

**Vertrag zur Früherkennung und
besonderen Versorgung bei Niereninsuffizienz
„NephroPlus“
nach § 140 a SGB V**

zwischen der



GWQ ServicePlus AG

Tersteegenstraße 28, 40474 Düsseldorf

vertreten durch den Vorstand Dr. Johannes Thormählen

(„GWQ“)

sowie der



BCS best care solutions GmbH

Kölner Landstraße 11, 40591 Düsseldorf,

vertreten durch die Geschäftsführer Nicole Richter und Bernd Altpeter

(„BCS“)

und die



DIALAID GmbH

Steinstraße 27, 40210 Düsseldorf

vertreten durch die Geschäftsführer Jochen Häbich und Peter Michael Kranzbühler

(„DIALAID“)

INHALTSVERZEICHNIS

§ 1 Allgemeines	2
§ 2 Vertragsgegenstand und Ziele	4
§ 3 Geltungsbereich.....	5
§ 4 Teilnahmeberechtigte Ärzte.....	5
§ 5 Teilnahme und allgemeine Verpflichtungen der Ärzte.....	6
§ 6 Beendigung der Teilnahme der Ärzte.....	7
§ 7 Leistungen des Hausarztes	8
§ 8 Leistungen des Nephrologen.....	9
§ 9 Kooperation zwischen den Ärzten	11
§ 10 Teilnahme der Versicherten an dem BV-Vertrag und datenschutzrechtliche Einwilligung ...	11
§ 11 Organisation der Teilnahme der Ärzte an dem BV-Vertrag.....	13
§ 12 Verwaltungsaufgaben der beigetretenen Krankenkassen und der GWQ zur Durchführung des BV-Vertrages	14
§ 13 Anspruch des Arztes auf die BV-Vergütung gegen die beigetretene Krankenkasse	14
§ 14 Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages erbrachten Leistungen der Ärzte	16
§ 15 Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte.....	16
§ 16 Verwaltungskostenpauschale	17
§ 17 Qualitätssicherung, Wirtschaftlichkeit.....	18
§ 18 Inkrafttreten, Vertragslaufzeit, Kündigung	18
§ 19 Verfahren zur Vertragsänderung	19
§ 20 Haftung und Freistellung	20
§ 21 Datenschutz.....	20
§ 22 Öffentlichkeitsarbeit	21
§ 23 Schlussbestimmungen.....	21
§ 24 Anlagenverzeichnis.....	22

§ 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) „**Ärzte**“ im Sinne dieses BV-Vertrages sind Hausärzte und Nephrologen.
- (3) „**BCS**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist die Managementgesellschaft nach § 140 a Abs. 3 S. 1 Nr. 2 SGB V zur Erfüllung der vertraglichen Verpflichtungen.
- (4) „**BV-Partner**“ im Sinne dieses BV-Vertrages sind die GWQ, die BCS und die DIALAID.
- (5) „**BV-Versicherte**“ im Sinne dieses BV-Vertrages sind die Versicherten der beigetretenen Krankenkassen, die nach § 10 dieses BV-Vertrages eingeschrieben sind.

- (6) „**BV-Vergütung**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist die Vergütung der Hausärzte und der Nephrologen für die gemäß § 13 Abs. 1 dieses BV-Vertrages in Verbindung mit **Anlage 3** für die BV-Versicherten erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen.
- (7) „**DIALAID**“ im Sinne dieses BV-Vertrages unterstützt die Umsetzung des BV-Vertrages berufspolitisch insbesondere gegenüber den Mitgliedern des hinter DIALAID stehenden Berufsverbandes („**Verband Deutsche Nierenzentren (DN) e.V.**“).
- (8) „**GWQ**“ organisiert die Teilnahme der Krankenkassen an dem BV-Vertrag und erfasst die Beiträge der Krankenkassen gemäß § 2 Abs. 1 i.V.m. **Anlage 2** („**Beigetretene Krankenkassen**“). Weiter vertritt sie diese für die jeweiligen KV-Bezirke gegenüber der BCS und der DIALAID in allen Belangen des BV-Vertrages, unterstützt und ist berechtigt die in der **Anlage 2** aufgeführten Krankenkassen bei der Umsetzung und Weiterentwicklung dieses BV-Vertrages in den KV-Bezirken zu vertreten.
- (9) „**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.
- (10) „**Nephrologe**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist ein zugelassener Facharzt für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie oder ein Vertragsarzt, der über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügt sowie 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 fachärztlichen Versorgung teilnehmen und deren Träger mehrheitlich im Eigentum solcher Ärzte stehen.
- (11) „**Rechenzentrum**“ im Sinne dieses BV-Vertrages ist die von der BCS nach § 295 a SGB V zu Abrechnungszwecken beauftragte und in **Anlage 3** unter § 4 Abs. 2 benannte Stelle.

§ 2

Vertragsgegenstand und Ziele

- (1) Gegenstand dieses BV-Vertrages ist die Früherkennung und besondere Versorgung bei Niereninsuffizienz für nach § 10 Abs. 1 eingeschriebene Versicherte der beigetretenen Krankenkassen in den KV-Bezirken. Für diese soll eine disziplinär fachübergreifende Behandlung sichergestellt werden.
- (2) Vorrangige Versorgungsziele dieses BV-Vertrages sind die frühzeitige Diagnosestellung und Interventionsmöglichkeit nach Auftreten erster Symptome sowie bei gesicherter Diagnose die Verbesserung der Lebensqualität. Daraus ergeben sich folgende Ziele im Einzelnen:
 - frühzeitige Zuweisung und Terminvergabe zur weiteren differentialdiagnostischen Abklärung;
 - Etablierung einer koordinierten und arbeitsteiligen Zusammenarbeit zwischen den Ärzten als patientenbezogener Versorgungsverbund;
 - qualitätsgesicherte und sachgerechte Behandlung;
 - Sicherstellung einer leitlinien- und Stadien gerechten Arzneimitteltherapie;
 - Wartezeitenmanagement;
 - Optimierung der Schnittstelle zwischen den Ärzten;
 - Stärkung des Versicherten in seiner Eigenverantwortung und abgestimmte Behandlungspfade;
 - Reduktion der Arbeitsunfähigkeit;
 - Vermeidung von Doppeluntersuchungen;
 - Vermeidung von Pflegebedürftigkeit und
 - Reduktion der stationären Behandlung.
- (3) Die Ärzte 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 beigetretenen Krankenkasse erbracht und abgerechnet werden, soweit es nicht anderweitig in der **Anlage 3** geregelt ist.
- (4) Die BCS organisiert die Teilnahme des jeweiligen Arztes an dem BV-Vertrag und nimmt für sie die Abrechnung der BV-Vergütung nach den §§ 13 bis 16 dieses BV-Vertrages sowie der **Anlage 3** gegenüber der GWQ vor. Zur Gewährleistung einer vertragsgemäßen Abrechnung der Leistungen ist die BCS gemäß § 295 a 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. § 295 a 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

- (1) Leistungen nach diesem BV-Vertrag können für teilnehmende Versicherte der beigetretenen Krankenkassen in den KV-Regionen nach **Anlage 2** („**Beigetretene Krankenkassen und KV-Regionen**“) erbracht werden, sofern die Versicherten die Voraussetzungen nach § 10 Abs. 1 des BV-Vertrages erfüllen.
- (2) Dieser BV-Vertrag gilt für die beigetretenen Krankenkassen gemäß **Anlage 2**. Weitere Krankenkassen können nach Zustimmung durch die GWQ zu diesem beitreten. In diesem Fall ist die **Anlage 9** von der GWQ und der BCS entsprechend zu überarbeiten.

§ 4

Teilnahmeberechtigte Ärzte

- (1) Zur Teilnahme an dem BV-Vertrag sind Hausärzte bzw. zugelassene Vertragsärzte nach § 73 Abs. 1a Satz 1 SGB V, die im hausärztlichen Versorgungsbereich tätig sind und die in Abs. 3 geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen („**Hausarzt**“), berechtigt.
- (2) Zur Teilnahme an dem BV-Vertrag sind zugelassene Fachärzte für Innere Medizin mit Schwerpunkt Nephrologie oder Vertragsärzte, die jeweils über eine Genehmigung zur Durchführung von Blutreinigungsverfahren gemäß § 135 Abs. 2 SGB V verfügen und die in § 4 Abs. 3 des BV-Vertrages geregelten Teilnahmevoraussetzungen erfüllen, berechtigt („**Nephrologen**“). Unter die Definition fallen ebenfalls zugelassene medizinische Versorgungszentren nach § 95 Abs. 1 SGB V („**MVZ**“), die an der fachärztlichen Versorgung teilnehmen und deren Träger mehrheitlich im Eigentum solcher Ärzte stehen.

- (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, spätestens ab dem ersten Abrechnungsquartal;
 - b) Ausstattung mit einer onlinefähigen IT und Internetanbindung in der Praxis (DSL (empfohlen) oder ISDN);
 - c) Ausstattung mit einem Faxgerät (Computerfax oder Faxgerät);
 - d) Zustimmung zur Veröffentlichung von Titel, Name, Vorname, Anschrift und Telefon-/Faxnummer in einem öffentlichen Arztverzeichnis auf der Homepage der GWQ, BCS und der DIALAID.

§ 5

Teilnahme und allgemeine Verpflichtungen der Ärzte

- (1) Die Ärzte 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 die Teilnahme an dem BV-Vertrag durch Übersendung einer schriftlichen Bestätigung („**Teilnahmebestätigung**“). Eine Übersendung der Teilnahmebestätigung per Telefax oder per E-Mail genügt der Form. Der Arzt 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 sind nach Maßgabe den in der Teilnahmeerklärung niedergelegten Vorgaben zu verpflichten, Veränderungen, die für ihre Teilnahme an dem BV-Vertrag relevant sind, sind unverzüglich schriftlich gegenüber der BCS nach Maßgabe der **Anlage 4** anzuzeigen. Die BCS meldet die ihr übermittelten Änderungen im Rahmen der Lieferung des Verzeichnisses der Ärzte („**Arztverzeichnis**“) an GWQ.
- (4) Zur Abwicklung des BV-Vertrages sind die Ärzte gegenüber der BCS sowie den beigetretenen Krankenkassen bzw. GWQ während ihrer Teilnahme 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. § 295 a 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.

§ 6

Beendigung der Teilnahme der Ärzte

- (1) Die Ärzte 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 den beigetretenen Krankenkassen verpflichtet, die Teilnahme an diesem BV-Vertrag gegenüber dem jeweiligen Arzt 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 erfüllt die Teilnahmevoraussetzungen gemäß § 4 nicht vollständig;
 - b) der Arzt nimmt fehlerhafte Abrechnungen vor, es sei denn, es handelt sich um ein entschuldbares Versehen in einem Einzelfall;
 - c) der Arzt verstößt gegen eine andere wesentliche Vertragspflicht.

Der Kündigung hat eine schriftliche Abmahnung des Arztes durch die BCS voranzugehen, mit der der Arzt zur Beseitigung des Verstoßes innerhalb von 4 Wochen ab Zugang der Abmahnung aufgefordert wird. Auf seinen Wunsch kann der Arzt innerhalb dieser Frist schriftlich oder mündlich gegenüber der BCS Stellung zu der Abmahnung nehmen.

- (4) Die BCS übermittelt der GWQ bzw. den beigetretenen Krankenkassen die Beendigungen der Teilnahme von Ärzten.

§ 7

Leistungen des Hausarztes

Der Beitritt von Hausärzten ist erstmals ab dem 01.01.2019 möglich, die Einschreibung und Abrechnung der Versicherten nach **Anlage 3** ist erstmals ab dem 01.04.2019 möglich. Der Hausarzt verpflichtet sich während seiner Teilnahme an dem BV Vertrag zur Erbringung folgender Leistungen:

(1) **Überprüfung der Teilnahmevoraussetzungen des Versicherten:**

- a) anhand der bekannten Laborparameter:
- Laborparameter: eGFR nach CKD-EPI-Formel ($< 45\text{ml/min/1,73qm}$) und/oder Combur 9 Stix oder vergleichbares Produkt;
 - Einschlusskriterium Proteinurie $\geq ++$ (100mg/dl) nach Ausschluss eines Harnwegsinfekts;
 - Fakultativ: Blutbild, Kalium, Kreatinin.
- b) Nach Stellung der Verdachtsdiagnose einer Nierenfunktionsstörung Stadium 3b (G3b), 4 (G4) oder 5 (G5) muss eine Überweisung und Terminvereinbarung mit einem Nephrologen erfolgen. Der Termin soll innerhalb von 21 Tagen für Stadium 3b (G3b)-Versicherte, 14 Tagen für Stadium 4 (G4)-Versicherte und 3 Werktagen für Stadium 5 (G5)-Versicherte stattfinden. Des Weiteren muss der Hausarzt einen standardisierten Befundbericht nach **Anlage 1** inkl. des Medikamentenplanes erstellen und an den Nephrologen übermitteln.
- c) Bei Niereninsuffizienz Stadien 1 bis 3a, hypertensiver Nierenerkrankung und/oder Diabetes mit Nierenkomplikationen nach **Anhang 1** der **Anlage 3** übernimmt die weitere Betreuung im Rahmen des BV-Vertrages der Hausarzt. Die Einbeziehung des Nephrologen bei der Behandlung liegt im Ermessen des Hausarztes.

(2) **Therapie bei gesicherter Diagnose nach den Stadien 3b bis 5**

- a) Überweisung des Versicherten in Stadien gerechten Zeiträumen zum Nephrologen zur Kontrolle der Therapie, um in kooperativerweise die Behandlung des Versicherten zu gewährleisten; weitere Überweisungen in kürzeren Intervallen nach Art und Schwere des Krankheitsbildes, insbesondere bei Verschlechterung der Erkrankung;
- b) Aufforderung an den Versicherten um die Ergänzung der OTC Medikation, wenn eine Einnahme erfolgt.

§ 8

Leistungen des Nephrologen

Der Beitritt von Nephrologen ist erstmals ab dem 01.01.2019 möglich, die Einschreibung und Abrechnung der Versicherten nach **Anlage 3** ist erstmals ab dem 01.04.2019 möglich. Der Nephrologe verpflichtet sich während seiner Teilnahme am BV-Vertrag zur Erbringung folgender Leistungen:

(1) **Sicherung der Verdachtsdiagnose**

- a) in der Regel Terminvergabe innerhalb von 21 Tagen für Stadium 3b (G3b)-Versicherte, 14 Tagen für Stadium 4 (G4)-Versicherte und 3 Werktagen für Stadium 5 (G5)-Versicherte nach Feststellung des Verdachts auf Nierenfunktionsstörung durch den Hausarzt nach § 7 Abs. 1;
- b) leitliniengerechte Diagnostik und Behandlung;
- c) Übermittlung des qualifizierten Arztbriefes nach **Anlage 1** an den Hausarzt.

(2) **Stadien übergreifende Therapie bei gesicherter Diagnose**

- a) Festlegung der einzelnen Therapieschritte, Erstellung eines Therapieplans mit Festlegung der Kontrolltermine beim Hausarzt bzw. Nephrologen, insbesondere nach den **Anlagen 8 bis 10**;
- b) individuelle Anpassung der Therapie unter Berücksichtigung der aktuellen diagnosespezifischen Leitlinien;
- c) Vereinbarung von Wiedervorstellungsterminen mit dem Versicherten bei Verschlechterung der Erkrankung und kritischen Symptomen beim Hausarzt;

- d) Aufklärung des Versicherten über den Behandlungsplan;
- e) Sicherstellung der patientenbezogenen Überprüfung des Behandlungsverlaufs und der Therapie sowie ggf. Korrektur des Behandlungsplanes;
- f) insbesondere bei schweren und komplexen Verläufen Festlegung von kurzfristigen Wiedervorstellungsterminen mit dem Ziel einer Verlangsamung der Krankheitsprogression sowie der Verhinderung von Hospitalisierungen;
- g) bei Vorliegen der entsprechenden Qualifikationen gemäß **Anlage 3** fachübergreifende Betreuung von Risiko-Patienten mit gesicherter hypertensiver Nierenerkrankung und/oder Diabetes mit Nierenkomplikationen nach **Anhang 1** der **Anlage 3**;
- h) ggf. konsiliarische Erörterung zwischen dem Nephrologen und dem Hausarzt zur Abstimmung der Medikation und Behandlungsplanung („**Konsil**“); fakultativ finden in besonderen Fällen Telefonate statt;
- i) Erstellung und Übergabe des qualifizierten Arztbriefes mit den Inhalten nach **Anlage 1**, insbesondere mit ggf. geändertem Medikationsplan an den Hausarzt in der Regel innerhalb von 14 Tagen bei regelmäßigen Wiedervorstellungsterminen.

(3) **Therapie bei gesicherter Diagnose Stadium 3b (G3b)**

Die Leistungen für die Therapie bei gesicherter Diagnose Stadium 3b (G3b) sind gemäß **Anlage 8** zu erbringen.

(4) **Therapie bei gesicherter Diagnose Stadium 4 (G4)**

Die Leistungen für die Therapie bei gesicherter Diagnose Stadium 4 (G4) sind gemäß **Anlage 9** zu erbringen.

(5) **Therapie bei gesicherter Diagnose Stadium 5 (G5)**

Die Leistungen für die Therapie bei gesicherter Diagnose Stadium 5 (G5) sind gemäß **Anlage 10** zu erbringen.

§ 9

Kooperation zwischen den Ärzten

Die Ärzte verpflichten sich während ihrer Teilnahme zu folgenden Leistungen:

- (1) Bei Vorliegen einer Verdachtsdiagnose auf eine Nierenfunktionsstörung ab Stadium 3b und Überweisung vom Hausarzt sichert der Nephrologe die Diagnose und legt den Therapieplan fest. Er überprüft nach Überweisung vom Hausarzt regelmäßig, nach Stadien gerechten Zeiträumen, den Therapieverlauf.
- (2) Bei folgenden Sachverhalten soll eine Überweisung vom Hausarzt zum Nephrologen erfolgen:
 - a) GFR-Verschlechterung ≥ 5 ml pro Minute pro $1,73 \text{ m}^2$ innerhalb von 6 Monaten;
 - b) Nephrotisches Syndrom (neu U-Status Protein +++, wenn kein HWI vorliegt);
 - c) unklare Oligo/Anurie;
 - d) Hyperkalämie über 6 mmol/l;
 - e) Zeichen einer Urämie;
 - f) V. a. renale Anämie
 - g) bei schwerwiegenden Neuerkrankungen oder Medikationsumstellungen, die schwerwiegende Auswirkungen auf die Nierenfunktionsstörung haben können.

Der Hausarzt entscheidet nach seinem fachlichen Ermessen, ob eine Überweisung erforderlich ist und ggf. zum Nephrologen oder in eine stationäre Einrichtung zu erfolgen hat.

§ 10

Teilnahme der Versicherten an dem BV-Vertrag und datenschutzrechtliche Einwilligung

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der beigetretenen Krankenkassen
 - a) mit einer Nierenfunktionsstörung ab Stadium 3b;
 - b) Verdacht auf Niereninsuffizienz gemäß **Anhang 1** der **Anlage 3** oder
 - c) Risiko-Patienten mit gesicherter hypertensiver Nierenerkrankung und/oder Diabetes mit Nierenkomplikationen nach **Anhang 1** der **Anlage 3**.

- (2) Die Teilnahme der Versicherten erfolgt freiwillig nach Maßgabe der Satzung der beigetretenen Krankenkasse durch eine Teilnahmeerklärung sowie eine Einwilligung zur Datenverarbeitung gemäß **Anlage 6** („Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte“). Vor Erklärung der Teilnahme wird der Versicherte durch den Arzt in Textform umfassend über sein Widerrufsrecht gemäß § 140 a Abs. 4 S. 2 bis 4 SGB V und gemäß § 295 a SGB V über die vorgesehene Datenübermittlung nach **Anlage 6** („Patienteninformation zum Datenschutz“) informiert. Mit der Erklärung der Teilnahme willigt der Versicherte zugleich in die damit verbundene Datenübermittlung gemäß § 295 a Abs. 1 und Abs. 2 SGB V ein.
- (3) Mit dem Tag der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung nach **Anlage 6** nimmt der Versicherte 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**.
- (4) Ein Anspruch von Versicherten der beigetretenen Krankenkassen zur Teilnahme an dem BV-Vertrag ergibt sich allein aus der Satzung der beigetretenen Krankenkasse in Verbindung mit den Teilnahmebedingungen Versicherte. Ansprüche von Versicherten der beigetretenen Krankenkassen werden unmittelbar und mittelbar durch diesen BV-Vertrag nicht begründet.
- (5) Die Teilnahme des Versicherten am Vertrag ist erst ab dem 01.04.2019 möglich. Der Arzt ist zur Entgegennahme der datenschutzrechtlichen Einwilligung mit der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte der beigetretenen Krankenkasse berechtigt und verpflichtet. Näheres regelt die **Anlage 4**. Die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte wird vom Arzt nach Maßgabe der **Anlage 4** unverzüglich, spätestens bis zum 10. Kalendertag des ersten Monats des auf die Einschreibung folgenden Quartals (10. April für Q1; 10. Juli für Q2; 10. Oktober für Q3; 10. Januar für Q4), weitergeleitet. Bei einer späteren Übermittlung der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte durch den Arzt wird eine Auszahlung von Honoraren für den Versicherten solange zurückgestellt, bis die Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte vorliegt.
- (6) Unabhängig von einem Widerruf nach § 140 a Abs. 4 Satz 2 bis 4 SGB V kann der Versicherte seine Teilnahme in Textform gegenüber der beigetretenen Krankenkasse auf eigenen Wunsch beenden. Die Teilnahme der Versicherten endet:
 - mit dem Tag des Widerrufs der Einwilligung in die Teilnahme;
 - mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses des Versicherten bei der beigetretenen Krankenkasse;

- mit dem Ende der Behandlung nach dem jeweiligen Versorgungsmodul oder fehlender Mitwirkung des Versicherten;
 - mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen;
 - mit dem Ende dieses BV-Vertrages;
 - mit der (außerordentlichen) Kündigungserklärung des Versicherten;
 - mit dem sicheren Ausschluss der Verdachtsdiagnose spätestens innerhalb von zwei Quartalen nach Übermittlung der Verdachtsdiagnose durch den Arzt zum Ende des laufenden Quartals.
- (7) Die GWQ bzw. die beigetretene Krankenkasse informiert die BCS unverzüglich über den Widerruf oder sonstige Erklärungen mit vertragsbeendender Wirkung des Versicherten. Näheres regelt **Anlage 4**.

§ 11

Organisation der Teilnahme der Ärzte an dem BV-Vertrag

- (1) Die BCS organisiert die Teilnahme der Ärzte an dem BV-Vertrag. Sie erfüllt in diesem Zusammenhang folgende Aufgaben gegenüber der GWQ bzw. den beigetretenen Krankenkassen und dem betreffenden Arzt. Weitere Einzelheiten regelt **Anlage 4**:
- a) Bekanntgabe des BV-Vertrages sowie Erläuterung der Möglichkeiten zur Teilnahme einschließlich des Versands der Informationsunterlagen;
 - b) Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen der Ärzte;
 - c) Prüfung und Dokumentation der Teilnahmevoraussetzungen und -berechtigungen anhand der Angaben in der Teilnahmeerklärung sowie stichprobenartige Überprüfung des Fortbestehens der Teilnahmevoraussetzungen der Ärzte;
 - d) Entgegennahme von Kündigungen der Ärzte zur Beendigung ihrer Teilnahme an dem BV-Vertrag und Information der GWQ über die Beendigung;
 - e) Entgegennahme sonstiger Erklärungen und Anfragen von Ärzten
 - f) Durchführung der Abrechnung und ggf. Verrechnung der BV-Vergütung gemäß § 295 a 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

Verwaltungsaufgaben der beigetretenen Krankenkassen und der GWQ zur Durchführung des BV-Vertrages

- (1) Die beigetretenen Krankenkassen sind verpflichtet, ihre Versicherten in geeigneter Weise umfassend über Inhalt und Ziel des BV-Vertrages zu informieren.
- (2) Die beigetretenen Krankenkassen bzw. die GWQ wird der BCS nach Maßgabe der **Anlage 4** alle notwendigen Informationen, die diese für die Organisation der Teilnahme der Ärzte benötigt, zur Verfügung stellen.

§ 13

Anspruch des Arztes auf die BV-Vergütung gegen die beigetretene Krankenkasse

- (1) Der Arzt hat gegen die beigetretenen Krankenkassen einen Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die nach Maßgabe dieses § 13 und 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. Sämtliche Leistungen entlang des Behandlungspfades dieses BV-Vertrages sind mit den vereinbarten Vergütungen abgegolten.
- (2) Die beigetretenen Krankenkassen zahlen die BV-Vergütung mit befreiender Wirkung an die BCS. In Höhe der jeweiligen Zahlung tritt Erfüllung gegenüber dem Arzt ein (§ 362 BGB). Die Zahlung erfolgt unter dem Vorbehalt einer Abrechnungskorrektur nach Absatz 5 i.V.m. **Anlage 3**.
- (3) Die BCS ist berechtigt und verpflichtet, die BV-Vergütung von den beigetretenen Krankenkassen entgegen zu nehmen und zu Abrechnungszwecken getrennt von ihrem sonstigen Vermögen zu verwalten. Die BCS ist verpflichtet, die von den beigetretenen Krankenkassen erhaltene Zahlung an den Arzt zum Zwecke der Abrechnung der BV-Vergütung nach diesem § 13 gemäß den Vorgaben der **Anlage 3** weiterzuleiten. § 16 bleibt hiervon unberührt.

- (4) Der Arzt hat den beigetretenen Krankenkassen Überzahlungen nach Maßgabe der **Anlage 3** zu erstatten. Eine Überzahlung ist jede Auszahlung der beigetretenen Krankenkasse, die z.B. wegen fehlerhafter Abrechnung den Anspruch des jeweiligen Arztes auf BV-Vergütung übersteigt („**Überzahlung**“).
- (5) Die beigetretenen Krankenkassen sind gegenüber dem Arzt berechtigt, den Betrag der Überzahlung nach Abs. 4 mit dem BV-Vergütungsanspruch, in den auf die Zahlungsaufforderung folgenden Abrechnungszeiträumen zu verrechnen. Die beigetretenen Krankenkassen haben die Aufrechnungserklärung gegenüber der BCS mit Wirkung für den Arzt abzugeben und gemäß der **Anlage 3** zu erläutern.
- (6) Die beigetretenen Krankenkassen können durch Erklärung gegenüber der BCS binnen 24 Monaten nach Erhalt der Abrechnung der BV-Vergütung sachlich-rechnerische Berichtigungen geltend machen.
- (7) Ärztliche Leistungen sind ab dem Tag der Unterschrift des Versicherten auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte zur Abrechnung im Sinne der **Anlage 3** berechtigt und dürfen danach abgerechnet werden, sofern ein entsprechender Leistungsanspruch für den jeweiligen Versicherten besteht.
- (8) Mit der Teilnahmeerklärung hat der Arzt 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 die abzurechnende Leistung vertragsgemäß erbracht hat. Kommen die beigetretenen Krankenkassen mit der Auszahlung der BV-Vergütung nach Maßgabe der **Anlage 3** in Verzug, ist der Betrag der dem jeweiligen Arzt geschuldeten BV-Vergütung mit fünf Prozentpunkten über dem Basiszinssatz zu verzinsen. Die Geltendmachung eines weiteren Verzugsschadens bleibt unberührt.
- (9) Die Vergütungsregelungen im Sinne der **Anlage 3** gelten bis 31.03.2021 mit Wirkung zum 31.12.2021 fort. Sie können wie folgt geändert werden:
 - a) Einigen sich die GWQ, die BCS und die DIALAID nicht ein halbes Kalenderjahr vor Ablauf der Laufzeit über eine Änderung der Vergütungsregelungen, gelten die bisherigen Vergütungsregelungen zunächst fort. Diese Regelung gilt sinngemäß für sämtliche weiteren Ein-Jahres-Zeiträume, für die die Vergütungsregelungen gemäß der **Anlage 3** hinaus fortbestehen.
 - b) Neue Vergütungstatbestände, die sich ausschließlich zugunsten des Arztes auswirken, können jederzeit durch Einigung von GWQ, BCS und der DIALAID mit Wirkung für den

Arzt geregelt werden. Die BCS wird dem Arzt solche neuen Vergütungstatbestände und den unter Berücksichtigung der Interessen des Arztes und einer angemessenen Vorlauf-
frist vereinbarten Beginn ihrer Wirksamkeit schriftlich mitteilen.

- c) Einigen sich die GWQ, die BCS und die DIALAID über eine Änderung der Vergütungs-
regelungen gemäß **Anlage 3**, die nicht unter lit. b) fällt, teilt BCS dies dem Arzt unver-
züglich in Textform mit. Ist der Arzt mit der Änderung nicht einverstanden, hat er 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 dem Arzt solche
neuen Vergütungstatbestände spätestens vier Wochen vor ihrem Inkrafttreten mitteilen.

§ 14

Abrechnung der im Rahmen des BV-Vertrages erbrachten Leistungen der Ärzte

- (1) Für die Abrechnung der im Rahmen dieses BV-Vertrages erbrachten Leistungen ist der Arzt befugt, die nach den Vorschriften des 10. Kapitels des SGB V erforderlichen Angaben an das von der BCS beauftragte Rechenzentrum als beauftragte andere Stelle im Sinne des § 295 a 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 16 dieses BV-Vertrages in Verbindung mit der **Anlage 3** gelten auch nach Be-
endigung dieses BV-Vertrages bis zum vollständigen Ausgleich aller gegenseitigen Forderun-
gen aus diesem BV-Vertrag fort.

§ 15

Abrechnung der BV-Vergütung der Ärzte

- (1) Der Arzt rechnet den BV-Vergütungsanspruch, jeweils bezogen auf ein Kalenderquartal (**„Abrechnungsquartal“**), gegenüber der BCS ab (**„BV-Abrechnung“**). Der Arzt 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). Maß-
geblich ist der Zeitpunkt des Eingangs der BV-Abrechnung bei BCS. Bei verspätetem Eingang der Abrechnungsdaten durch den Arzt 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 auf Grundlage der BV-Abrechnung eine Übersicht der geprüften, gerügten und/oder abgerechneten Leistungen („**Abrechnungsnachweis**“).
- (3) Der Arzt ist verpflichtet, seinen Abrechnungsnachweis unverzüglich, spätestens jedoch 4 Wochen nach Zugang, zu prüfen. Einwendungen gegen den Abrechnungsnachweis müssen der 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 bei Fristbeginn auf diese Folge hinweisen. Stellt sich nachträglich die Unrichtigkeit des Abrechnungsnachweises heraus, hat der Arzt das Recht, einen berichtigten Abrechnungsnachweis zu verlangen, soweit Schadensersatzansprüche oder bereicherungsrechtliche Ansprüche bestehen.
- (5) Die BCS ist für die beigetretene Krankenkasse berechtigt, von dem sich aus dem letzten Abrechnungsnachweis vor Beendigung der Vertragsteilnahme eines Arztes ergebenden BV-Vergütungsanspruch 2 Prozent zur Sicherung von Rückzahlungsansprüchen der betreffenden Krankenkasse wegen Überzahlung einzubehalten („**Sicherungseinbehalt**“). Nach Ablauf von 12 Monaten nach Übermittlung des letzten Abrechnungsnachweises durch die BCS wird der Sicherungseinbehalt, sofern der Anspruch auf Auszahlung des Sicherungseinbehaltes nicht infolge einer Aufrechnung gegen Rückzahlungsansprüche der betreffenden Krankenkasse bereits erloschen ist, an den Arzt ausgezahlt. Rückzahlungsansprüche, von denen die beigetretene Krankenkasse 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 ist verpflichtet, für die Organisation und Durchführung des BV-Vertrages eine Verwaltungskostenpauschale in Höhe des aus der Teilnahmeerklärung ersichtlichen Prozentsatzes seiner BV-

Vergütung (5% für Mitglieder des hinter DIALAID stehenden Berufsverbandes und für Hausärzte. 6,25% für Nichtmitglieder des hinter DIALAID stehenden Berufsverbandes) („**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 01.01.2019 in Kraft. Mit Inkrafttreten des BV-Vertrages ist die Teilnahme des Arztes gemäß § 5 zulässig.
- (2) Die Anlage 3 tritt am 01.04.2019 in Kraft.
- (3) Die Laufzeit dieses BV-Vertrages ist zunächst auf zwei Jahre befristet und verlängert sich bei nichterfolgter Kündigung auf weitere zwei Jahre, dies maximal um zwei Perioden.
- (4) Der BV-Vertrag kann von der GWQ für einzelne beigetretene Krankenkassen bzw. von diesen direkt für einzelne oder mehrere KV-Bezirke, für welche die jeweiligen Krankenkassen ihren Beitritt erklärt haben, gekündigt werden. Die Kündigung einzelner Krankenkassen lässt den Fortbestand dieses BV-Vertrages unberührt.
- (5) Das außerordentliche Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund bleibt unberührt. Sie kann mit einer Frist von einem Monat zum Quartalsende erfolgen. Ein wichtiger Grund, der zur außerordentlichen Kündigung berechtigt, liegt insbesondere dann vor:
 - a) wenn ein Verstoß des Vertragspartners gegen eine ihm nach diesem BV-Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung vorliegt, der nicht innerhalb von einem Monat nach Zugang einer schriftlichen Aufforderung beseitigt wird;

- b) wenn über das Vermögen der GWQ oder der BCS ein Insolvenzverfahren eröffnet wird oder die BCS einen Insolvenzantrag gestellt hat oder die GWQ dies gemäß § 171 b SGB V bei der Aufsichtsbehörde angezeigt hat;
 - c) wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird. Die durch eine behördliche Maßnahme oder eine gerichtliche Entscheidung betroffene Partei ist nicht verpflichtet, vor der Kündigung die Rechtskraft der Maßnahme oder Rechtsprechung abzuwarten oder dagegen Rechtsbehelfe einzulegen.
- (6) Die Kündigung der GWQ, der BCS und der DAILAID hat folgende Wirkungen:
- a) Kündigt die DIALAID diesen BV-Vertrag, wird dieser BV-Vertrag zwischen den übrigen BV-Partnern fortgesetzt.
 - b) Kündigt die GWQ oder die BCS diesen BV-Vertrag, endet er.
- (7) Im Fall der Fusion der beigetretenen Krankenkasse mit einer Krankenkasse, die nicht an diesem BV-Vertrag teilnimmt, kann die beigetretene Krankenkasse innerhalb einer Frist von sechs Monaten, beginnend mit Eingang der aufsichtsbehördlichen Genehmigungsbescheide der Fusion, die Kündigung dieses BV-Vertrages zum Ende des folgenden Quartals erklären (Sonderkündigungsrecht).
- (8) Die Kündigung muss jeweils schriftlich gegenüber den jeweils anderen BV-Partnern erfolgen. Die Kündigung der GWQ wird zugleich für alle Krankenkassen ausgesprochen; eine von einer Krankenkasse ausgesprochene Kündigung beendet nur ihr jeweiliges Vertragsverhältnis. Die BCS informiert die Ärzte über eine ausgesprochene Kündigung, die beigetretene Krankenkasse informiert ihre Versicherten.

§ 19

Verfahren zur Vertragsänderung

- (1) Die BV-Partner sind nur gemeinsam berechtigt, diesen BV-Vertrag mit Wirkung für alle BV-Teilnehmer mit angemessener Vorlaufzeit nach Maßgabe des folgenden Absatzes 2 zu ändern.

- (2) Die BCS wird solche Änderungen den Ärzten schriftlich bekannt geben. Ist der Arzt mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er das Recht seine Teilnahme an dem BV-Vertrag nach § 6 Abs. 1 des BV-Vertrages zu kündigen.
- (3) Die GWQ wird Vertragsänderungen nach Absatz 1 den beigetretenen Krankenkassen schriftlich bekannt geben und eine Frist von 2 Monaten seit Zugang der Mitteilung der Änderung einräumen, innerhalb derer jede beigetretene Krankenkasse das Recht hat, wesentlichen Änderungen der **Anlage 3** schriftlich gegenüber GWQ und der BCS zu widersprechen. Widerspricht eine beigetretene Krankenkasse nach Satz 1, ist die GWQ zur Kündigung des BV-Vertrages gegenüber der beigetretenen Krankenkasse mit Wirkung gegenüber der BCS berechtigt. Die Kündigung führt zur Beendigung der Vertragsteilnahme der jeweiligen beigetretenen Krankenkasse für sämtliche KV-Bezirke, in denen sie dem BV-Vertrag beigetreten ist, und wird mit Ablauf des Quartals wirksam, das auf den Zugang der Kündigungserklärung folgt.

§ 20

Haftung und Freistellung

- (1) Die Haftung der beigetretenen Krankenkassen, der GWQ und der BCS 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 § 295 a 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 §§ 67 b Abs. 2, 78 a 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 Absatz 1 schließt die BCS mit dem von ihr gemäß § 295 a 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.

§ 22 Öffentlichkeitsarbeit

- (1) Die BV-Partner stimmen sich vor Medienveröffentlichungen mit Vertragsbezug gegenseitig ab.
- (2) Soweit die GWQ der BCS 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 von der GWQ zulässig.

§ 23 Schlussbestimmungen

- (1) Die BV-Partner sind verpflichtet, die vertraglichen Inhalte und Ziele nach außen und nach innen insbesondere durch eine positive Darstellung in der Öffentlichkeit zu unterstützen und ihre Mitarbeiter in Fragen der Durchführung dieses BV-Vertrages umfassend und kontinuierlich zu schulen.
- (2) 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 BV-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.

- (3) 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 GWQ und die BCS 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.
- (4) 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.

§ 24

Anlagenverzeichnis

Die folgenden Anlagen sind Bestandteil des BV-Vertrages:

Anlage 1	Qualifizierter Arztbrief
Anlage 2	Beigetretene Krankenkassen und KV-Regionen
Anlage 3	BV-Vergütung und Abrechnung
Anlage 4	Prozessbeschreibung
Anlage 5	Teilnahmeerklärung Arzt
Anlage 6	Teilnahme- und Einwilligungserklärung Versicherte
Anlage 7	Qualitätssicherung und Wirtschaftlichkeit
Anlage 8	Nephrologische Erst- und Kontrolluntersuchung Stadium 3b (G3b)
Anlage 9	Nephrologische Erst- und Kontrolluntersuchung Stadium 4 (G4)
Anlage 10	Nephrologische Erst- und Kontrolluntersuchung Stadium 5 (G5)
Anlage 11	Kategorien der glomerulären Filtrationsrate (GFR)
Anlage 12	Infusionstherapie