

Vertrag zur Versorgung in den Fachgebieten Orthopädie und Rheumatologie

in Baden-Württemberg gemäß § 73c SGB V

zwischen



AOK Baden-Württemberg („AOK“)
Presselstr. 19, 70191 Stuttgart
vertreten durch den Vorstandsvorsitzenden Dr. Christopher Hermann,



Bosch BKK („BKK“)
Kruppstraße 19, 70469 Stuttgart
vertreten durch die Vorständin Dr. Gertrud Prinzing,



MEDI Baden-Württemberg e.V. („MEDI e.V.“)
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch den Vorsitzenden Dr. Werner Baumgärtner,



MEDIVERBUND AG („MEDIVERBUND“)
Industriestr. 2, 70565 Stuttgart
vertreten durch die Vorstände Frank Hofmann und Werner Conrad

und

teilnehmenden FACHÄRZTEN

sowie



Berufsverband für Orthopädie und Unfallchirurgie e.V. („BVOU“)
vertreten durch die Landesvorsitzenden Württemberg und Baden Dr. Burkhard Lembeck,
Hindenburgstr. 7/1, 73760 Ostfildern-Nellingen und Dr. Johannes Flechtenmacher
(Präsident des BVOU), Waldstraße 67, 67133 Karlsruhe



Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen Deutschlands e.V. („BNC“)
vertreten durch den ANC BWN, 1. Vorsitzender Dr. Frido Mütsch, Happelstr. 8
74074 Heilbronn

und

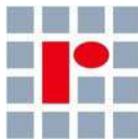


BERUFSVERBAND DEUTSCHER RHEUMATOLOGEN e. V. („BDRh“)
Forstring 16a, 44869 Bochum
vertreten durch den 1. Vorsitzenden Dr. Ludwig H. Kalthoff und das Vorstandsmitglied Dr.
Edmund Edelmann

in enger Abstimmung mit

Rheumaexperten BW eG

Gutleutstraße 14a, 76646 Bruchsal
vertreten durch die Vorstände Dr. Michaela Bellm und Dr. Ino Gao



(einzeln oder gemeinsam „Vertragspartner“)

Inhaltsverzeichnis

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND	4
Präambel	4
§ 1 Vertragsgegenstand	5
ABSCHNITT II: TEILNAHME DES FACHARZTES	6
§ 2 Kreis teilnahmeberechtigter Vertragsärzte und Medizinischer Versorgungszentren	6
§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme	7
§ 4 Einschreibung von AOK- und BKK-Versicherten	8
§ 5 Besondere Leistungen des FACHARZTES	9
§ 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	14
§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte	14
ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDI E. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC UND BDRH UNTEREINANDER	15
§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts	15
§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft	15
§ 12 Pflichten der AOK und BKK	16
§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh	18
§ 14 Wechselseitige Unterstützung	18
§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing	19
§ 16 Vertragssoftware	19
§ 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 AOK bzw. BKK	23
§ 21 Verwaltungskostengebühr	23
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	26
§ 26 Haftung und Freistellung	26
§ 27 Qualitätssicherung	27
§ 28 Datenschutz	27
§ 30 Sonstiges	28
§ 31 Anlagenübersicht	29

ABSCHNITT I: PRÄAMBEL UND VERTRAGSGEGENSTAND

Präambel

Die ambulante orthopädische/chirurgische und rheumatologische Versorgung stellt einen elementaren und unverzichtbaren Bestandteil des deutschen Gesundheitswesens dar. Eine qualitativ hochwertige, flächendeckende Versorgung durch orthopädisch/chirurgisch und rheumatologisch tätige niedergelassene Fachärzte ermöglicht eine weitgehend ambulante, kostengünstige Versorgung der Patienten in Zusammenarbeit mit den Hausärzten. Durch Kooperation und Vernetzung 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 AOK und die Bosch BKK als gesetzliche Krankenkassen mit über 4 Millionen Versicherten in Baden-Württemberg möchten gemeinsam mit dem MEDIVERBUND sowie an diesem Vertrag („**Vertrag**“) teilnehmenden Ärzten/-innen und Medizinischen Versorgungszentren (**im Folgenden „FACHÄRZTE“ genannt; sofern es sich ausschließlich auf die Fachgruppen bezieht, auch ORTHOPÄDEN bzw. RHEUMATOLOGEN**) ihren Versicherten eine besondere ambulante Versorgung gemäß § 73c SGB V a.F. bzw. gemäß § 140a SGB V („**SGB V**“) anbieten. Die AOK, die BKK, der MEDIVERBUND und die teilnehmenden FACHÄRZTE werden hierbei nach Maßgabe dieses Vertrages durch den BVOU, den BNC und MEDI e.V. berufspolitisch unterstützt. Die AOK und die BKK 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. Der MEDIVERBUND führt die Managementaufgaben nach diesem Vertrag durch.

Der BVOU ist der Berufsverband der Fachärzte für Orthopädie und Unfallchirurgie. Der BNC ist der Berufsverband der niedergelassenen Chirurgen.

Der BDRh ist die berufspolitische Vertretung aller rheumatologisch tätigen Fachärztinnen und Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie, für Orthopädie und Unfallchirurgie mit der Zusatzbezeichnung Orthopädische Rheumatologie und für Kinder- und Jugendmedizin mit der Zusatzbezeichnung Kinder-Rheumatologie. Der BDRh wird unterstützt durch die Rheumaexperten Baden-Württemberg (BW) eG. Diese sind ein genossenschaftlicher Zusammenschluss von niedergelassenen Fachärzten für Innere Medizin mit Schwerpunktbezeichnung Rheumatologie mit dem Ziel der Sicherstellung einer flächendeckenden ambulanten Versorgung von Rheumapatienten und der Unterstützung der einzelnen Praxen z. B. im Bereich des Qualitätsmanagements.

Durch den Vertrag wird der FACHARZT gegen die Vergütung nach diesem Vertrag 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, Heil- und Hilfsmittelversorgung erwarten die AOK und die BKK 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 zum HZV-Vertrag der AOK vom 08.05.2008 bzw. der BKK vom 29.09.2009 und Teil des AOK-Facharztprogramms bzw. des Bosch BKK-Facharztprogramms ist, in dem bereits Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. bestehen. Nach einer öffentlichen Ausschreibung sollen ergänzend Verträge mit weiteren Facharztgruppen nach § 73c Abs. 3 SGB V a.F. sowie § 140a SGB V angegliedert werden. Der HZV-Vertrag sowie alle Facharztverträge nach § 73c SGB V a.F. sowie § 140a SGB V 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: insbesondere Integrationsversorgung nach §§ 140a ff. SGB V, Rabattverträge nach § 130a SGB V sowie strukturierte Behandlungsprogramme der AOK und BKK nach § 137f SGB V.

Die Vertragspartner verfolgen im Rahmen eines **Kodex** insbesondere folgende gemeinsame Versorgungsziele:

- (1) Im Sinne der „sprechenden Medizin“ nehmen sich die FACHÄRZTE in der Sprechstunde ausreichend Zeit für notwendige intensive Gespräche und eine motivationale Beratung (bio-psycho-sozialer Ansatz); die AOK und die BKK informieren ihre Versicherten dahingehend, dass hiermit unnötige Behandlungen vermieden werden sollen.
- (2) Die FACHÄRZTE arbeiten intensiv mit dem HAUSARZT des Patienten und anderen beteiligten FACHÄRZTEN/PSYCHOTHERAPEUTEN zusammen. Dabei geht es v. a. um eine gegenseitige, zeitnahe Information per Arztbrief und die fachübergreifende Kooperation bei Diagnostik und Therapie. Die AOK und die BKK weisen ihre am Facharztprogramm teilnehmenden Versicherten ausführlich darauf hin, wie wichtig die Therapietreue bei der Lösung ihrer gesundheitlichen Probleme ist.
- (3) In diesem Sinne organisieren die Partner analog der Kundenbefragung im Qualitätsmanagement ein Patienten-Feedback, das ausschließlich dem einzelnen FACHARZT zugänglich ist.
- (4) FACHARZT und HAUSARZT arbeiten beim Versorgungsmanagement (gemäß § 11 Abs. 4 SGB V) komplexer Fallkonstellationen vertrauensvoll zusammen und binden im Einverständnis mit dem Patienten in Erfüllung ihrer Unterstützungsfunktion den Sozialen Dienst der AOK / die Patientenbegleitung der Bosch BKK mit ein.
- (5) Ziel der Vertragspartner ist, mit erweiterten Behandlungsmöglichkeiten und intensivierter Betreuung durch den FACHARZT und HAUSARZT sowie insoweit qualifizierte Mitarbeiter der Kassen eine verbesserte Versorgung zu erreichen und unnötige Ausgaben bei veranlassten Leistungen zu vermeiden.
- (6) Die Vertragspartner unterstützen telemedizinische Modellprojekte und Versorgungsangebote als Ergänzung bzw. Weiterentwicklung der medizinischen Versorgung.
- (7) Die Vertragspartner arbeiten gemeinsam an der Einführung und Weiterentwicklung einer online-basierten Terminvergabe zur besseren Koordinierung und Vernetzung von FACHÄRZTEN, PSYCHOTHERAPEUTEN und HAUSÄRZTEN.

Dies vorausgeschickt, vereinbaren die Vertragspartner das Folgende:

§ 1 Vertragsgegenstand

- (1) Gegenstand des Vertrages ist die Umsetzung einer qualifikations- und qualitätsbezogenen Versorgung im Fachgebiet der Orthopädie und Chirurgie (soweit diese das Leistungsspektrum der konservativen und operativen Orthopädie erbringen, siehe Anlage 12 Anhang 1) für Versicherte der AOK und BKK in Baden-Württemberg durch nach dem

II. Abschnitt (Seite 6 ff.) dieses Vertrages teilnehmende FACHÄRZTE. Der Vertrag beinhaltet ferner das Modul Rheumatologie zur besonderen ambulanten Versorgung mit rheumatologischen Leistungen. Dieses Leistungsspektrum wird abgebildet durch die Anlage 12a und Anhang 1. Der Abschnitt III regelt die Teilnahme der Versicherten der AOK und BKK. Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft („**Managementgesellschaft**“) erbringt in diesem Zusammenhang die im IV. Abschnitt (Seite 15 ff.) dieses Vertrages geregelten Managementleistungen und führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringerseite das im V. Abschnitt (Seite 20 ff.) geregelte Abrechnungsmanagement durch.

- (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 Vertragspartner eröffnen zugelassenen Vertragsärzten/-innen („**Ärzte**“), persönlich ermächtigten Ärzten/-innen („**Ermächtigte**“) und Medizinischen Versorgungszentren („**MVZ**“) die Möglichkeit der Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Modul Rheumatologie nach Maßgabe dieses Vertrages.
- (2) Für die Teilnahme an diesem Vertrag ist es Voraussetzung, dass alle im jeweils zum Zeitpunkt des Beitritts gültigen Gesamtziffernkrantes (Anhang 1 zu Anlage 12a) als „obligatorisch“ gekennzeichneten Ziffern erbracht werden müssen.
- (3) Ärzte und MVZs (§ 95 Abs. 1 und § 311 Abs. 2 SGB V) sind im Rahmen der berufsrechtlichen Grenzen zur Teilnahme an diesem Vertrag durch Vertragsbeitritt im Sinne von § 3 Abs. 4 lit. b) („**Vertragsteilnahme**“) berechtigt, wenn sie die in den nachfolgenden lit. a) bis c) genannten Eigenschaften und die in § 3 genannten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**teilnahmeberechtigter Vertragsarzt**“):
 - a) Ärzte müssen
 - als ORTHOPÄDEN (Abrechnung über **Anlage 12**) Fachärzte für Orthopädie, Orthopädie und Unfallchirurgie und/oder Fachärzte für Chirurgie sein und weitere in Anlage 12 Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,
 - als RHEUMATOLOGEN (Abrechnung über **Anlage 12a**) Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Rheumatologie sein und weitere in Anlage 12a Abschnitt I genannte Voraussetzungen erfüllen,
 - als zugelassener Arzt oder als zugelassenes MVZ an der fachärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 2 SGB V teilnehmen,
 - b) 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 § 22 aus Sicherstellungsgründen abgewichen werden.

- c) Zulassung, Vertragsarztsitz und Hauptbetriebsstätte des Vertragsarztes/MVZ bzw. die für die persönliche Ermächtigung genutzten Räumlichkeiten liegen in Baden-Württemberg.
- d) Von FACHÄRZTEN wird gesprochen, wenn sowohl ORTHOPÄDEN als auch RHEUMATOLOGEN gemeint sind.

§ 3 Teilnahmevoraussetzungen und Vertragsteilnahme

- (1) Ein teilnahmeberechtigter Vertragsarzt im Sinne von § 2 Abs. 2 kann die Teilnahme durch Abgabe der Teilnahmeerklärung nach **Anlage 1** bzw. **Anlage 1a** (Modul Rheumatologie) schriftlich beantragen.
- (2) Managementgesellschaft ist der MEDIVERBUND. 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 orthopädisch/chirurgisch/internistisch-rheumatologisch 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-, Verwaltungs- 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) Befüllen eines/r elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch des Patienten, soweit die technischen Voraussetzungen vorliegen;
 - g) 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;
 - h) Erfüllung sämtlicher folgender Mindestanforderungen an den FACHARZT: Pro Kalenderjahr sind vom FACHARZT die Fortbildungen gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** nachzuweisen.

- i) Vorhalten einer apparativen Ausstattung und entsprechend qualifizierten Personals, soweit es gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** für die Erbringung der Leistungen nach diesem Vertrag entsprechend dem jeweils aktuellen Stand des medizinischen Wissens notwendig ist.
 - j) Teilnahme an folgenden Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2 bzw. Anlage 2a**
 - Sektorenübergreifende Qualitätssicherung gemäß § 137a SGB V (nach Implementierung)
 - Erfüllung der Anforderungen der „Qualitätsmanagements-Richtlinie vertragsärztliche Versorgung“ in ihrer jeweils aktuell gültigen Fassung
- (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. Erfüllt der teilnahmeberechtigte Vertragsarzt die Teilnahmevoraussetzungen nicht innerhalb der Frist nach Satz 1, ist die Abgabe eines neuen Vertragsangebotes durch diesen Arzt gemäß Absatz 1 erforderlich.
 - b) **Zulassung zum AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie.** Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach Abs. 3 vor, gegebenenfalls nach Nachbesserung im Sinne von lit. a), nimmt die Managementgesellschaft das Vertragsangebot des teilnahmeberechtigten Vertragsarztes zur Teilnahme am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie 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 AOK- und BKK-Versicherten

- (1) Versicherte der AOK Baden-Württemberg („**Versicherte**“), die in das AOK-Hausarztprogramm eingeschrieben sind, können sich in das AOK-Facharztprogramm einschreiben. Das AOK-Facharztprogramm besteht derzeit aus den Modulen Kardiologie, Gastroenterologie, PNP (Neurologie, Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie), Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie, Urologie und Diabetologie wird sukzessive ausgebaut. Mit der Einschreibung in das AOK-Facharztprogramm verpflichtet sich der Versicherte, in den Fachgebieten, für die Module des AOK-Facharztprogramms bestehen, nach freier Wahl ausschließlich solcher Fachärzte auszuwählen, die an diesem Facharztprogramm der AOK teilnehmen.

- (2) Für Versicherte der BKK ist die Teilnahme am Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ Voraussetzung für die Einschreibung in das Bosch BKK-Facharztprogramm. Mit der Einschreibung verpflichtet sich der Versicherte der BKK, nach freier Wahl nur solche FACHÄRZTE auszuwählen, die am Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmen.
- (3) Versicherte der AOK und der BKK können sich auf folgendem Wege durch Abgabe einer entsprechenden Teilnahmeerklärung („**Versicherten-Teilnahmeerklärung**“) in das AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm einschreiben:
 - a) Beim FACHARZT. Dieser ist ab dem Zeitpunkt seiner Vertragsteilnahme berechtigt und auf Wunsch des Versicherten verpflichtet, Versicherten-Teilnahmeerklärungen von diesen entgegenzunehmen. Der FACHARZT erfasst die Teilnahme in der Vertragssoftware und leitet die Daten unverzüglich an die Managementgesellschaft weiter. Der FACHARZT bewahrt einen Ausdruck der Teilnahmeerklärung entsprechend den gesetzlichen Fristen auf (zurzeit 10 Jahre). Der zweite Ausdruck wird dem Patienten ausgehändigt.
 - b) Bei Ärzten, die am jeweiligen HZV-Vertrag gemäß § 73b SGB V teilnehmen („**HAUSARZT**“).
 - c) Bei FACHÄRZTEN/PsYCHOTHERAPEUTEN aus anderen Modulen des AOK-Facharztprogramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms.
- (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 der AOK bzw. BKK eingegangen sind (01. Februar, 01. Mai, 01. August, 01. November). Für das weitere Verfahren der Einschreibung gelten die Vorgaben der in **Anlage 6** enthaltenen „**Prozessbeschreibung FACHARZT**“. AOK, BKK und MEDIVERBUND können einvernehmlich die genannten Fristen um bis zu einen Monat verlängern. Abweichend hiervon gelten die Regularien der Sofortabrechnung nach Einschreibung gemäß Ergänzungsvereinbarung vom 12.04.2012.
- (5) Die Managementgesellschaft stellt sicher, dass die FACHÄRZTE den Teilnahmestatus der Versicherten abrufen können. Ärztliche Leistungen von FACHÄRZTEN für am AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm teilnehmende Versicherte dürfen nach Maßgabe des **Abschnitt V** (Seite 20 ff.) dieses Vertrages abgerechnet werden.
- (6) AOK, BKK und MEDIVERBUND setzen gemeinsam die elektronische Einschreibung und elektronische Datenübermittlung mittels Vertragssoftware für die Teilnahme der Versicherten im Vertrag für alle FACHÄRZTE um. Näheres ergibt sich aus Anlage 6 zu diesem Vertrag. Der FACHARZT hat seinen gesetzlichen Pflichten zur Archivierung der Teilnahmeformulare nachzukommen.
- (7) Ein Anspruch von Versicherten zur Teilnahme ergibt sich allein aus der Satzung der AOK bzw. BKK in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen. Ansprüche von Versicherten werden unmittelbar durch diesen Vertrag nicht begründet.

§ 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 teilnehmenden Versicherten unter Beachtung der nach Maßgabe von **Abschnitt V** (Seite 20 ff.) erbring-

und abrechenbaren Leistungen sowie besonderer Qualitäts- und Qualifikationsanforderungen verpflichtet. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der 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, der Terminvergabe und der Praxisausstattung erfüllen:
- a) Zur Unterstützung des Grundsatzes „ambulant vor stationär“ gelten folgende Fristen:
 - Reguläre Sprechstundentermine oder Erstkontakte erfolgen in der Regel 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) Begrenzung der Wartezeit für eingeschriebene Versicherte bei vorab vereinbarten Terminen auf möglichst 30 Minuten (Not-/ Akutfälle sind bevorzugt zu behandeln).
 - c) Angebot einer werktäglichen Sprechstunde, d.h. ein Sprechstundenangebot an allen Werktagen (Montag bis Freitag).
 - d) Angebot einer Abendsprechstunde pro Woche bis mindestens 20:00 Uhr (Terminsprechstunde) für berufstätige eingeschriebene Versicherte.
 - e) Alle relevanten Befunde werden - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT vom ORTHOPÄDEN innerhalb von 3 Werktagen übermittelt (**Anhang 2 zur Anlage 17**). Bei Notfällen wird der Befund dem Patienten mitgegeben bzw. sofort übermittelt.
 - f) Alle relevanten Befunde werden vom RHEUMATOLOGEN - mit Einverständnis des Patienten - dem HAUSARZT und dem Überweiser möglichst innerhalb von 3 Werktagen, spätestens jedoch innerhalb von 14 Tagen, übermittelt (**Anhang 2 zur Anlage 17**). Bei Notfällen wird der Befund sofort dem HAUSARZT und dem Überweiser übermittelt.
 - g) Anfragen der AOK, der BKK und des Medizinischen Dienstes der Krankenversicherung (MDK) zu 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 und ggf. durch einen im Rahmen des Zulassungsrechts angestellten Arzt bzw. als MVZ durch einen Vertragsarzt/angestellten Arzt erfüllen:
- a) Aktive Unterstützung von hausärztlichen und fachärztlichen Qualitätszirkeln zu orthopädisch/chirurgischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2** bzw. aktive Unterstützung von hausärztlichen und fachärztlichen Qualitätszirkeln zu rheumatologischen Themen nach Maßgabe von **Anlage 2a**;
 - b) Teilnahme an strukturierten Qualitätszirkeln nach Maßgabe von **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**;

- c) Konsequente Berücksichtigung der für die Behandlung in der orthopädisch/chirurgischen und rheumatologischen Versorgung entwickelten, evidenzbasierten, praxiserprobten Leitlinien sowie der Qualitätssicherungsmaßnahmen (Anhang 1 zu Anlage 2 bzw. Anlage 2a) nach Maßgabe von **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**;
- d) Erfüllung der Fortbildungspflicht nach § 95d SGB V. Vertragsspezifische Fortbildungspflichten gemäß Anlage 2 bzw. Anlage 2a sind jährlich bei der Managementgesellschaft einzureichen.
- (4) Der FACHARZT erbringt im AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie folgende besondere Leistungen für eingeschriebene Versicherte:
- a) Bereitstellung von begleitenden Informationen über die Versorgung nach diesem Vertrag und über die Rechte und Pflichten der eingeschriebenen Versicherten bei einer Teilnahme an dem AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm auf deren Nachfrage, zusätzlich zu den Informationen der Krankenkassen gemäß § 73c SGB V a.F. bzw. § 140a SGB V.
- b) Überweisung durch den FACHARZT an weitere FACHÄRZTE oder andere Fachärzte im Rahmen der gestellten 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“ (§ 39 Abs. 1 SGB V).
- c) Überweisungen vom FACHARZT zu den Hochschulambulanzen nach § 117 SGB V sind weiterhin in begründeten Ausnahmefällen möglich.
- d) Sammlung, Dokumentation und sofortige Übermittlung aller für die Diagnostik und Therapie relevanten, vorliegenden Befunde einschließlich der korrekten und endstelligten ICD-10-Kodierungen – sofern gegeben auch unter Einhaltung der Vorgaben der jeweils aktuell geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich. Die Übermittlung erfolgt - mit Einverständnis des Patienten - nach Abschluss der Diagnostik in jedem Fall an den HAUSARZT innerhalb von 3 Werktagen, spätestens innerhalb von 14 Tagen und, wenn nötig, zusätzlich an
- den weiterbehandelnden FACHARZT
 - das Krankenhaus bei notwendiger stationärer Einweisung.
- Die Übermittlung erfolgt per **elektronischem Arztbrief** unter Nutzung der Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** soweit technisch möglich.
- e) Bekanntmachung und Information des Versicherten über einen am Vertrag teilnehmenden Vertretungsarzt in für die Versicherten zumutbarer Entfernung. Vertretungen müssen innerhalb des AOK-Facharztprogramms/Bosch BKK-Facharztprogramms organisiert werden. Die Managementgesellschaft veröffentlicht die Vertretungsärzte im Internet.
- f) Befüllen eines/r elektronischen Patientenpasses/Patientenakte auf Wunsch und bei Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten soweit die hierfür erforderlichen technischen Voraussetzungen vorliegen.

- g) Information der teilnehmenden Versicherten über spezifische Angebote der AOK bzw. BKK, z. B. Gesundheitsangebote, sozialer Dienst/Patientenbegleitung Präventionsangebote und spezielle Rehabilitationsangebote (siehe **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a**).
 - h) Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem Vertrag erbrachten Leistungen an die Managementgesellschaft (vgl. § 295a Abs. 1 SGB V).
 - i) Übergabe der Praxisdokumentation bei einem Arztwechsel des eingeschriebenen Versicherten innerhalb des AOK-Facharztprogramms bzw. Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie auf Wunsch und mit Einverständnis des eingeschriebenen Versicherten.
 - j) Die Leistungen gemäß § 5 Abs. 2.
 - k) Der FACHARZT erbringt alle gemäß **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a**, insbesondere **Anhang 1** (Gesamtziffernkranz), vertraglich definierten Leistungen innerhalb dieses Vertrags. Weder Leistungen dieses Vertrages noch Leistungen der Gesetzlichen Krankenversicherung dürfen von FACHÄRZTEN privat liquidiert werden.
 - l) Falls die AOK oder BKK für ihre Versicherten ein zusätzliches Diagnostik- und/oder Behandlungsangebot insbesondere bei schwerwiegenden orthopädischen/rheumatologischen Erkrankungen anbietet, unterstützt der FACHARZT dieses Angebot und leitet im Einzelfall Berichte datenschutzkonform und mit Einverständnis des Versicherten an die entsprechenden ärztlichen Leistungserbringer weiter.
- (5) Der FACHARZT ist im Rahmen seiner Therapiefreiheit und seiner ärztlichen Verantwortung zu einer wirtschaftlichen Verordnungsweise, im Bereich der Arznei-, Heil- und Hilfsmitteltherapie insbesondere verpflichtet,
- a) bevorzugt Arzneimittel gemäß den jeweils gültigen Verträgen der AOK bzw. BKK mit pharmazeutischen Unternehmen nach § 130a bzw. § 130c Abs. 8 SGB V zu verordnen;
 - b) unbeschadet der Regelungen in a) die in den Behandlungsleitlinien gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** 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.
 - d) Die wirtschaftliche Verordnung von Hilfsmitteln regeln **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a** und **Anlage 17**.
- (6) Der FACHARZT ist verpflichtet, bei Verordnungen, Überweisungen und bei der Abrechnung gegenüber der Managementgesellschaft nach Maßgabe des **V. Abschnitts** (Seite 20 ff.) eine Vertragssoftware gemäß **Anlage 3** zu nutzen, die ihn bei der Erfüllung seiner Verpflichtungen nach Abs. 5 lit. a) bis c) unterstützt. Er ist zur Beachtung und Nutzung der Informationen hinsichtlich der Leistungserbringung und -steuerung für Arzneimittelverordnungen verpflichtet, die über die Vertragssoftware bereitgestellt werden. Einzelheiten zu den mit der Vertragssoftware verbundenen technischen Voraussetzungen und Funktionen der Software ergeben sich aus **Anlage 3**.
- (7) Die Installation und Nutzung spezifischer Hardware in Form eines GEMATIK-fähigen Konnektors ist verpflichtend. Alternativ besteht die Möglichkeit, einen „HZV-Online-Key“ einzusetzen. Einzelheiten hierzu regelt die **Anlage 3**. Der 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 sowie der möglichen Nutzung von Mehrwertdiensten verfolgt. Einzelheiten regelt **Anlage 3**. Für die Anschaffung und den Betrieb eines Konnektors entstehen gesonderte Kosten für den FACHARZT.

§ 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 bzw. Anlage 1a** 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 Stammdaten des FACHARZTES (Stammdatenblatt).
 - e) Entfallen der Teilnahmeberechtigung nach § 2 Abs. 2 (z. B. Wechsel in ein Angestelltenverhältnis).
 - 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 bereits bestehende und zukünftig entstehende Integrierte Versorgungsformen nach §§ 140a ff. SGB V, die besondere ambulante ärztliche Versorgung nach § 73c SGB V a.F. und die HZV nach § 73b SGB V nutzen bzw. unterstützen, soweit diese Verträge an das AOK-FacharztProgramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie 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 eines 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, die so schwerwiegend ist, dass ohne schriftliche Abmahnung der sofortige Ausschluss erfolgt; oder
 - c) der FACHARZT wiederholt oder in nicht nur geringem Umfang Doppelabrechnungen im Sinne von § 19 Abs. 1 vorgenommen hat; oder
 - d) 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 AOK, BKK und MEDIVERBUND 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. AOK, BKK und MEDIVERBUND und den am Vertrag weiter teilnehmenden FACHÄRZTEN.

ABSCHNITT III: VERTRAGSTEILNAHME DURCH VERSICHERTE

§ 9 Vertragsteilnahme durch Versicherte

- (1) Versicherte, die in das AOK-HausarztProgramm eingeschrieben sind, können ihre Teilnahme durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung AOK-FacharztProgramm

erklären, 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 AOK ist zur Kündigung der Teilnahme von Versicherten am AOK-Facharztprogramm bei Vorliegen der Kündigungsvoraussetzungen gemäß den Teilnahmebedingungen (**Anlage 7**) berechtigt und verpflichtet.

- (2) In das Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ eingeschriebene Versicherte der BKK unterzeichnen die BKK Teilnahmeerklärung (**Anlage 7**). Die Teilnahmebedingungen ergeben sich aus der Satzung der BKK in ihrer jeweils geltenden Fassung.

ABSCHNITT IV: RECHTE UND PFLICHTEN VON AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh UNTEREINANDER

§ 10 Anwendungsbereich dieses Abschnitts

Dieser **Abschnitt IV** begründet ausschließlich Rechte und Pflichten zwischen AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh. Die Verpflichtung der AOK bzw. BKK zur Leistung der Vergütung für im Rahmen des AOK-Facharztprogramms/Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie/Rheumatologie erbrachte Leistungen des FACHARZTES und die Verpflichtung der Managementgesellschaft zur Abrechnung der Leistungen des FACHARZTES gegenüber der AOK bzw. BKK sind im folgenden **Abschnitt V** gesondert geregelt.

§ 11 Leistungen der Managementgesellschaft

- (1) Die Managementgesellschaft verpflichtet sich gegenüber der AOK und BKK zum Angebot einer fachärztlichen Versorgung gemäß § 73c SGB V a.F. sowie § 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 der AOK und BKK 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 und der **beigelegten Nachweise gemäß Teilnahmeerklärung Arzt (Anlage 1 bzw. Anlage 1a)**. Der Managementgesellschaft durch den FACHARZT mitgeteilte Änderungen der Daten gemäß § 6 leitet die Managementgesellschaft an die AOK und BKK 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);
 - h) Versand der Informationsunterlagen sowie des „Starterpakets FACHARZT“ an FACHÄRZTE;
 - i) Generierung, Pflege und Bereitstellung von Arztstammdaten; Aufnahme von Arztstammdaten in das Arztverzeichnis sowie tägliche elektronische Versendung an die AOK und BKK; 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 das AOK-Facharztprogramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm gemäß § 4 eingeschriebenen Versicherten (vgl. **Anlage 9**);
 - l) Entgegennahme von Kündigungen der Vertragsteilnahme durch FACHÄRZTE (§ 8);
 - m) Unterstützung bei Organisation und Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen (**Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**); Erfassung und Prüfung der Teilnahme an vertraglich gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** bestimmten Fortbildungsveranstaltungen als laufende Teilnahmevoraussetzung;
 - n) Weitere Einzelheiten zu den vorstehenden Pflichten der Managementgesellschaft gegenüber der AOK und BKK ergeben sich aus **Anlage 9**.
 - o) Durchführung der Abrechnung der Vergütung gemäß § 295a Abs. 1 SGB V.
- (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 AOK und BKK verpflichtet, dem jeweiligen FACHARZT die Teilnahme nach Maßgabe des § 8 Abs. 4 zu kündigen, wenn ein Kündigungsgrund gegeben ist und der Beirat (§ 22 Abs. 4 lit. c) die Kündigung beschlossen hat.
- (4) Die Managementgesellschaft ist zur Durchführung der in diesem Abschnitt geregelten Managementaufgaben mit schriftlicher Zustimmung der AOK und BKK 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 benennt der AOK und BKK in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen schriftlich jeweils einen direkten Ansprechpartner, der grundsätzlich aus dem Kreis der FACHÄRZTE stammen sollte.
- (6) Die Managementgesellschaft erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen.

§ 12 Pflichten der AOK und BKK

- (1) Die AOK benennt dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN in den Regionen der 14 AOK-Bezirksdirektionen direkte Ansprechpartner (**ArztPartnerService**). Die BKK benennt für ihre Schwerpunktregionen dem MEDIVERBUND und den FACHÄRZTEN direkte Ansprechpartner (Gebietsbevollmächtigte).
- (2) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft unverzüglich nach

Kenntniserlangung auf einen Vertragsverstoß eines FACHARZTES hinweisen.

- (3) Die AOK bzw. die BKK werden der Managementgesellschaft das für das folgende Abrechnungsquartal (§ 19 Abs. 3) geltende Verzeichnis der im AOK-HausarztProgramm bzw. im BKK-Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ und im AOK-FacharztProgramm bzw. Bosch BKK-Facharztprogramm 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 bekannt gegeben werden.
- (4) Im Falle der Beendigung einer Vertragsteilnahme eines eingeschriebenen Versicherten informiert die AOK bzw. BKK die Managementgesellschaft. Das Nähere regelt die **Anlage 6**.
- (5) Die AOK und die BKK werden 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 Änderungen der Stammdaten, die AOK bzw. BKK zur Kenntnis gelangen, sowie Inhalte, die in die Vertragssoftware aufgenommen werden sollen.
- (6) Die AOK und die BKK werden die Managementgesellschaft bei der Organisation und dem Angebot von vertraglich bestimmten Fortbildungsveranstaltungen unterstützen. Einzelheiten regelt die **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**.
- (7) Weitere Einzelheiten der Pflichten der AOK und der BKK gegenüber der Managementgesellschaft ergeben sich aus **Anlage 9**.
- (8) Die AOK und die BKK sind zur Bekanntgabe des Vertrags, zur Werbung für die Vertragsteilnahme in ihren satzungsgemäßen Veröffentlichungsorganen und in ihren Rundschreiben sowie durch weitere unterstützende Kommunikationsmaßnahmen gemäß § 15 verpflichtet.
- (9) Die AOK kann FACHÄRZTEN über den ArztPartnerService sowie durch weitere fachkompetente Mitarbeiter/innen spezifische Informationsleistungen zur Verfügung stellen. Die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 u. 6 bleiben hiervon unberührt. Diese Informationsleistungen erfolgen nach Maßgabe folgender Regelungen:
 - a) FACHÄRZTE erhalten allgemeine Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen, Inhalten, Zielen und Umsetzungsfragen dieses Vertrages sowie zu den vertraglichen Pflichten nach diesem Vertrag. Diese umfassen auch Informationen und allgemeine Handlungsempfehlungen zu vertraglich vereinbarten Versorgungs- und Wirtschaftlichkeitskriterien, sowie darauf ausgerichteten Maßnahmen nach Maßgabe dieses Vertrages.
 - b) Der FACHARZT erhält Hinweise und Informationen hinsichtlich der Einhaltung vereinbarter Wirtschaftlichkeitskriterien ausschließlich auf Anfrage. Die Hinweise können sich insbesondere auf die Verpflichtungen nach § 5 Abs. 5 und 6 beziehen.
 - c) Die AOK berichtet regelhaft im Beirat (§ 22) über den Inhalt der Informationen nach lit. a) und die Anzahl der erfolgten Kontaktaufnahmen.

d) Der FACHARZT erhält auf Wunsch auch Hinweise und Informationen zu Voraussetzungen und Inhalten geeigneter Verträge der besonderen Versorgung nach § 140a SGB V, insbesondere zu sektorenübergreifenden Versorgungsangeboten und Präventionsangeboten der AOK.

e) Der FACHARZT wird durch Hinweise und Informationen nach Maßgabe des § 73 Abs. 8 SGB V in der jeweils geltenden Fassung bei der Erfüllung seiner Pflichten nach § 5 Abs. 5 und 6 unterstützt, Dies umfasst insbesondere (auch vergleichende) Informationen in Bezug auf die Verordnung von Arznei-, Verband- und Heilmitteln, über preisgünstige verordnungsfähige Leistungen und Bezugsquellen sowie Hinweise nach dem allgemeinen Stand der medizinischen Erkenntnisse zu Indikation und therapeutischem Nutzen.

f) Gemäß § 305a Satz 1 SGB V unzulässig ist die Beratung der Fachärzte über Fragen der Wirtschaftlichkeit anhand praxisindividueller, auf Diagnosen beruhender Patientendaten. Ferner unzulässig in der Arztsprache ist die Thematisierung von auf die jeweilige Arztpraxis bezogenen Fragestellungen zur Vergabe und Dokumentation von Diagnosen. Insbesondere dürfen im Rahmen der Arztsprache keine Informationen zur Verfügung gestellt werden, die das Ordnungs- und Dokumentationsverhalten der Fachärztin oder des Facharztes anhand einer praxisindividuellen Analyse widerspiegeln.

§ 13 Rechte und Pflichten von MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh

- (1) MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh 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.
- (2) MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh sind verpflichtet, soweit bekannt und 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 AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e.V., BVOU, BNC und BDRh
 - 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) AOK, BKK und MEDIVERBUND vereinbaren, mindestens einmal jährlich oder auf Antrag eines dieser Vertragspartner eine Informationsrunde zwischen den ärztlichen Ansprechpartnern im Sinne von § 11 Abs. 5 und § 12 Abs. 1 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 AOK und BKK (Integrierte Versorgung, ärztliche Versorgung im Pflegeheim) vorausgesetzt. MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh verpflichten sich, diese Versorgungsangebote zu fördern.

§ 15 Öffentlichkeitsarbeit/Marketing

AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC, BDRh und Rheumaexperten BW eG stimmen Maßnahmen zu Öffentlichkeitsarbeit und Marketing untereinander ab.

§ 16 Vertragssoftware

- (1) Der MEDIVERBUND ist verpflichtet, im Benehmen mit der AOK und der BKK mindestens eine Vertragssoftware (§ 3 Abs. 3 lit. f) zur Ausstattung und Nutzung zu benennen (**Anlage 3**).
- (2) AOK, BKK und MEDIVERBUND einigen sich auf Vorgaben für 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 und eingehalten werden.

§ 17 Kündigung und Laufzeit

- (1) Der Vertrag beginnt gemäß § 24 Abs. 1 und 2 für AOK, BKK, MEDIVERBUND, MEDI e. V., BVOU, BNC und BDRh. Der landesweit einheitliche Start der Versicherteneinschreibung erfolgt, wenn eine Flächendeckung gemäß **Anlage 8** vorliegt.
- (2) Der Vertrag läuft auf unbestimmte Zeit. Er kann von AOK, BKK, MEDIVERBUND, BVOU, BNC und BDRh unbeschadet der Absätze 4 und 5 mit einer Frist von 6 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres gekündigt werden. Erstmals kann der Vertrag zum 31.12.2021 gekündigt werden.
- (3) Für die Laufzeit der Vergütungsregelung gilt § 19 Abs. 2.
- (4) Die AOK und/oder die BKK sind erstmals nach Ablauf des 31.12.2014 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 gemäß **Anlage 8** durchgängig unterschritten wurde. Unabhängig davon endet das AOK-Facharztprogramm Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie zeitgleich mit dem Wegfall des Vertrages zur Hausarztzentrierten Versorgung der AOK Baden-Württemberg (HZV). Entsprechendes gilt für die BKK beim Wegfall von deren Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“.
- (5) Das Recht von AOK, BKK und MEDIVERBUND zur Kündigung dieses Vertrages aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Zu einer fristlosen Kündigung berechtigen insbesondere die folgenden Kündigungsgründe:
 - a) Die AOK, die BKK oder der MEDIVERBUND 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. Als Verstoß gegen eine wesentliche Verpflichtung in diesem Sinne wird insbesondere der Verzug mit der Zahlung gemäß § 20 Abs. 1 angesehen.
 - b) Durch eine Änderung der rechtlichen Rahmenbedingungen (durch eine gesetzliche Änderung), aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen wird die Erfüllung des Vertrages für AOK, BKK, MEDIVERBUND oder den FACHARZT untersagt oder rechtlich oder tatsächlich

unmöglich.

- (6) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Bei einer Kündigung der AOK, der BKK und des MEDIVERBUNDES 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 AOK, BKK oder MEDIVERBUND erklärte Kündigung. Die vorstehenden Sätze finden bei einer – auch außerordentlich möglichen - Kündigung von BVOU, BNC, und BDRh und/oder MEDI e. V. entsprechende Anwendung.

§ 18 Schlichtungsverfahren

AOK, BKK und MEDIVERBUND 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; AOK, BKK und MEDIVERBUND 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** bzw. **Anlage 12 a** Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß im Rahmen des AOK-Facharztprogramms / Bosch BKK-Facharztprogramms Orthopädie/Rheumatologie erbrachten und nach Maßgabe von diesem § 19 und **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** abgerechneten Leistungen („**Vergütungsanspruch**“). Leistungen, die gemäß **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** 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 31.12.2016. Die Fristen bzgl. Modul Rheumatologie (RHEUMATOLOGEN) sind gesondert in **Anlage 12a**, Abschnitt V, Abrechnung, aufgenommen.
- a) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des ORTHOPÄDEN auswirken, können jederzeit durch Einigung von AOK, BKK und MEDIVERBUND mit Wirkung für den ORTHOPÄDEN ergänzt werden; die Managementgesellschaft wird dem ORTHOPÄDEN solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen der ORTHOPÄDEN und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.
- b) Einigen sich AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2016 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelung (**Anlage 12**), gilt die bisherige Vergütungsregelung zunächst bis zum 31.12.2018 fort.
- c) Einigen sich die AOK, BKK und MEDIVERBUND bis zum 30.06.2016 über eine Änderung der Vergütungsregelung (**Anlage 12**), die nicht lit. a) unterfällt, teilt die Managementgesellschaft diese dem ORTHOPÄDEN unverzüglich mit. Ist der ORTHOPÄDE 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 ORTHOPÄDE nicht innerhalb der Frist, gelten die Änderungen der Vergütungsregelung als genehmigt. Auf diese Folge wird die Managementgesellschaft den ORTHOPÄDEN bei Bekanntgabe der neuen Vergütungsregelung hinweisen.

- d) 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 AOK, BKK und MEDIVERBUND 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.
- e) Bei einer insoweit rechtzeitigen Einigung über Änderungen der Vergütungsregelung hat der ORTHOPÄDEN ein Sonderkündigungsrecht mit einer Kündigungsfrist von 3 Monaten zum Zeitpunkt des Auslaufens der bisherigen Vergütungsregelung; lit. c) 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 berücksichtigt im Abrechnungsquartal geleistete Abschlagszahlungen. Der Abrechnungsnachweis weist nur von der Managementgesellschaft und der AOK bzw. der BKK 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 berechtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen. Die sich aus dem berechtigten 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 AOK bzw. BKK in entsprechender Höhe gemäß § 20 Abs. 1 angewiesen ist, wird der Vergütungsanspruch gegenüber der Managementgesellschaft erst nach Eingang und in Höhe der Zahlung der AOK bzw. BKK 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 der AOK bzw. BKK 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 Fehlabbrechnungen, d. h. die Abrechnung nicht erbrachter Leistungen durch den FACHARZT („**Fehlabbrechnung**“). 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 (Sicherungseinbehalt). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehalts 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 regeln **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a**.
- (13) AOK, BKK und MEDIVERBUND werden nach Ablauf eines Jahres nach Vertragsbeginn gemäß § 25 Abs. 1 und 2 darüber verhandeln, ob die nach Maßgabe der §§ 19 und 20 und **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** vorausgesetzten Abrechnungsfristen gegenüber dem FACHARZT verkürzt werden können.

- (14) FACHÄRZTE dürfen Leistungen, die in einem anderen AOK-Facharztprogramm oder im AOK-Hausarztprogramm enthalten sind, für in das AOK-Facharztprogramm eingeschriebene Versicherte nicht über die KV abrechnen. Dasselbe gilt für Leistungen, die im Hausarztprogramm „BKK. Mein Hausarzt“ enthalten sind. Satz 1 und 2 gelten für den FACHARZT selbst und für Fachärzte/Psychotherapeuten/andere FACHÄRZTE/PSYCHOTHERAPEUTEN derselben BAG. Der Beirat kann zur Sicherstellung einer flächendeckenden Versorgung abweichende Regelungen treffen.

§ 20 Abrechnung der Vergütung gegenüber der AOK bzw. BKK

- (1) Die Managementgesellschaft hat gegen die AOK bzw. BKK 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 AOK oder BKK („**AOK-Abrechnung**“ oder „**BKK-Abrechnung**“) geltend.
- (2) Im Falle von Überzahlungen (§ 19 Abs. 9) wird ein Anspruch der AOK oder BKK auf Erstattung einer solchen Überzahlung gegen der 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 AOK bzw. BKK nachgewiesenen falschen Abrechnungsnachweisen des FACHARZTES beruhen. Anderenfalls ist die Managementgesellschaft berechtigt, ihre Rückzahlungsansprüche an Erfüllung statt gemäß § 364 BGB an die AOK bzw. BKK abzutreten. Wenn die Managementgesellschaft Kenntnis von Überzahlungen an einen FACHARZT erlangt hat, wird sie die AOK bzw. BKK unverzüglich schriftlich darüber informieren.
- (3) Die AOK bzw. BKK ist außer im Falle der in **Anlage 12** bzw. **Anlage 12 a** bestimmten turnusmäßigen Verrechnung von Abschlagszahlungen nicht zur Aufrechnung gegenüber Ansprüchen der Managementgesellschaft im Zusammenhang mit der AOK-Abrechnung bzw. BKK-Abrechnung berechtigt, sofern die Gegenansprüche nicht anerkannt oder rechtskräftig festgestellt sind.
- (4) Die AOK oder BKK kann gegenüber der Managementgesellschaft binnen 24 Monaten nach Erhalt der AOK-Abrechnung bzw. BKK-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 AOK oder BKK 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 am AOK-Facharztprogramm / Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie zu erheben. Die Höhe der Verwaltungskostengebühr ergibt sich aus der Teilnahmeerklärung gemäß **Anlage 1** bzw. **Anlage 1a**.
- (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** bzw. **Anlage 1a**.

ABSCHNITT VI: BEIRAT

§ 22 Beirat

- (1) Die Durchführung dieses Vertrages wird durch einen Beirat gesteuert, der aus 5 Vertretern der AOK, 1 Vertreter der BKK, 2 Vertretern des MEDI e.V./MEDIVERBUNDES, 2 Vertretern des BVOU, 1 Vertreter des BNC sowie 1 Vertreter des BDRh besteht. Die Vertreter können von den sie benennenden Vertragspartnern jederzeit abberufen und durch andere Personen ersetzt werden. Für **Anlage 12a** betreffende Beschlüsse haben BVOU und BNC kein Stimmrecht, für **Anlage 12** betreffende Beschlüsse entfällt entsprechend das Stimmrecht des BDRh. Zur Herstellung der Parität verteilen sich die Stimmen wie folgt für **Anlage 12**: AOK 4, BKK 1, MEDI/MEDIVERBUND 2, BVOU 2, BNC 1. Für **Anlage 12a**: AOK 2, BKK 1, MEDI/MEDIVERBUND 2, BDRh 1.
- (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 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. AOK und BKK sind 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 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. Die Sitzungen des Beirats finden in Stuttgart statt.

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., BVOU, BNC und BDRh 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 Voraussetzung zwingend notwendig:

Die Kassenärztliche Vereinigung Baden-Württemberg schließt mit der AOK und der BKK einen Vertrag gemäß § 73c Abs. 6 SGB V a.F. („Bereinigungsvertrag“). Der Bereinigungsvertrag regelt die organisatorischen und strukturellen Rahmenbedingungen für die Umsetzung der Versorgung im Fachgebiet Orthopädie mit dem Modul Rheumatologie nach § 73c SGB V a.F., insbesondere die Bereinigung der ärztlichen Gesamtvergütung. Die Managementgesellschaft informiert die FACHÄRZTE über den Wegfall des Vorbehaltes. Die AOK oder die BKK haftet 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 die AOK **oder** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für die kündigende Krankenkasse. Kündigen AOK **und** BKK den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit ihrer Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - b) Kündigt der MEDIVERBUND den Vertrag gemäß § 17, endet der Vertrag zum Zeitpunkt der Wirksamkeit der Kündigung mit Wirkung für sämtliche Vertragspartner.
 - c) Kündigt der FACHARZT den Vertrag oder wird ihm gekündigt (§ 8), wird der Vertrag zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.
 - d) Bei einer Kündigung von MEDI e.V., BVOU, BNC oder BDRh wird der Vertrag

zwischen den übrigen Vertragspartnern fortgeführt.

- e) Kündigungen von AOK, BKK, MEDI e. V., MEDIVERBUND, BVOU, BNC oder BDRh 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. AOK, BKK und MEDIVERBUND 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 nach 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 dem AOK-Facharztprogramm/Bosch BKK-Facharztprogramm Orthopädie/Rheumatologie.
- (4) Änderungen, die die Position des FACHARZTES in rechtlicher und wirtschaftlicher Hinsicht ausschließlich verbessern, können von AOK, BKK und MEDIVERBUND 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 und Freistellung

- (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) Der MEDIVERBUND haftet gegenüber der AOK und BKK nicht für den wirtschaftlichen Erfolg einer Vertragssoftware in Form von Einsparungen der AOK oder BKK als Folge der Verordnung von Arzneimitteln mithilfe von Vertragssoftware.
- (3) Die AOK und BKK haften für die fehlende Richtigkeit, Vollständigkeit 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 Vertragssoftware vereinbarten Funktionen Einfluss auf Vorschläge zur Arzneimittelverordnung durch die Vertragssoftware haben. Die AOK und die BKK werden den MEDIVERBUND 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 Vertragssoftware im Sinne von Satz 1 freistellen, sofern die AOK bzw. BKK 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.

- (4) Freistellung nach diesem § 26 bedeutet die Abwehr unberechtigter und die Erfüllung berechtigter Ansprüche.
- (5) Die AOK bzw. BKK als Freistellungsverpflichtete ist nicht berechtigt, gegenüber einem Freistellungsanspruch nach diesem § 26 Zurückbehaltungsrechte oder sonstige Gegenrechte aus diesem Vertrag geltend zu machen.

§ 27 Qualitätssicherung

Für die Qualitätssicherung der Leistungserbringung nach diesem Vertrag werden Qualitätssicherungsmaßnahmen festgelegt und durch eine Qualitätssicherungskommission, die von den Vertragspartnern eingerichtet wird, überprüft (vgl. **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a**). Die Teilnahme an den Qualitätssicherungsmaßnahmen gemäß **Anlage 2** bzw. **Anlage 2a** ist für den FACHARZT verpflichtend. Weiterhin gelten die Bestimmungen des § 137 SGB V.

§ 28 Datenschutz

- (1) Bei der Verarbeitung der personenbezogenen Daten (Patientendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO) zu beachten. Bei der Verarbeitung von Sozialdaten (Versichertendaten) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches X zu beachten.
- (2) Der Umfang der von der Managementgesellschaft zum Zwecke der Prüfung der AOK-Abrechnung oder BKK-Abrechnung gemäß § 20 des Vertrages i.V.m. **Anlage 12** bzw. **Anlage 12a** übermittelten Daten entspricht dem Umfang der gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelten Daten.
- (3) Der MEDIVERBUND als Managementgesellschaft führt mit Wirkung für die FACHÄRZTE gemäß § 295a Abs. 1 SGB V als Vertragspartner auf Leistungserbringenseite das im V. Abschnitt geregelte Abrechnungsmanagement durch. Voraussetzung dafür ist die Einwilligung der FACHÄRZTE sowie der Versicherten auf Grundlage ausführlicher Informationen über die Datenverarbeitung im Rahmen der Teilnahmeerklärung. Weitere Regelungen zum Datenschutz sind in Anlage 16 geregelt.

§ 29 Sonstiges

- (1) Sollte eine Bestimmung dieses Vertrags 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 Vertrags 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 1a:** Infopaket FACHARZT (Modul Rheumatologie)
- **Anlage 2:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen
- **Anlage 2a:** Qualifikations- und Qualitätsanforderungen (Modul Rheumatologie)
- **Anlage 3:** Vertragssoftware und Hardware
- **Anlage 4:** unbesetzt
- **Anlage 5:** Starterpaket FACHARZT
- **Anlage 6:** Prozessbeschreibung FACHARZT
- **Anlage 7:** Teilnahmebedingungen Versicherte
- **Anlage 8:** Definition Flächendeckung
- **Anlage 9:** Fachkonzept MEDIVERBUND, AOK und Bosch BKK
- **Anlage 10:** Datenübermittlung/Funktionalitäten der Vertragssoftware
- **Anlage 11:** Schlichtungsverfahren
- **Anlage 12:** Vergütung und Abrechnung
- **Anlage 12a:** Vergütung und Abrechnung (Modul Rheumatologie)
- **Anlage 13:** Abrechnungsprüfkriterien
- **Anlage 14:** unbesetzt
- **Anlage 15:** Prüfwesen
- **Anlage 16:** Datenschutz
- **Anlage 17:** Definition von Schnittstellen
- **Anlage 18:** Therapieempfehlungen der Arzneimittelkommission (AMK) der
Vertragspartner zur medikamentösen Behandlung
- **Anlage 18a:** Medikamentöse Therapie der rheumatoiden Arthritis

Stuttgart, den 22.07.2013

AOK Baden-Württemberg
Dr. Christopher Hermann

Bosch BKK
Bernhard Mohr

MEDIVERBUND AG
Frank Hofmann

BVOU	
Reinhard Deinfelder	Dr. Johannes Flechtenmacher
Landesvorsitzender Württemberg	Landesvorsitzender Baden

BNC
Dr. med. Dieter Haack

MEDI Baden-Württemberg e. V.
Dr. med. Werner Baumgärtner

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