

Vertrag zur Besonderen Versorgung Adipositas nach § 140a SGB V

zwischen der

Betriebskrankenkasse 
Deutsche Bank AG

Betriebskrankenkasse Deutsche Bank AG

Königsallee 60c, 40212 Düsseldorf

vertreten durch den Vorstand Frau Ute Manthey-Wasserfuhr

(„BKK Deutsche Bank“)

und der


best care solutions

bcs best care solutions GmbH

Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf,

vertreten durch die Geschäftsführer Nicole Richter und Bernd Altpeter

(„bcs“)

sowie der


DiaMed

DiaMed e.G.

c/o med info GmbH

Hainenbachstraße 25, 89522 Heidenheim an der Brenz

vertreten durch den Vorstand Dr. Gerd Klausmann

(„DiaMed“)

und der


DITG
Deutsches Institut für
Telemedizin und
Gesundheitsförderung

DITG - Deutsches Institut für Telemedizin und Gesundheitsförderung GmbH

Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf

vertreten durch den Geschäftsführer Bernd Altpeter

(„DITG“)

INHALTSVERZEICHNIS

Präambel	2
§ 1 Allgemeines	3
§ 2 Ziele	4
§ 3 Geltungsbereich.....	6
§ 4 Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und telemedizinischen Zentren	6
§ 5 Teilnahme und allgemeine Verpflichtungen der Ärzte und telemedizinischen Zentren	7
§ 6 Beendigung der Teilnahme der Ärzte und der telemedizinischen Zentren	8
§ 7 Leistungen des Arztes	9
§ 8 Leistungen der telemedizinischen Zentren.....	10
§ 9 Kooperation zwischen dem Arzt und dem telemedizinischen Zentrum.....	10
§ 10 Teilnahme der Versicherten an der BV und Einwilligung	11
§ 11 Organisation der Teilnahme der Ärzte und der telemedizinischen Zentren an dem BV- Vertrag.....	13
§ 12 Aufgaben der DITG im Rahmen des BV-Vertrages	14
§ 13 Anspruch der Ärzte und telemedizinischen Zentren auf die BV-Vergütung gegen die BKK Deutsche Bank.....	14
§ 14 Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages erbrachten Leistungen der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren	16
§ 15 Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte bzw. telemedizinischen Zentren	16
§ 16 Verwaltungskostenpauschale	18
§ 17 Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit.....	18
§ 18 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung	18
§ 19 Verfahren zur Vertragsänderung	19
§ 20 Haftung und Freistellung	19
§ 21 Datenschutz.....	20
§ 22 Öffentlichkeitsarbeit	20
§ 23 Schlussbestimmungen.....	21
§ 24 Anlagenverzeichnis.....	22

Präambel

Die BKK Deutsche Bank, die bcs, die DiaMed und die DITG („**BV-Partner**“) haben sich im Rahmen der Besonderen Versorgung nach § 140a SGB V („**BV**“) zum Ziel gesetzt, die Versorgung von Versicherten, die die in § 10 definierten Einschreibevoraussetzungen erfüllen, nachhaltig zu verbessern.

Viele Zivilisationskrankheiten hängen direkt mit Übergewicht (Adipositas) zusammen. Adipositas ist ein hoher Risikofaktor für die Entwicklung von Herz-Kreislauf-Erkrankungen. Kommen andere Erkrankungen, welche ebenfalls häufig aus der Adipositas resultieren, wie Diabetes mellitus Typ 2, Fettstoffwechselstörungen oder Bluthochdruck hinzu, wird die Gefahr einer Herz-Kreislauf-Erkrankung (Metabolisches Syndrom) nochmals deutlich erhöht.

Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 sind darüber hinaus auch ein Risikofaktor für eine Verminderung der kognitiven Leistungsfähigkeit und für Demenzerkrankungen, ebenso wie für psychische Erkrankungen.

Diese Krankheiten beeinträchtigen die Lebensqualität des Erkrankten und ziehen zahlreiche und sehr kostenintensive Begleit- und Folgeerkrankungen nach sich.

Allein die Schäden am Stütz- und Bewegungsapparat führen zu einer Vielzahl von Therapien bis hin zu operativen Eingriffen, die ihrerseits insbesondere bei ausgeprägter Adipositas in Kombination mit Diabetes Typ 2 zu Komplikationen wie Wundheilungsstörungen und verzögerter Wiederherstellung führen.

Bestehende strukturierte Behandlungsprogramme sichern den Betroffenen zur Betreuung der chronischen Erkrankung eine solide Basis, die jedoch einer weiteren Optimierung der Schnittstellen zwischen den Versorgungsbereichen und telemedizinischer Angebote bedarf.

Dies vorangestellt, vereinbaren die BV-Partner das Folgende:

§ 1

Allgemeines

- (1) Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in diesem BV-Vertrag die maskuline Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen. Soweit auf Paragraphen, Anlagen oder Anhänge Bezug genommen wird, handelt es sich um solche dieses BV-Vertrages bzw. um seine Anlagen und deren Anhänge, die ebenfalls Vertragsbestandteil sind.
- (2) **„BV“** im Sinne dieses BV-Vertrages ist das Angebot einer besonderen Versorgung Adipositas für Versicherte der BKK Deutsche Bank nach Maßgabe dieses BV-Vertrages.
- (3) **„Hausarzt“** im Sinne dieses BV-Vertrages ist ein zugelassener Hausarzt, der an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnimmt und seinen Beitritt zu diesem BV-Vertrag durch Abgabe einer Teilnahmeerklärung beantragt und eine Teilnahmebestätigung nach § 4 Abs. 2 dieses BV-Vertrages erhalten hat. Unter die Definition fallen ebenfalls zugelassene medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V (**„MVZ“**), die an der hausärztlichen Versorgung gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V teilnehmen.
- (4) **„Diabetologische Schwerpunktpraxis“** im Sinne dieses BV-Vertrages ist ein Arzt in einer Praxis mit der Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis im jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung.
- (5) **„Telemedizinisches Zentrum“** im Sinne dieses BV-Vertrages ist die DITG sowie eine nach **Anlage 2** dieses BV-Vertrages zertifizierte diabetologische Schwerpunktpraxis.

- (6) „**Ärzte**“ im Sinne dieses BV-Vertrages sind Hausärzte und diabetologische Schwerpunktpraxen.
- (7) „**BV-Partner**“ im Sinne dieses BV-Vertrages sind die BKK Deutsche Bank, die bcs, die DiaMed und die DITG.
- (8) „**BV-Versicherte**“ im Sinne dieses BV-Vertrages sind die Versicherten der BKK Deutsche Bank, die nach § 10 dieses BV-Vertrages eingeschrieben sind.
- (9) „**BV-Vergütung**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist die Vergütung der Hausärzte, der diabetologischen Schwerpunktpraxen und der telemedizinischen Zentren für die gemäß § 13 Abs. 1 dieses BV-Vertrages in Verbindung mit **Anlage 3** für die BV-Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen.
- (10) „**bcs**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist die Managementgesellschaft nach § 140a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen.
- (11) „**Rechenzentrum**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist die von der bcs nach § 295a SGB V zu Abrechnungszwecken beauftragte und in **Anlage 3** unter § 4 Abs. 2 benannte Stelle.
- (12) **DiaMed**“ im Sinne dieses BV-Vertrages unterstützt die Umsetzung des BV-Vertrages berufspolitisch insbesondere gegenüber ihren Mitgliedern und ist für die inhaltliche Ausgestaltung des in **Anlage 2** beschriebenen Zertifizierungsprozesses zuständig.
- (13) „**DITG**“ ist ein telemedizinisches Zentrum nach **Anlage 2**, übernimmt die Zertifizierung nach **Anlage 2** und stellt das Portal für die Durchführung der Telemedizin-Coachings – Telemedical Lifestyle Programm („**TeLiPro**“) zur Verfügung.

§ 2

Ziele

- (1) Ziel dieses BV-Vertrages ist es, durch eine optimal abgestimmte Behandlung und insbesondere durch die enge Zusammenarbeit zwischen dem Hausarzt, der diabetologischen Schwerpunktpraxis und dem telemedizinischen Zentrum eine qualitativ hochwertige Versorgung der Teilnehmer sicherzustellen. Daher sieht der BV-Vertrag eine hohe Transparenz sowie die Verbesserung der Kommunikations- und Informationswege zwischen den Beteiligten vor. Durch diese enge Kommunikation und Kenntnis der behandelnden Ärzte und des telemedizinischen Zentrums über den Versicherten und seine aktuelle Situation bezogen, so-

wohl auf den medizinischen Status, als auch auf sein Behandlungspotential, steigt die Qualität der Versorgung des Versicherten.

- (2) Daher verfolgen die BV-Partner mit diesem BV-Vertrag insbesondere:
- Stärkere Vernetzung von Hausärzten, diabetologischen Schwerpunktpraxen und telemedizinischen Zentren;
 - Umfassende spezialisierte Betreuung des Versicherten über die Sektorengrenzen hinweg;
 - Entlastung und Unterstützung von Hausärzten und diabetologischen Schwerpunktpraxen;
 - Verbesserung der Versorgung der Versicherten;
 - Verbesserung der Therapiemöglichkeiten für den Arzt;
 - Verbessertes medizinischer Outcome;
 - Vermeidung/ Reduzierung von Begleit- und Folgeerkrankungen;
 - Verbesserung des Managements von Komorbiditäten;
 - Erhöhte Compliance und Therapieadhärenz der Versicherten;
 - Verbessertes Medikamentenmanagement;
 - Reduzierung/ Absetzung von Medikamenten.
- (3) Der Arzt und das telemedizinische Zentrum erbringen die im BV-Vertrag und dessen Anlagen, insbesondere die in der **Anlage 3** dargestellten Leistungen und Abrechnungsregelungen. Ist dies nicht der Fall, dürfen die Leistungen nach diesem BV-Vertrag nicht zu Lasten der BKK Deutsche Bank erbracht und abgerechnet werden.
- (4) Die bcs organisiert die Teilnahme des jeweiligen Arztes und der telemedizinischen Zentren an der BV und nimmt für sie die Abrechnung der BV-Vergütung nach den §§ 13 bis 16 dieses BV-Vertrages sowie der **Anlage 3** gegenüber der BKK Deutsche Bank vor. Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der Leistungen ist die bcs gemäß § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X berechtigt, hierzu eine andere Stelle zu beauftragen. Die bcs bleibt für die Datenverarbeitung verantwortlich. Als andere Stelle i.S.v. § 295a Abs. 2 SGB V i.V.m. § 80 SGB X beauftragt die bcs das in **Anlage 3** benannte Rechenzentrum.
- (5) Näheres zur Ausgestaltung der tatsächlichen Abläufe bei der Durchführung dieses BV-Vertrages und der Abrechnung regeln die **Anlagen 3** und **4**. Die bcs ist zum Zwecke des Abschlusses und der Durchführung dieses BV-Vertrages von den Beschränkungen des § 181 BGB befreit.

§ 3

Geltungsbereich

Leistungen nach diesem BV-Vertrag können für teilnehmende Versicherte der BKK Deutsche Bank bundesweit erbracht werden, sofern sie die Voraussetzungen nach § 10 Abs. 1 des BV-Vertrages erfüllen.

§ 4

Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte und telemedizinischen Zentren

- (1) Zur Teilnahme an dem BV-Vertrag sind berechtigt:
 - a) Als Hausarzt: Hausärzte bzw. zugelassenen Vertragsärzte nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V bzw. zugelassene medizinische Versorgungszentren gemäß § 95 Abs. 1 SGB V, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind und die die in Abs. 3 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
 - b) Als diabetologische Schwerpunktpraxis: ein Arzt in einer Praxis mit der Zulassung als diabetologische Schwerpunktpraxis im jeweiligen Bezirk der Kassenärztlichen Vereinigung, die die in Abs. 3 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.
 - c) Als telemedizinisches Zentrum: eine diabetologische Schwerpunktpraxis, die nach **Anlage 2** dieses BV-Vertrages zertifiziert ist und die die in Abs. 4 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllt.
- (2) Ein Hausarzt kann nicht gleichzeitig als diabetologische Schwerpunktpraxis am BV-Vertrag teilnehmen. Sofern ein Arzt sowohl die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 Abs. 1 lit. a) als auch gemäß § 4 Abs. 1 lit. b) erfüllt, muss er sich entscheiden, ob er als Hausarzt oder diabetologische Schwerpunktpraxis am BV-Vertrag teilnehmen möchte und die Teilnahmeerklärung entsprechend ausfüllen.
- (3) Der Arzt verpflichtet sich bereits bei Abgabe der Teilnahmeerklärung und während seiner Teilnahme an dem BV-Vertrag folgende Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:
 - a) Vorhalten der Abrechnungssoftware und Registrierung auf dem Abrechnungsportal des in der **Anlage 3** benannten Rechenzentrums;
 - b) Teilnahme am DMP Diabetes mellitus Typ 2 spätestens ab dem 01.07.2018;
 - c) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis (DSL (empfohlen) oder ISDN);

- d) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät);
 - e) Zustimmung zur Veröffentlichung von Titel, Name, Vorname, Anschrift und Telefon-/ Faxnummer in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der bcs und der DiaMed.
- (4) Das telemedizinische Zentrum verpflichtet sich während seiner Teilnahme an dem BV-Vertrag folgende Teilnahmevoraussetzungen zu erfüllen:
- a) Teilnahme am BV-Vertrag als diabetologische Schwerpunktpraxis;
 - b) Vorhalten der in **Anlage 2** definierten Voraussetzungen/Anforderungen;
 - c) Vorhalten des Zertifikates als telemedizinisches Zentrum nach **Anlage 2**;
 - d) Registrierung auf dem TeLiPro-Portal;
 - e) Zustimmung zur Veröffentlichung von Titel, Name, Vorname, Anschrift und Telefon-/ Faxnummer in einem öffentlichen Verzeichnis nach **Anlage 8** auf der Homepage der bcs und der DiaMed.

Für die DITG gelten die Teilnahmevoraussetzungen der lit. a) und c) nicht.

§ 5

Teilnahme und allgemeine Verpflichtungen der Ärzte und telemedizinischen Zentren

- (1) Die Ärzte und die telemedizinischen Zentren können ihre Teilnahme an diesem BV-Vertrag durch Abgabe einer Teilnahmeerklärung („**Teilnahmeerklärung**“) gemäß **Anlage 5** nach Maßgabe der nachfolgenden Regelungen schriftlich beantragen; die Teilnahmeerklärung ist per Telefax an die in der Teilnahmeerklärung angegebene Faxnummer zu richten.
- (2) Liegen die Teilnahmevoraussetzungen nach § 4 vor, bestätigt die bcs dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum die Teilnahme an diesem BV-Vertrag durch Übersendung einer schriftlichen Bestätigung („**Teilnahmebestätigung**“). Eine Übersendung der Teilnahmebestätigung per Telefax bzw. per E-Mail genügt der Form. Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum ist mit Zugang der Teilnahmebestätigung Vertragsteilnehmer. Ab diesem Zeitpunkt ist der Arzt zur Entgegennahme der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherter berechtigt. Die näheren Einzelheiten regelt **Anlage 4** („**Prozessbeschreibung**“).
- (3) Die Ärzte bzw. die telemedizinischen Zentren sind nach Maßgabe der in der Teilnahmeerklärung niedergelegten Vorgaben durch die bcs zu verpflichten, Veränderungen, die für ihre

Teilnahme an diesem BV-Vertrag relevant sind, unverzüglich schriftlich gegenüber der bcs nach Maßgabe der **Anlage 4** anzuzeigen.

- (4) Zur Abwicklung des BV-Vertrages sind die Ärzte und telemedizinischen Zentren gegenüber der bcs und der BKK Deutsche Bank während ihrer Teilnahme an dem BV-Vertrag zu verpflichten:
- Die Übermittlung der nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben für die Abrechnung der nach diesem BV-Vertrag erbrachten Leistungen an das von der bcs beauftragte Rechenzentrum (vgl. § 295a Abs.1 SGB V) zu betreiben;
 - Die sorgfältige Leistungsdokumentation und Übermittlung der Diagnosen gemäß § 295 Abs. 1b i.V.m. Abs. 1 SGB V in Verbindung mit der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) und Anwendung der geltenden Kodierrichtlinien für den ambulanten Bereich; d. h. bei Verschlüsselung sind die Zusatzkennzeichen (G, Z, V, A) anzugeben. Sofern A, V oder Z nicht zutreffen, ist das Zusatzkennzeichen G anzugeben.
- (6) Die bcs, DITG und DiaMed sowie die teilnehmenden Ärzte verpflichten sich zur besonderen Rücksichtnahme auf das Versicherungsverhältnis zwischen den Versicherten und der BKK Deutsche Bank. Sollten im Hinblick auf die Teilnahme der Versicherten an diesem BV-Vertrag Streitige Auseinandersetzungen zwischen den oben genannten Stellen und Versicherten auftreten, soll die BKK Deutsche Bank unverzüglich informiert werden. Es sind alle Handlungen zu unterlassen, die das Vertrauensverhältnis zwischen den Versicherten und der BKK Deutsche Bank beeinträchtigen könnten.

§ 6

Beendigung der Teilnahme der Ärzte und der telemedizinischen Zentren

- (1) Die Ärzte bzw. die telemedizinischen Zentren können ihre Teilnahme an diesem BV-Vertrag mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der bcs kündigen. Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Die Übermittlung der Kündigungserklärung kann auch per Telefax erfolgen.
- (2) Die Teilnahme an diesem BV-Vertrag endet, ohne dass es einer schriftlichen Kündigung der Teilnahme seitens der bcs bedarf, wenn
- a) die vertragsärztliche Zulassung des Arztes ruht bzw. endet;

- b) dieser BV-Vertrag gemäß § 18 endet.
- (3) Die bcs ist berechtigt und gegenüber der BKK Deutsche Bank verpflichtet, diesen BV-Vertrag gegenüber dem jeweiligen Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung zu kündigen. Als wichtiger Grund gelten insbesondere die in den nachfolgenden lit. a) bis c) geregelten Fälle:
- a) der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum erfüllt die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 nicht, nicht mehr oder nicht vollständig;
 - b) der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum nimmt fehlerhafte Abrechnungen vor, es sei denn, es handelt sich um ein entschuldbares Versehen in einem Einzelfall;
 - c) der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum verstößt gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht.

Der Kündigung hat eine schriftliche Abmahnung des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums durch die bcs voranzugehen, mit der der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum zur Beseitigung des Verstoßes innerhalb von 4 Wochen ab Zugang der Abmahnung aufgefordert wird. Auf seinen Wunsch kann der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum innerhalb dieser Frist schriftlich oder mündlich gegenüber den BV-Partnern Stellung zu der Abmahnung nehmen.

§ 7

Leistungen des Arztes

Der Arzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:

- a) Selektion der Versicherten durch Prüfung der Einschreibekriterien und Einschreibung des Versicherten bei Erfüllung der Teilnahmevoraussetzungen des § 10 Abs. 1;
- b) Medizinische Betreuung der Versicherten ergänzend zum Telemedizin-Coaching;
- c) Prüfung und ggfs. Motivation zur DMP Einschreibung;
- d) Abstimmung mit dem telemedizinischen Zentrum;
- e) Überwachung der Arzneimitteltherapie;
- f) Konsiliarische Erörterung zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung („**Konsil**“) insbesondere bei Umstellung einer Medikation im engen zeitlichen Zusammenhang nach einer Einstellung durch die diabetologische Schwerpunktpraxis;

- g) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach **Anlage 1** („**qualifizierter Arztbrief**“) an den Versicherten im Falle der Überweisung;
- h) Ausdruck und Aushändigung des aktuellen Medikationsplans an den Versicherten;
- i) Ausdruck und Aushändigung aktueller Laborbefunde mit folgenden Parametern an den Versicherten: Datum der Untersuchung, HbA1c, Blutzucker nüchtern, Gesamt-Cholesterin, HDL-Cholesterin, LDL-Cholesterin, Triglyceride, Kreatinin oder GFR.

§ 8

Leistungen der telemedizinischen Zentren

Das telemedizinische Zentrum verpflichtet sich während seiner Teilnahme zur Erbringung folgender Leistungen:

- a) Registrierung auf dem TeLiPro-Portal;
- b) Durchführung des Telemedizin-Coachings zur Lifestyle-Änderung des Versicherten im Rahmen des Lebensstilinterventionsprogramms;
- c) Information des behandelnden Arztes bei signifikanten Veränderungen des Versicherten und/oder bei fehlender Adhärenz des Versicherten.

§ 9

Kooperation zwischen dem Arzt und dem telemedizinischen Zentrum

- (1) Der Hausarzt übernimmt die Koordination und Behandlung des Versicherten.
- (2) Bei folgenden Komplikationen soll eine Überweisung vom Hausarzt in eine diabetologische Schwerpunktpraxis erfolgen:
 - a) Bei Auftreten mikrovaskulärer Komplikationen (Nephropathie, Retinopathie) oder Neuropathie peripher und/oder autonom;
 - b) Bei allen diabetischen Fuß-Läsionen ab Wagner 1/Armstrong A oder bei erhöhtem Risiko (Wagner 0/ Armstrong D). Der Hausarzt kann von der Überweisung nur absehen, wenn er selbst eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms anerkannte Qualifikation nachweist.

- (3) Des Weiteren muss eine Überweisung vom Hausarzt in eine diabetologische Schwerpunktpraxis, erfolgen:
- a) Bei Fuß-Läsionen Wagner-Stadium 2-3 und/oder Armstrong-Klassen C oder D vorrangig in eine für die Behandlung des diabetischen Fußsyndroms qualifizierte Einrichtung;
 - b) Zur Verordnung von diabetesadaptierten Schuhversorgungen. In Ausnahmefällen kann dies bei nachgewiesenen besonderen Kenntnissen ebenfalls nach Schuhverordnungsbogen durch den Hausarzt erfolgen;
 - c) Vor und zur Einleitung einer Insulinpumpentherapie während der laufenden Pumpentherapie – also vor Pumpentherapie zur Indikationsstellung, zur Einleitung der Pumpentherapie und während der gesamten Laufzeit der Pumpentherapie;
 - d) Bei geplanter oder bestehender Schwangerschaft; der Hausarzt hat eine Abstimmung zwischen dem Gynäkologen und der diabetologische Schwerpunktpraxis herbeizuführen;
 - e) Bei schweren Hypoglykämien, die Fremdhilfe erforderlich gemacht haben.
- (4) Die diabetologische Schwerpunktpraxis hat den Versicherten grundsätzlich innerhalb von sechs Monaten zurück an den Hausarzt zu überweisen. Sie übergibt dem Versicherten den qualifizierten Arztbrief nach **Anlage 1**.

§ 10

Teilnahme der Versicherten an der BV und Einwilligung

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der BKK Deutsche Bank die folgende Einschreibevoraussetzungen erfüllen:
- a) Gesicherte Diagnose Diabetes mellitus Typ 2 gemäß E11. und
 - b) Gesicherte Diagnose Adipositas mit BMI > 30 gemäß E66.90 - E66.92 und
 - c) Einnahme von oder Indikation für mindestens 2 verschiedene orale Antidiabetika und/oder Insulin und
 - d) Teilnahme am oder Erfüllen der Teilnahmevoraussetzung des DMP Diabetes mellitus Typ 2 und
 - e) Keine akute schwerwiegende anderweitige Erkrankung.
- (2) Durch die Abgabe seiner Teilnahme- und Einwilligungserklärung nimmt der Versicherte mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung für das laufende Abrechnungsquartal an dem BV-Vertrag teil, wenn er die Teilnahmevoraussetzungen erfüllt. Für

das weitere Verfahren der Einschreibung bzw. der Nichterfüllung der Teilnahmevoraussetzungen („**Stornierung**“) gelten die Vorgaben der **Anlage 4**. Die Teilnahme des Versicherten dauert zunächst ein Jahr. Bei Erreichen eines der im **Anhang 2** der **Anlage 3** definierten Therapieziele verlängert sich die Teilnahme um ein weiteres Jahr.

- (3) Die Teilnahme der Versicherten erfolgt freiwillig durch eine Teilnahmeerklärung sowie eine Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß **Anlage 6** („**Teilnahme- und Einwilligungserklärung**“) in ihrer gültigen Fassung. Vor Erklärung der Teilnahme wird der Versicherte durch den Arzt in Textform umfassend über sein Widerrufsrecht gemäß § 140a SGB V und gemäß § 295a SGB V über die vorgesehene Datenübermittlung gemäß **Anlage 6** informiert. Mit der Erklärung der Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.
- (4) Der Arzt nimmt die datenschutzrechtliche Einwilligung mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung von Versicherten der BKK Deutsche Bank für die BKK Deutsche Bank entgegen. Näheres regelt die **Anlage 4**. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung mit der datenschutzrechtlichen Einwilligung wird von dem Arzt nach Maßgabe der **Anlage 4** unverzüglich, spätestens nach 10 Kalendertagen nach Unterschrift des Versicherten weitergeleitet. Eine Kopie der Teilnahme- und Einwilligungserklärung händigt der Arzt dem Versicherten aus. Bei einer späteren Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Arzt wird eine Auszahlung von Honoraren für den Versicherten solange zurückgestellt, bis diese vorliegt.
- (5) Die Teilnahme der Versicherten endet
 - mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligung in die Teilnahme bzw. der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke;
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der BKK Deutsche Bank bzw. dem Ruhen des Leistungsanspruchs;
 - mit dem Ende der Behandlung nach diesem BV-Vertrag oder fehlender Mitwirkung des Versicherten;
 - mit dem Ende dieses BV-Vertrages;
 - mit dem Ende des Quartals, in dem die Kündigungserklärung des Versicherten erfolgt;
 - mit dem Ende des Quartals, in dem das letzte Telemedizin-Coaching-Gespräch nach **Anlage 3** durchgeführt wird.

§ 11

Organisation der Teilnahme der Ärzte und der telemedizinischen Zentren an dem BV-Vertrag

- (1) Die bcs organisiert die Teilnahme der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren an dem BV-Vertrag nach Maßgabe dieses BV-Vertrages und erfüllt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber der BKK Deutsche Bank und dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum. Weitere Einzelheiten regelt **Anlage 4**:
- a) Bekanntgabe des BV-Vertrages und Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme an dem BV-Vertrag einschließlich des Versandes der Informationsunterlagen gemäß **Anlage 4**;
 - b) Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren;
 - c) Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen und -berechtigungen anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung sowie stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren;
 - d) Entgegennahme von Kündigungen der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren zur Beendigung ihrer Teilnahme am BV-Vertrag und Information der BKK Deutsche Bank über die Beendigung;
 - e) Entgegennahme sonstiger Erklärungen und Anfragen von Ärzten und telemedizinischen Zentren;
 - f) Durchführung der Abrechnung und ggf. Verrechnung der BV-Vergütung gemäß § 295a SGB V nach Maßgabe der §§ 13 bis 15 dieses BV-Vertrages sowie seiner **Anlage 3**.
- (2) Die bcs erbringt selbst keine ärztlichen Leistungen. Die medizinische Verantwortung für die Behandlung der Versicherten verbleibt bei den behandelnden Ärzten. Diese erbringen ihre ärztlichen Leistungen gegenüber den Versicherten selbst und in eigener Verantwortung im Einklang mit der ärztlichen Berufsordnung, nach Maßgabe des Behandlungsvertrages und ihrer ärztlichen Sorgfaltspflicht.

§ 12

Aufgaben der DITG im Rahmen des BV-Vertrages

Die DITG übernimmt im Rahmen dieses BV-Vertrages neben den Aufgaben des telemedizinischen Zentrums insbesondere folgende Aufgaben:

- (1) Abstimmung mit der DiaMed über die inhaltliche Ausgestaltung der Zertifizierung nach **Anlage 2**;
- (2) Zertifizierung der diabetologischen Schwerpunktpraxen nach **Anlage 2**;
- (3) Vorhalten der telemedizinischen Infrastruktur inkl. des TeLiPro- Portals;
- (4) Vorhalten, Konfiguration und Versand der telemedizinischen Ausstattung des Versicherten („**Tele-Starterkit**“) nach **Anlage 3**.

§ 13

Anspruch der Ärzte und telemedizinischen Zentren auf die BV-Vergütung gegen die BKK Deutsche Bank

- (1) Der Arzt und das telemedizinische Zentrum hat gegen die BKK Deutsche Bank einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe des § 13 sowie der **Anlage 3** vertragsgemäß für den Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen („**BV-Vergütung**“). Die BV-Vergütung ist innerhalb der in **Anlage 3** geregelten Zahlungsfrist fällig.
- (2) Die BKK Deutsche Bank zahlt die BV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die bcs. In Höhe der jeweiligen Zahlung tritt Erfüllung gegenüber dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach Absatz 5 i.V.m. **Anlage 3**.
- (3) Die bcs ist berechtigt und verpflichtet, die BV-Vergütung von der BKK Deutsche Bank entgegen zu nehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten. Die bcs ist verpflichtet, die von der BKK Deutsche Bank erhaltene Zahlung an den Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum zum Zwecke der Abrechnung der BV-Vergütung nach diesem § 13 gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten.
- (4) Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum hat der BKK Deutsche Bank Überzahlungen nach Maßgabe der **Anlage 3** zu erstatten. Eine Überzahlung ist jede Auszahlung der BKK

Deutsche Bank, die z.B. wegen fehlerhafter Abrechnung den Anspruch des jeweiligen Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums auf BV-Vergütung übersteigt („**Überzahlung**“).

- (5) Die BKK Deutsche Bank ist gegenüber dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum berechtigt, den Betrag der Überzahlung nach Abs. 4 mit dem BV-Vergütungsanspruch, in den auf die Zahlungsaufforderung folgenden Abrechnungszeiträumen zu verrechnen. Die BKK Deutsche Bank hat die Aufrechnungserklärung gegenüber der bcs mit Wirkung für den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum abzugeben und gemäß der **Anlage 3** zu erläutern.
- (6) Die BKK Deutsche Bank kann durch Erklärung gegenüber der bcs binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnung der BV-Vergütung sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.
- (7) Leistungen dieses BV-Vertrages sind ab dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung zur Abrechnung im Sinne der **Anlage 3** berechtigt und dürfen danach abgerechnet werden.
- (8) Mit der Teilnahmeerklärung hat der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum anzuerkennen, dass sein Anspruch gemäß diesem § 13 nach Ablauf von 12 Monaten verjährt. Diese Frist beginnt grundsätzlich mit dem Schluss des auf das Quartal folgenden Quartals, in dem der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat. Kommt die BKK Deutsche Bank mit der Auszahlung der BV-Vergütung nach Maßgabe der **Anlage 3** in Verzug, ist der Betrag der dem jeweiligen Arzt bzw. telemedizinischen Zentrum geschuldeten BV-Vergütung mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.
- (9) Die Vergütungsregelungen gemäß der **Anlage 3** gelten zunächst bis zum 31.12.2020. Sie werden, wie folgt, geändert:
 - a) Einigen sich die BKK Deutsche Bank, die DiaMed und die DITG bis zum 31.12.2020 nicht über eine Änderung der Vergütungsregelungen gemäß § 1 der **Anlage 3**, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen zunächst bis zum 31.12.2022 fort. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weiteren Zwei-Jahres-Zeiträume, für die die Vergütungsregelungen gemäß § 1 der **Anlage 3** oder geänderte Vergütungsregelungen über den 31.12.2022 hinaus fortbestehen.
 - b) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums auswirken, können jederzeit durch Einigung der BKK Deutsche Bank, der DiaMed und der DITG mit Wirkung für den Arzt bzw. das telemedi-

zinische Zentrum geregelt werden. Die bcs wird dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen des Arztes bzw. des telemedizinischen Zentrums und einer angemessenen Vorlaufzeit vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.

- c) Einigen sich die BKK Deutsche Bank, die DiaMed und die DITG über eine Änderung der Vergütungsregelungen gemäß § 1 der **Anlage 3**, die nicht unter lit. b) fällt, teilt die bcs dies dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum unverzüglich in Textform mit. Ist der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum mit der Änderung nicht einverstanden, hat er bzw. es das Recht, seine Teilnahme an dem BV-Vertrag mit Wirkung auf den Zeitpunkt, in dem die Änderung der Vergütungsregel in Kraft tritt, zu kündigen. Die bcs wird den Ärzten bzw. den telemedizinischen Zentren solche neuen Vergütungstatbestände spätestens vier Wochen vor ihrem Inkrafttreten mitteilen.

§ 14

Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages erbrachten Leistungen der Ärzte bzw. der telemedizinischen Zentren

- (1) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der bcs beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295a Abs. 1 und 2 SGB V zu übermitteln, soweit eine entsprechende Einwilligung der Versicherten vorliegt.
- (2) Weitere Einzelheiten des Abrechnungsverfahrens regelt **Anlage 3**.
- (3) Die §§ 13 bis 15 dieses BV-Vertrages in Verbindung mit der **Anlage 3** gelten auch nach Beendigung dieses BV-Vertrages bis zum vollständigen Ausgleich aller gegenseitigen Forderungen aus diesem BV-Vertrag fort.

§ 15

Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte bzw. telemedizinischen Zentren

- (1) Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum rechnet den BV-Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal („**Abrechnungsquartal**“), gegenüber der bcs ab („**BV-Abrechnung**“). Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum hat die BV-Abrechnung an die bcs spätestens bis zum 20. Tag des auf ein Abrechnungsquartal

folgenden Monats zu übermitteln (20. Januar, 20. April, 20. Juli und 20. Oktober). Maßgeblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der BV-Abrechnung bei der bcs. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Arzt bzw. das Zentrum behält sich die bcs vor, die verspätet eingegangenen Abrechnungsdaten erst zu dem auf die Übermittlung folgenden Abrechnungsquartal zu berücksichtigen.

- (2) Die bcs prüft die BV-Abrechnung und übersendet dem Arzt bzw. dem telemedizinischen Zentrum auf Grundlage der BV-Abrechnung eine Übersicht der geprüften, gerügten und/oder abgerechneten Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“).
- (3) Der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum ist verpflichtet, seinen bzw. ihren Abrechnungsnachweis unverzüglich, spätestens jedoch 4 Wochen nach Zugang, zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der bcs unverzüglich schriftlich gemeldet werden.
- (4) Unbeschadet der Verpflichtung, Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis unverzüglich zu erheben, gilt der Abrechnungsnachweis als akzeptiert, wenn ihm nicht vor Ablauf von 4 Wochen nach Zugang des Abrechnungsnachweises schriftlich widersprochen wird („**Schuldumschaffung**“). Zur Wahrung der Frist genügt die rechtzeitige Absendung des Widerspruchs. Die bcs wird den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen.
- (5) Die bcs ist für die BKK Deutsche Bank berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines Arztes bzw. eines telemedizinischen Zentrums ergebenden BV-Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen der BKK Deutsche Bank wegen Überzahlung einzubehalten („**Sicherungseinbehalt**“). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises durch die bcs wird der Sicherheitseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherheitseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der BKK Deutsche Bank bereits erloschen ist, an den Arzt bzw. das telemedizinische Zentrum ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die BKK Deutsche Bank erst nach Ablauf der 12 Monate Kenntnis erlangt, bleiben unberührt.
- (6) Weitere Einzelheiten der Abrechnung des BV-Vergütungsanspruches regelt **Anlage 3**.

§ 16

Verwaltungskostenpauschale

Der Arzt und das telemedizinische Zentrum sind verpflichtet, für die Organisation und Durchführung des BV-Vertrages eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung ersichtlichen Prozentsatzes seiner BV-Vergütung („Verwaltungskostenpauschale“) an die bcs zu zahlen. Die bcs ist berechtigt, die Verwaltungskostenpauschale mit dem Anspruch auf Auszahlung der BV-Vergütung nach § 13 zu verrechnen.

§ 17

Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit

Die BV-Partner legen die in **Anlage 7** („Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit“) aufgeführten Maßnahmen zur Prüfung der Qualitätssicherung und der Wirtschaftlichkeit in diesem BV-Vertrag fest.

§ 18

Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung

- (1) Der BV-Vertrag tritt am 01.05.2018 in Kraft. Mit Inkrafttreten des BV-Vertrages sind die Teilnahme der Ärzte bzw. telemedizinischen Zentren sowie die Einschreibung von Versicherten durch die Ärzte nach § 10 zulässig.
- (2) Die **Anlage 3** tritt am 01.07.2018 in Kraft. Die Pflichten gemäß der §§ 13 bis 15 sowie gemäß §§ 7 bis 9 gelten ebenfalls erst mit Inkrafttreten der **Anlage 3** nach Satz 1.
- (3) Die Laufzeit dieses BV-Vertrages ist unbefristet.
- (4) Der BV-Vertrag kann von der BKK Deutsche Bank, der bcs, der DiaMed und der DITG ordentlich mit einer Frist von 6 Monaten gekündigt werden, erstmals jedoch zum 30.06.2020 mit Wirkung zum 31.12.2020.
- (5) Die Kündigung der BKK Deutsche Bank, der bcs, der DiaMed und der DITG hat folgende Wirkungen:
 - a) Kündigt die DiaMed diesen BV-Vertrag, wird dieser BV-Vertrag zwischen den übrigen BV-Partnern fortgesetzt.
 - b) Kündigt die BKK Deutsche Bank, die bcs oder die DITG diesen BV-Vertrag, endet er.

- (6) Im Fall der Fusion der BKK Deutsche Bank mit einer Krankenkasse, die nicht an diesem BV-Vertrag teilnimmt, kann die BKK Deutsche Bank innerhalb einer Frist von 6 Monaten, beginnend mit Eingang der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsbescheide der Fusion, die Kündigung dieses BV-Vertrages zum Ende des folgenden Quartals erklären (Sonderkündigungsrecht). Der vorstehende Abs. 5 bleibt unberührt.
- (7) Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Als wichtiger Grund gilt insbesondere
 - a) der Verstoß eines BV-Partners gegen eine ihm nach diesem BV-Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung, der nicht innerhalb von einem Monat nach Zugang einer schriftlichen Aufforderung beseitigt wird;
 - b) wenn über das Vermögen der BKK Deutsche Bank, der bcs, der DITG oder der DiaMed ein Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die bcs, die DITG bzw. die DiaMed einen Insolvenzantrag gestellt hat oder die BKK Deutsche Bank dies gemäß § 171b SGB V bei der Aufsichtsbehörde angezeigt hat.
- (8) Die Kündigung muss jeweils schriftlich erfolgen. Die bcs informiert die Ärzte bzw. die telemedizinischen Zentren über eine nach diesem § 18 erklärte Kündigung.

§ 19

Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Die BV-Partner sind gemeinsam berechtigt, diesen BV-Vertrag mit Wirkung für alle BV-Teilnehmer mit angemessener Vorlauffrist nach Maßgabe des folgenden Abs. 2 zu ändern.
- (2) Die bcs wird solche Änderungen den Ärzten bzw. den telemedizinischen Zentren schriftlich bekannt geben. Ist der Arzt bzw. das Zentrum mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er bzw. es das Recht die Teilnahme an dem BV-Vertrag nach § 6 Abs. 1 des BV-Vertrages zu kündigen.

§ 20

Haftung und Freistellung

- (1) Die Haftung der BV-Partner für die Erfüllung der in diesem BV-Vertrag geregelten Pflichten bei einfacher Fahrlässigkeit ist ausgeschlossen, soweit nicht gegen wesentliche Vertragspflichten verstoßen wird oder eine Verletzung von Leben, Körper oder Gesundheit vorliegt.

Die Haftung bei Verstoß gegen wesentliche Vertragspflichten ist bei einfacher Fahrlässigkeit auf den vorhersehbaren Schaden begrenzt.

- (2) Eine Haftung gegenüber nicht an diesem BV-Vertrag beteiligten Dritten wird durch diesen BV-Vertrag nicht begründet.

§ 21

Datenschutz

- (1) Die BV-Partner verpflichten sich, bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der personenbezogenen Daten („**Sozialdaten**“) insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen Bestimmungen, sowie die Vorschriften des Bundesdatenschutzgesetzes und des § 295a SGB V zu beachten. Bei der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung von Sozialdaten („**Versichertendaten**“) sowie im Hinblick auf die Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse im Sinne von § 67 Abs. 1 Satz 2 SGB X sind insbesondere die Regelungen des Sozialgesetzbuches, insbesondere die §§ 67b Abs. 2, 78a SGB X zu beachten.
- (2) Die bcs verpflichtet sich im Rahmen der in diesem BV-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 Abs. 1 schließt die bcs mit dem von ihr gemäß § 295a Abs. 2 SGB V beauftragten Rechenzentrum als anderer Stelle einen gesonderten Vertrag über die Datenverarbeitung und -nutzung zum Zweck der Abrechnung, in dem die Anforderungen an Datenschutz und Datensicherheit, insbesondere die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen geregelt werden.
- (3) Die zwischen der BKK Deutsche Bank und der DITG gilt die aktuelle Datenschutzvereinbarung.

§ 22

Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Die BV-Partner stimmen sich vor Medienveröffentlichungen mit Vertragsbezug gegenseitig ab.

- (2) Soweit die BV-Partner im Rahmen dieses BV-Vertrages durch gewerbliche Schutzrechte, insbesondere durch Urheberrechte, Markenrechte, geschützte Materialien und Inhalte zur Verfügung stellt, dürfen diese nur im Rahmen der erteilten Zustimmung und allein zur Erfüllung des Vertragszwecks verwendet werden. Eine sonstige Nutzung oder Weitergabe an Dritte ist nur mit vorheriger schriftlicher Zustimmung zulässig.

§ 23

Schlussbestimmungen

- (1) Die BV-Partner sind sich darüber einig, dass beim Abschluss dieses BV-Vertrages nicht alle Möglichkeiten, die sich aus der künftigen wirtschaftlichen Entwicklung oder aus Änderungen von gesetzlichen Bestimmungen oder sonstigen für das Vertragsverhältnis wesentlichen Umständen ergeben können, vorausgesehen und erschöpfend geregelt werden können. Sie sichern sich gegenseitig zu, die in diesem BV-Vertrag getroffenen Vereinbarungen in diesem Sinne zu erfüllen und etwa in Zukunft eintretende Änderungen der Verhältnisse oder völlig neu eintretende Umstände nach den allgemeinen Grundsätzen von Treu und Glauben Rechnung zu tragen. Die BV-Partner stimmen insbesondere darin überein, dass die im Vertrag genannten Fristen zur gegenseitigen Lieferung von Daten und Informationen einvernehmlich anzupassen sind, wenn sich praktische Abläufe oder gesetzliche Vorgaben verändern. Die BV-Partner werden sich bemühen, Informationen und Unterlagen gegenseitig jeweils so frühzeitig wie möglich zur Verfügung zu stellen, um eine möglichst frühzeitige Information der Ärzte und Versicherten sicherzustellen.
- (2) Sollten einzelne Bestimmungen dieses BV-Vertrages ganz oder teilweise aus einem anderen als dem in § 306 BGB in Verbindung mit § 61 SGB X bestimmten Grund unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. Die BV-Partner verpflichten sich in diesem Fall, die unwirksame oder undurchführbare Regelung durch eine Regelung zu ersetzen, die dem Sinn und Zweck der unwirksamen Regelung in rechtswirksamer Weise und wirtschaftlich am nächsten kommt. Gleiches gilt für etwaige Vertragslücken. In einem solchen Fall findet das in § 19 vorgesehene Verfahren zur Vertragsänderung Anwendung.
- (3) Änderungen und Ergänzungen dieses BV-Vertrages bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform, soweit nicht in diesem BV-Vertrag ausdrücklich etwas Abweichendes bestimmt ist. Dies gilt auch für eine Änderung oder Abbedingung dieser Schriftformklausel.

- (4) Andere als in diesem BV-Vertrag genannten Aufgaben und Tätigkeiten (insbesondere die Ansprache der Versicherten) bedürfen der vorherigen Abstimmung mit der BKK Deutsche Bank.

§ 24

Anlagenverzeichnis

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil des BV-Vertrages:

Anlage 1	Qualifizierter Arztbrief
Anlage 2	Telemedizinisches Zentrum
Anlage 3	BV-Vergütung und Abrechnung
Anlage 4	Prozessbeschreibung
Anlage 5	Teilnahmeerklärung Arzt und telemedizinisches Zentrum
Anlage 6	Teilnahme- und Einwilligungserklärung
Anlage 7	Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit
Anlage 8	Verzeichnis der telemedizinischen Zentren
Anlage 9	Datenschutzvereinbarung nach § 80 SGB X