERSICHERTE in Baden-Württemberg (HZV).
- (6) Das Recht von BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSE, MEDI e.V. und MEDIVERBUND AG zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt; zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
- a) Die BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSE, MEDI e.V., die MEDIVERBUND AG, bng oder BNFI verstoßen gegen eine ihnen nach diesem Vertrag auferlegte wesentliche Verpflichtung, und dieser Verstoß wird nicht innerhalb von 6 Wochen nach schriftlicher Aufforderung durch den jeweils anderen Vertragspartner beseitigt, wobei die MEDIVERBUND AG, bng und BNFI nach diesem lit. a) ihr Kündigungsrecht gegenüber der BKK VAG oder BETRIEBSKRANKENKASSE nur einheitlich ausüben können. Im Falle der Uneinigkeit über die Ausübung des Kündigungsrechtes gegenüber der BKK VAG oder der BETRIEBSKRANKENKASSE zwischen MEDIVERBUND AG, bng und BNFI entscheidet die Managementgesellschaft.

- b) Durch eine gesetzliche Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen, aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSE, MEDI e.V., MEDIVERBUND AG, bng, BNFI oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich unmöglich.
- (7) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSE und der MEDIVERBUND AG ist die Managementgesellschaft zum Empfang der gegenüber den FACHÄRZTEN erklärten Kündigung bevollmächtigt. Sie ist insoweit von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über eine von BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSE oder MEDIVERBUND AG erklärte Kündigung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

BKK VAG und MEDIVERBUND AG richten zur Schlichtung von Streitigkeiten, die sich im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder über seine Gültigkeit zwischen ihnen ergeben, das in der **Anlage 11** aufgeführte Schlichtungsverfahren ein. Die Einleitung gerichtlicher Schritte im Zusammenhang mit diesem Vertrag oder bei Streitigkeiten über seine Gültigkeit ist erst nach Abschluss des Schlichtungsverfahrens, d. h. nach Durchführung mindestens eines Schlichtungstermins zulässig; BKK VAG und MEDIVERBUND AG werden eine effektive Konfliktschlichtung fördern. Der Vorrang des Schlichtungsverfahrens gilt nicht für Maßnahmen des einstweiligen Rechtsschutzes. Einzelheiten des Schlichtungsverfahrens regelt **Anlage 11**.

ABSCHNITT V: ABRECHNUNG

§ 19 Abrechnung der Vergütung gegenüber der Managementgesellschaft

- (1) Der FACHARZT hat nach Maßgabe der **Anlage 12** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach diesem Vertrag erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** vergütet werden, dürfen nicht zusätzlich gegenüber der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg („**KV**“) abgerechnet werden („**Doppelabrechnung**“). Der Vergütungsanspruch gemäß Satz 1 richtet sich ausschließlich gegen die Managementgesellschaft.
- (2) Die Vergütungsregelung gemäß **Anlage 12** gilt zunächst bis zum 31.12.2022. Die Vertragspartner sind sich einig, bis zu diesem Zeitpunkt keine Änderungen zu den Vergütungsregelungen der Anlage 12 vorzunehmen. Im Falle gesetzlicher, kollektivvertraglicher oder berufsrechtlicher Änderungen mit erheblichen Auswirkungen auf die Inhalte und die Weiterführung dieser Vereinbarung verständigen sich die Vertragspartner gesondert.
- a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des FACHARZTES auswirken, können jederzeit durch Einigung von BKK VAG und MEDIVERBUND AG mit Wirkung für den FACHARZT ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem FACHARZT solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der FACHÄRZTE und

- einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
- b) Die Behandlung von gastroenterologischen onkologischen Erkrankungen ist integraler Bestandteil dieses Vertrages. Daher wird die Behandlung gemäß Onkologievereinbarung (**Anlage 7** zu den Bundesmantelverträgen) und die KV-Vereinbarung zur onkologischen Basisversorgung innerhalb des Vertrages abgebildet. Es gelten alle Bestimmungen der Onkologievereinbarung inkl. ihrer Anhänge. Wenn sich die Onkologievereinbarung (**Anlage 7** zu den Bundesmantelverträgen) oder die KV-Vereinbarung zur onkologischen Basisversorgung ändert, vereinbart der Beirat nach billigem Ermessen eine Umsetzung dieser Änderungen in diesem Vertrag. Der FACHARZT stimmt diesen Änderungen bereits jetzt zu.
 - c) Einigen sich BKK VAG und MEDIVERBUND AG bis zum 30.06.2022 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (**Anlage 12**), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2024 fort.
 - d) Einigen sich die BKK VAG und die MEDIVERBUND AG vor dem 30.06.2022 über eine Änderung der Vergütungsregelung (**Anlage 12**), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem FACHARZT unverzüglich mit. Ist der FACHARZT mit der Änderung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme am Vertrag mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Quartalsende nach Bekanntgabe der Änderung zu kündigen. Die rechtzeitige Absendung der Kündigungserklärung ist ausreichend. Kündigt der FACHARZT nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.
 - e) Besteht der Vertrag über den 31.12.2018 hinaus fort, gilt die zu diesem Datum anwendbare Vergütungsregelung gemäß **Anlage 12** für weitere 2 Jahre fort, wenn sich nicht BKK VAG und MEDIVERBUND AG unbeschadet lit. a) spätestens 6 Monate zuvor über eine Änderung der Vergütungsregelung geeinigt haben. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weitere Zwei-Jahres-Zeiträume, die der Vertrag über den 31.12.2018 hinaus fortbesteht.
 - f) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der FACHARZT ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. d) gilt sinngemäß.
- (3) Der FACHARZT rechnet den Vergütungsanspruch jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“) gegenüber der Managementgesellschaft ab („**Abrechnung**“). Der FACHARZT hat die Abrechnung an die Managementgesellschaft spätestens bis zum 5. Kalendertag des auf ein Abrechnungsquartal folgenden Monats zu übermitteln (5. Januar, 5. April, 5. Juli und 5. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der Abrechnung bei der Managementgesellschaft. Die Abrechnung der Vergütung durch den FACHARZT hat mittels einer Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu erfolgen.
- (4) Ansprüche auf die Vergütung verjähren innerhalb von 12 Monaten. Diese Frist beginnt mit Ende des Quartals der Leistungserbringung.

- (5) Die Managementgesellschaft prüft die Abrechnung nach Maßgabe der **Anlage 13** (Abrechnungsprüfkriterien) und übersendet dem FACHARZT auf Grundlage der Abrechnung eine Übersicht der geprüften Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“). Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der von der BETRIEBSKRANKENKASSE bzw. deren Dienstleister gleichermaßen unbeanstandete Vergütungspositionen als Teil des nach Maßgabe der folgenden Absätze fälligen Vergütungsanspruches aus („**Abrechnungskorrektur**“). Beanstandete Vergütungspositionen werden von der Managementgesellschaft erneut geprüft und, soweit die Beanstandung ausgeräumt werden kann, im nächstmöglichen Abrechnungsnachweis berücksichtigt.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der Managementgesellschaft unverzüglich schriftlich gemeldet werden. Falls der Abrechnungsnachweis bei dem FACHARZT nicht fristgerecht eingegangen ist, hat er die Managementgesellschaft unverzüglich zu benachrichtigen.
- (7) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gelten Abrechnungsnachweise als genehmigt, wenn ihnen nicht vor Ablauf von 6 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird (Schuldumschaffung). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die Managementgesellschaft wird den FACHARZT bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der FACHARZT das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berichtigten Abrechnungsnachweis ergebenden Ansprüche des FACHARZTES sind nach Maßgabe von Abs. 8 auszugleichen.
- (8) Da die Managementgesellschaft zur Begleichung der entsprechenden Forderung des FACHARZTES ihrerseits auf Zahlung durch die BETRIEBSKRANKENKASSEN in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der BETRIEBSKRANKENKASSEN gemäß § 20 Abs. 1 bei der Managementgesellschaft fällig. Die Auszahlung an den FACHARZT ist dann innerhalb von 21 Arbeitstagen, spätestens jedoch zum Ablauf des vierten Monats, der auf das Quartal folgt, für das die Abrechnung übermittelt wurde, vorzunehmen. Die Managementgesellschaft ist verpflichtet, von ihr unbeanstandete Vergütungspositionen aus der Abrechnung des FACHARZTES gegenüber den BETRIEBSKRANKENKASSEN durchzusetzen.
- (9) Die Managementgesellschaft hat unter diesem Vertrag Anspruch auf Rückzahlung von an die FACHÄRZTE geleisteten Überzahlungen. Eine Überzahlung („**Überzahlung**“) ist jede Auszahlung der Managementgesellschaft an einen FACHARZT, soweit sie die Gesamtheit der zum Zeitpunkt der Auszahlung fälligen Vergütungsansprüche des FACHARZTES gegenüber der Managementgesellschaft übersteigt. Zu Überzahlungen gehören insbesondere auch Auszahlungen aufgrund von Fehlrechnungen, d. h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („**Fehlrechnung**“). Macht die Managementgesellschaft gegenüber dem FACHARZT eine Überzahlung geltend, so ist der FACHARZT verpflichtet, den Teil der Vergütung, auf den sich die Überzahlung bezieht, innerhalb von 4 Wochen

nach Zugang einer Zahlungsaufforderung zu erstatten. Die Managementgesellschaft ist zur Aufrechnung berechtigt. Ein weitergehender Schadensersatzanspruch bleibt von dem Zahlungsanspruch nach diesem Absatz unberührt.

- (10) Die §§ 19 und 20 gelten auch nach Beendigung des Vertrages mit Wirkung für den FACHARZT weiter, bis die Ansprüche des FACHARZTES auf Vergütung abgerechnet sind. Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft gemäß dem vorstehenden Absatz 9 bleiben von der Beendigung dieses Vertrages unberührt.
- (11) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines FACHARZTES ergebenden Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen (Absatz 9) einzubehalten (Sicherheitseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherheitseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherheitseinhalts nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der Managementgesellschaft bereits erloschen ist, an den FACHARZT ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die Managementgesellschaft erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (12) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des Vergütungsanspruches regelt **Anlage 12**.
- (13) Sofern sich Leistungen oder Leistungsinhalte nach dieser Vereinbarung mit Leistungen aus anderen Selektivverträgen der BETRIEBSKRANKENKASSEN überschneiden, gilt folgende Regelung:
 - Die Mehrfachabrechnung von ärztlichen Leistungen ist grundsätzlich unzulässig.
 - Der FACHARZT hat in diesen Fällen zu entscheiden, welcher Abrechnungsweg gewählt wird.

Satz 1 gilt für FACHÄRZTE selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die BETRIEBSKRANKENKASSE einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung in Höhe des Vergütungsanspruches des FACHARZTES gemäß § 19 Abs. 1. Die Managementgesellschaft macht diesen Anspruch ihrerseits durch Abrechnung gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der BETRIEBSKRANKENKASSE auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen die Managementgesellschaft erst fällig, wenn und soweit die Managementgesellschaft den Rückzahlungsanspruch gemäß § 19 Abs. 9 gegenüber dem FACHARZT durchgesetzt hat und eine entsprechende Zahlung bei ihr eingegangen ist. Die Managementgesellschaft ist zur Durchsetzung solcher Rückzahlungsansprüche gegenüber dem FACHARZT verpflichtet, sofern diese auf durch die BETRIEBSKRANKENKASSE

oder die von ihr beauftragte Stelle nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllungsstatt gemäß § 364 BGB an die BETRIEBSKRANKENKASSE abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die BETRIEBSKRANKENKASSE unverzüglich schriftlich darüber informieren.

- (3) Die BETRIEBSKRANKENKASSE ist nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der -Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die BETRIEBSKRANKENKASSE kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnung sachlich-rechnerische Berichtigungen gemäß dem vorstehenden Absatz 2 geltend machen.
- (5) Dieser § 20 gilt auch nach Beendigung des Vertrages weiter, bis die wechselseitigen Ansprüche der BETRIEBSKRANKENKASSE und der Managementgesellschaft abgerechnet sind.

§ 21 Verwaltungskostengebühr

- (1) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT eine an die Höhe der Vergütung gekoppelte Verwaltungskostengebühr für die **Abrechnung** und Organisation der Teilnahme an BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1**.
- (2) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, die Verwaltungskostengebühr mit dem Betrag des Vergütungsanspruches nach § 19 Abs. 1 zu verrechnen.
- (3) Die Managementgesellschaft ist berechtigt, gegenüber dem FACHARZT mit Bestätigung der Vertragsteilnahme eine Einschreibegebühr zu erheben. Diese ist spätestens 21 Tage nach Rechnungsstellung fällig. Die Höhe dieser Einschreibegebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1**.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 4 Vertretern der BKK VAG/ BETRIEBSKRANKENKASSEN, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUND AG sowie 1 Vertreter des bng und 1 Vertreter des BNFI besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden.
- (2) Der Beirat soll in der Regel einmal im Kalendervierteljahr einberufen werden. Er muss einmal im Kalenderjahr einberufen werden.
- (3) Die Beschlüsse des Beirats werden mit einfacher Mehrheit getroffen. Sämtliche Mitglieder des Beirats haben gleiches Stimmrecht. Bei Stimmgleichheit gilt ein

Antrag als abgelehnt.

(4) Der Beirat hat insbesondere folgende Aufgaben:

- a) Entwicklung von Vorschlägen an die Vertragspartner zur Weiterentwicklung der Vertragsinhalte;
 - b) Zustimmung zu Vertragsänderungen gemäß § 25 Abs. 3 unter besonderer Berücksichtigung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE. Eine Zustimmung für Änderungen der Vergütungsregelung gemäß § 19 Abs. 2 ist nicht erforderlich.
 - c) Abstimmung der fristlosen Kündigung von FACHÄRZTEN durch die Managementgesellschaft gemäß § 8 Abs. 4 des Vertrages. Die BKK VAG ist berechtigt, bei Vertragsverstößen eine Abmahnung und gegebenenfalls fristlose Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 vorzuschlagen. Besteht zwischen der Managementgesellschaft und dem Beirat keine Einigung über die Kündigung eines FACHARZTES, kann die Managementgesellschaft einen Beiratsbeschluss zur Entscheidung über die Kündigung beantragen. Wird der Beiratsbeschluss nicht innerhalb von 10 Tagen gefasst, nachdem die Managementgesellschaft erstmalig einen Antrag nach dem vorstehenden Satz 2 gestellt hat, ist die Managementgesellschaft in dem jeweiligen Einzelfall zur fristlosen Kündigung gemäß § 8 Abs. 4 nach pflichtgemäßem Ermessen berechtigt.
 - d) Der Beirat entscheidet über die flächendeckende Versorgung gem. **Anlage 8**. Er kann zur flächendeckenden Sicherstellung der Versorgung über Ausnahmen von Teilnahmevoraussetzungen, die befristet werden können, entscheiden.
- (5) Der Beirat kann sich eine Geschäftsordnung geben. Die Geschäftsordnung regelt unter anderem die Einberufung von Beiratssitzungen und Einzelheiten der Form der Beschlussfassung.

ABSCHNITT VII: ALLGEMEINE REGELUNGEN

§ 23 Geltung der einzelnen Abschnitte

- (1) Für den FACHARZT finden ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme die folgenden Abschnitte Anwendung:
- II. Teilnahme des FACHARZTES
 - III. Teilnahme durch VERSICHERTE
 - V. Abrechnung der Vergütung und Verwaltungskostengebühr
 - VI. Beirat
 - VII. Allgemeine Regelungen

Für die übrigen Vertragspartner gelten sämtliche Abschnitte dieses Vertrages.

- (2) Für MEDI e. V., bng und BNFI e.V. gelten dabei die Regelungen des **Abschnittes IV**, soweit diese auf sie Bezug nehmen.

§ 24 Vertragsbeginn und Vertragsende

- (1) Der Vertragsbeginn steht unter Vorbehalt: Bevor eine Erbringung und Abrechnung von Leistungen durch FACHÄRZTE nach diesem Vertrag erfolgen kann, ist die

Erfüllung folgender Voraussetzungen zwingend notwendig:

- Es wird eine Flächendeckung im Sinne der **Anlage 8** durch den Beirat festgestellt.
 - Für die BETRIEBSKRANKENKASSEN wurde durch den BKK Landesverband Süd mit der Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg ein Vertrag gemäß § 140a Abs. 6 SGB V („Bereinigungsvertrag“) geschlossen. Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Versorgung im Fachgebiet Gastroenterologie nach § 140a SGB V, insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die BKK VAG und die BETRIEBSKRANKENKASSEN haften gegenüber den Vertragspartnern nicht auf Schadensersatz, wenn der Bereinigungsvertrag nicht zustande kommt.
- (2) Der Vertrag tritt unbeschadet einer Vertragsteilnahme von FACHÄRZTEN gemäß § 3 mit Vertragsunterzeichnung in Kraft. Die Regelungen zur Beendigung der Vertragsteilnahme des FACHARZTES gemäß § 8 lassen die Laufzeit des Vertrages außer für diesen FACHARZT unberührt.
- (3) Die Regelungen zur Kündigung des Vertrages richten sich für FACHÄRZTE nach **Abschnitt II** und für die übrigen Vertragspartner nach **Abschnitt IV**.
- (4) Die Kündigung einzelner Vertragspartner, ordentlich oder außerordentlich, hat folgende Wirkung:
- a) Kündigt eine BETRIEBSKRANKENKASSE den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für die kündigende BETRIEBSKRANKENKASSE. Kündigen einzelne BETRIEBSKRANKENKASSEN diesen Vertrag, wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgesetzt. Kündigen sämtliche BETRIEBSKRANKENKASSEN diesen Vertrag, endet er.
 - b) Kündigt die BKK VAG den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt die MEDIVERBUND AG den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - d) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - e) Bei einer Kündigung von MEDI e.V., bng oder BNFI wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - f) Kündigungen von BKK VAG, BETRIEBSKRANKENKASSEN, MEDIVERBUND AG, bng, BNFI und/oder MEDI e.V. sind den jeweils anderen Vertragspartnern – mit Ausnahme der FACHÄRZTE - schriftlich zuzustellen. Die FACHÄRZTE sind hiervon durch die Managementgesellschaft in Kenntnis zu setzen.

§ 25 Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Für Änderungen der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (2) Die Vertragspartner sind sich weiter darüber einig, dass anhand der Durchführung des Vertrages gewonnene Erkenntnisse zur Vertragssoftware als Steuerungselement für eine wirtschaftliche Verordnung und ein zukunftsgerichteter Ausbau der IT-Infrastruktur Änderungen des Vertrages erforderlich machen können. BKK VAG und MEDIVERBUND AG sind deshalb berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für die FACHÄRZTE nach Maßgabe des folgenden Abs. 4 zu ändern, sofern und soweit es die Umsetzung dieses Vertrages erfordert und der Beirat der Änderung nach sorgfältiger Prüfung ihrer Auswirkungen auf die FACHÄRZTE zugestimmt hat.
- (3) Die Managementgesellschaft wird Änderungen nach dem vorstehenden Absatz 2 den FACHÄRZTEN schriftlich bekannt geben und eine Frist von 6 Wochen ab Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer der FACHARZT das Recht hat, den beabsichtigten Änderungen zu widersprechen, wenn sie sich nachteilig auf seine Rechtsposition auswirken. Solche Änderungen gelten als genehmigt, wenn der FACHARZT nicht schriftlich gegenüber der Managementgesellschaft Widerspruch erhebt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den FACHARZT bei der Bekanntgabe gemäß Satz 1 besonders hinweisen. Zur Fristwahrung ist es ausreichend, dass der FACHARZT den Widerspruch innerhalb von 6 Wochen nach Bekanntgabe der Änderungen an die Managementgesellschaft absendet. Widerspricht der FACHARZT gemäß dem vorstehenden Satz 2, ist die Managementgesellschaft zur Kündigung des Vertrages gegenüber dem FACHARZT berechtigt. Die Kündigung wird zum Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigung folgt. Sie führt zum Ausscheiden des FACHARZTES aus BKK.MeinFacharzt Modul Gastroenterologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von BKK VAG und MEDIVERBUND AG ohne Zustimmung des FACHARZTES vereinbart werden. Die Managementgesellschaft wird den FACHÄRZTEN die Vertragsänderungen und den vereinbarten Beginn der Wirksamkeit unter Berücksichtigung ihrer Interessen und einer angemessenen Vorlaufzeit schriftlich mitteilen.

§ 26 Haftung

- (1) Sofern nachfolgend nicht abweichend geregelt, haften die Vertragspartner für die Verletzung der von ihnen in der jeweiligen Leistungsbeziehung nach diesem Vertrag übernommenen Pflichten nach Maßgabe der gesetzlichen Vorschriften. Eine Haftung gegenüber nicht an diesem Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen Vertrag nicht begründet.
- (2) MEDIVERBUND AG haftet gegenüber der BETRIEBSKRANKENKASSE nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der BETRIEBSKRANKENKASSE als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe der Vertragssoftware.
- (3) Die BETRIEBSKRANKENKASSE haftet für die fehlende Richtigkeit, Vollständig-

keit und Aktualität der der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der Erfüllung dieses Vertrages zur Aufnahme in eine Vertragssoftware zur Verfügung gestellten Inhalte, auch im Hinblick auf § 73 Abs. 8 SGB V, soweit sie dies zu vertreten hat; unter diese Inhalte fallen insbesondere Angaben über Arzneimittel und sonstige Informationen, die nach den für die Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die BETRIEBSKRANKENKASSE wird die MEDIVERBUND AG von Ansprüchen der übrigen Vertragspartner sowie Dritter auf Schadens- oder Aufwendungsersatz im Zusammenhang mit den zur Verfügung gestellten Inhalten und ihrer Nutzung für die Darstellung der Arzneimittel in der Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die BETRIEBSKRANKENKASSE ein Verschulden an deren Inanspruchnahme trifft. Satz 1 und 2 dieses Absatzes gelten nur, wenn die Inhalte durch die Managementgesellschaft inhaltlich unverändert in die Vertragssoftware aufgenommen wurden. Die Anpassung an ein Datenformat gilt nicht als inhaltliche Veränderung. Offensichtliche Fehler sind von dieser Freistellung nicht umfasst.

§ 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung insbesondere der endoskopischen Leistungen dieses Vertrages werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. **Anlage 2**). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2** ist für den FACHARZT verpflichtend.

§ 28 Datenschutz

- (1) Die Verarbeitung von personenbezogenen Daten im Rahmen des Facharztvertrags erfolgt ausschließlich unter Einhaltung der einschlägigen Datenschutzvorschriften, insbesondere der Art. 5, 6 und 9 der DSGVO und der dazu ergangenen nationalen Rechtsvorschriften im BDSG sowie der §§ 284 und 295a SGB V. Darüber hinaus haben die Vertragspartner dieses Vertrags und der FACHARZT die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach den strafrechtlichen Bestimmungen zu beachten. Für den FACHARZT gelten zusätzlich die Vorschriften der Berufsordnung. Die MEDIVERBUND AG und das von ihr beauftragte Rechenzentrum unterliegen zudem gemäß § 295a SGB V dem Sozialgeheimnis gem. § 35 SGB I. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten („Versichertendaten“) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse im Sinne von § 67 Abs. 2 Satz 2 SGB X sind darüber hinaus die Regelungen des Sozialgesetzbuches zu beachten.
- (2) Die MEDIVERBUND AG, die Betriebskrankenkassen und ihre Dienstleister beachten im Rahmen der in diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Verarbeitung von Gesundheits- und Sozialdaten die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen gemäß Art. 32 DSGVO und § 22 Abs. 2 BDSG.
- (3) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der Abrechnung der BETRIEBSKRANKENKASSE gemäß § 20 des Vertrages i. V. m. **Anlage 12** übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.

- (4) Die MEDIVERBUND AG verpflichtet sich im Rahmen der in diesem Vertrag und seinen Anlagen geregelten Abrechnung die gesetzlichen Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen zu beachten und umzusetzen. Ergänzend zu den Regelungen von Absatz 1 und 2 schließt die MEDIVERBUND AG mit dem von ihm gemäß § 295a Abs. 2 SGB V, § 80 SGB X i. V. m. Art. 28 DSGVO beauftragten Rechenzentrum als anderer Stelle einen gesonderten Vertrag über die Datenverarbeitung und -nutzung zum Zweck der Teilnahmeprüfung und der Leistungsabrechnung, in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen geregelt werden.
- (5) Ergänzend zu den Regelungen von Absatz 1 schließen BKK VAG, MEDIVERBUND AG und BNK Service GmbH einen gesonderten Datenschutzvertrag (**Anlage 16**), in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen detailliert geregelt werden.
- (6) Die MEDIVERBUND AG und die BNK Service GmbH als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 19 ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der VERSICHERTEN auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenerhebung, -verarbeitung und -nutzung im Rahmen der Teilnahmeerklärung.
- (7) Weitere Hinweise zum Datenschutz für den FACHARZT enthält Anlage 16.

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrages unwirksam sein oder aus einem anderen als dem in § 306 BGB bestimmten Grunde werden, oder sollte der Vertrag unvollständig sein, so wird der Vertrag in seinem übrigen Inhalt davon nicht berührt. Die unwirksame Bestimmung wird durch eine solche Bestimmung ersetzt, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Bestimmung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken.
- (2) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform. Dies gilt auch für einen etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst.
- (3) Soweit keine abweichenden Regelungen in diesem Vertrag getroffen wurden, gelten die allgemeinen gesetzlichen und untergesetzlichen Regelungen, insbesondere das SGB V, ärztliches Berufsrecht sowie bundesmantel- und gesamtvertragliche Regelungen.
- (4) Keine Regelung in diesem Vertrag soll ein Arbeitsverhältnis oder eine Gesellschaft bürgerlichen Rechts zwischen den Vertragspartnern begründen. Sofern nicht in diesem Vertrag ausdrücklich geregelt, vermittelt dieser Vertrag keinem Vertragspartner das Recht, einen anderen Vertragspartner rechtsgeschäftlich zu vertreten.

§ 30 Anlagenübersicht

Der Vertrag hat folgende Anlagen. Die Anlagen sind Bestandteil des Vertrages.

- **Anlage 1:** Infopaket FACHARZT
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** Sofortabrechnung nach Einschreibung
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen der Versicherten
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND AG und BKK VAG
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** Teilnehmende Betriebskrankenkassen
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutzvertrag
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen

Stuttgart, Kornwestheim, den _____

BKK VAG Baden-Württemberg

Dagmar Stange-Pfalz

MEDI Baden-Württemberg e. V.

Dr. med. Werner Baumgärtner

MEDIVERBUND AG

Frank Hofmann

bng

Prof. Dr. med. Leopold Ludwig

BNFI

Dr. med. Thomas Seyfferth

Der Vertragsbeitritt der einzelnen ÄRZTE erfolgt gemäß § 3 dieses Vertrages.