

Vertrag

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung nach § 140a SGB V

BKK- Landesverband NORDWEST

- handelnd für die ARGE Selektivverträge NORDWEST -
 - Hauptverwaltung Hamburg -
 -
 - nachfolgend „BKK“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

- nachfolgend KVSH genannt -

Vertragskennzeichen 12001400102

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Gegenstand der Versorgung
- § 2 Teilnahme der Versicherten
- § 3 Teilnahme des Arztes
- § 4 Aufgaben des teilnehmenden Arztes
- § 5 Aufgaben der KVSH
- § 6 Aufgaben der BKK
- § 7 Grundsätze der Dokumentation
- § 8 Begleitung des Vertrages
- § 9 Abrechnung zwischen Arzt und KVSH
- § 10 Abrechnung zwischen KVSH und der BKK
- § 11 Vergütung
- § 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
- § 13 Datenschutz und Schweigepflicht
- § 14 Salvatorische Klausel
- § 15 Schriftform
- § 16 Teilnehmende Betriebskrankenkassen / Beitritt von Krankenkassen
- § 17 Inkrafttreten, Laufzeit und Kündigung

Anlagenverzeichnis:

- Anlage 1 Modul 1: COPD Screening
- Anlage 2 Modul 2: Weiterbetreuung COPD
- Anlage 3 Modul 3: Versorgungsangebote bei COPD (im Aufbau)
- Anlage 4 Prävention (im Aufbau)
- Anlage 5 Abrechnung und Vergütung
- Anlage 6 Teilnahmeerklärung Arzt
- Anlage 7 Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz sowie Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung
- Anlage 8 Beitrittserklärung Krankenkassen
- Anlage 9 Dokumentationsbogen COPD-Screening
- Anlage 10 COPD Assessment Test
- Anlage 11 Verzeichnis teilnehmende Betriebskrankenkassen

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf alle Geschlechter.

Präambel

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), eine aus dem Englischen übernommene Abkürzung für Chronic Obstructive Pulmonary Disease, ist eine Erkrankung mit einer der höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsraten in den industrialisierten und entwickelten Ländern.

Unter Berücksichtigung der Definitionen der Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, der GOLD-Initiative und der ATS und ERS kann die COPD wie folgt definiert werden:

Die COPD ist eine Erkrankung, die verhindert und therapiert werden kann. Sie ist charakterisiert durch eine Atemwegsobstruktion, die nicht vollständig reversibel ist. Sie ist assoziiert mit einer abnormen Entzündungsreaktion, die in erster Linie durch Zigarettenrauch, aber auch durch Partikel oder Gase ausgelöst wird. Des Weiteren betrifft die COPD nicht nur die Lunge, sondern hat auch signifikante extrapulmonale Effekte, die zum Schweregrad der Erkrankung beitragen können.

Die COPD ist eine chronisch progrediente Erkrankung und mündet oftmals in ein Endstadium, das durch eine ausgeprägte klinische Symptomatik wie Ruhedyspnoe, stark reduzierte verminderte Belastbarkeit und hohe Mortalität gekennzeichnet ist.

Gerade in fortgeschrittenen Stadien wurde das Auftreten von multiplen Begleiterkrankungen beobachtet. Die Begleiterkrankungen der COPD haben einen negativen Effekt auf die ohnehin schon reduzierte Lebensqualität der COPD-Erkrankten.

Die COPD ist trotz erheblicher Morbidität, Mortalität und volkswirtschaftlicher sowie sozialmedizinischer Bedeutung eine häufig unterdiagnostizierte Volkskrankheit. Eine besondere Schwierigkeit liegt in der Abgrenzung einer beginnenden COPD und der oftmals vorausgehenden chronischen Bronchitis. Die Dunkelziffer der COPD-Erkrankten wird als sehr hoch eingeschätzt und liegt unterschiedlichen Studien zufolge bei bis zu 40 Prozent. Die COPD geht mit typischen Begleiterkrankungen einher, die sich gegenseitig beeinflussen.

Mit diesem Vertrag streben die Vertragspartner an, einer potentiellen Unterversorgung bei der Diagnostik der COPD entgegenzuwirken. Durch eine Krankheitserkennung in einem frühen Stadium, können neben einer therapeutischen Intervention auch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen einen Krankheitsprogress beeinflussen. Die Versicherten sollen nach Möglichkeit in das strukturierte Behandlungsprogramm überführt werden.

Langfristig soll hierdurch eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes, schwerwiegende und abwendbare Krankheitsverläufe bis hin zu einer 24h-Beatmungspflicht sowie stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden und eine Aufrechterhaltung von hoher Lebensqualität insbesondere hinsichtlich der Mobilität/Selbstständigkeit erlangt werden. Ziel ist es, durch eine frühzeitige Behandlung die krankheitsbedingten Folgekosten zu senken.

§ 1 Gegenstand der Versorgung

Gegenstand dieses Vertrages im Rahmen der besonderen Versorgung ist die Früherkennung einer COPD, das Anbieten von risikoadaptierten Sekundär- und Tertiärpräventionsmaßnahmen und die weitere Betreuung zur Klärung möglicher Komplikationen sowie zur Steigerung der Adhärenz des Versicherten.

Der Arzt führt eine spezielle Anamnese anhand der vertraglich definierten Aufgreifkriterien durch und dokumentiert diese. Bei der Identifikation der COPD sollen typische Begleiterkrankungen und weitere Aufgreifkriterien als mögliche Indikatoren herangezogen werden.

Sofern der Arzt am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) COPD teilnimmt, hat er darauf hinzuwirken, dass der COPD-Patient an diesem teilnimmt.

Der weitere Verlauf der Erkrankung und der Umgang mit seinen Risikofaktoren für die Ausbildung einer COPD soll durch den Arzt mit dem Versicherten erörtert werden.

Basis dieser Vereinbarung ist die S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) vom 24.01.2018, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Atemwegsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegsliga e.V., unter Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie, unter Mitwirkung der folgenden wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

Die Vertragspartner prüfen fortlaufend die Bedarfsgerechtigkeit dieses Versorgungsangebotes und mögliche Anpassungen der einzelnen Module bzw. Versorgungsfelder.

§ 2 Teilnahme der Versicherten

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der teilnehmenden BKK ohne Rücksicht auf deren Wohnort, welche die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen der jeweiligen Anlage erfüllen.
- (2) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig.
- (3) Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 7). Der Versicherte bestätigt mit seiner Teilnahmeerklärung, dass er über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurde. Bei Anpassungsbedarf, z.B. in Folge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeit, wird die Teilnahmeerklärung durch die Krankenkasse im Einvernehmen mit der KVSH aktualisiert und verbindlich zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Änderung des Vertrages bedarf.

- (4) Das Original der Teilnahmeerklärung wird durch den teilnehmenden Arzt innerhalb einer Woche nach Unterzeichnung an die BKK übersandt. Eine Kopie der Teilnahmeerklärung erhält der Versicherte.
- (5) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.
- (6) Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK.
- (7) Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten werden die vom teilnehmenden Arzt bis zur Wirksamkeit des Widerrufs erbrachten Leistungen gemäß des Vertrages von der BKK vergütet.
- (8) Mit seiner Unterschrift bindet sich der teilnehmende Versicherte mindestens für ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils mit einer Frist von vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der BKK kündigen, sofern sich aus den Anlagen nichts Abweichendes ergibt. Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der BKK außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.
- (9) Die BKK informiert den teilnehmenden Arzt zeitnah sowohl über die Kündigung mit Teilnahmeende des Versicherten, als auch über den Widerruf des Versicherten.
- (10) Die Teilnahme des Versicherten endet darüber hinaus
 - a) mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzung nach Absatz 1,
 - b) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - c) mit dem Ende dieses Vertrages,
 - d) nach dreimaligem negativem Screening ohne Befund.

§ 3

Teilnahme des Arztes

- (1) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KVSH zugelassenen, ermächtigten bzw. in einem MVZ oder bei einem teilnehmenden Arzt angestellten Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bereich der KVSH Leistungen zu erbringen und abzurechnen und dem folgenden Versorgungsbereich bzw. den folgenden Facharztgruppen angehören:
 - Ärzte, die nach § 73 Abs. 1 a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
 - Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
 - Fachärzte für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pulmologie

- Fachärzte für Lungen- und Bronchialheilkunde
 - Fachärzte für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungs-ermächtigung
- (2) Die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie müssen in jeder gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.
 - (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.
 - (4) Mit der Teilnahmeerklärung (Anlage 6) erklärt der Arzt gegenüber der KVSH seine Teilnahme an diesem Vertrag und erkennt die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.
 - (5) Die Teilnahmeerklärung wird durch die KVSH im Einvernehmen mit der BKK aktualisiert und verbindlich zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Änderung des Vertrages bedarf.
 - (6) Die KVSH überprüft initial die Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen bestätigt die KVSH dem Arzt die Teilnahme am Vertrag sowie die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.
 - (7) Der teilnehmende Arzt stimmt der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten in der Arztsuche der KVSH unter www.kvsh.de zu.
 - (8) Darüber hinaus erklärt sich der teilnehmende Arzt mit einer quartalsweisen Übermittlung seiner Kontaktdaten durch die KVSH an die BKK einverstanden. Es werden folgende Daten übermittelt: BSNR, LANR9, Anrede, Titel, Vor- und Nachname, Praxisbezeichnung und Praxisanschrift, Telefon- und Faxnummer, Landkreis, Facharztbezeichnung, Teilnahmebeginn. Die Daten werden elektronisch über eine sichere Datenverbindung übermittelt. Die BKK ist berechtigt, die Daten der teilnehmenden Ärzte zum Zweck der Information der Versicherten, der Ermittlung eines am Vertrag teilnehmenden Arztes sowie zum internen Vertragscontrolling zu verwenden. Bei Kündigung, Widerruf der Teilnahme oder Teilnahmeende gemäß § 3 Nr. 11 werden die Daten spätestens in dem auf das Wirksamwerden folgenden Quartals von der BKK gelöscht.
 - (9) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmezustand, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der KVSH mitzuteilen.
 - (10) Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KVSH mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
 - (11) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - der Feststellung der KVSH, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,

- dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsbestätigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gem. § 12,
- dem Ende dieses Vertrages.

§ 4

Aufgaben des teilnehmenden Arztes

- (1) Die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen und die genauen Inhalte der Leistung ergeben sich aus den Anlagen. Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Leistungen hin.
- (2) Der Arzt berät den Versicherten umfassend über diese besondere Versorgung und übermittelt die Teilnahmeerklärung (Anlage 7) gem. § 2 Abs. 4 an die BKK.
- (3) Der Arzt führt die in den Anlagen genannten Leistungen durch.

§ 5

Aufgaben der KVSH

- (1) Die KVSH informiert ihre Mitglieder in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.
- (2) Die KVSH erstellt eine Liste der am Vertrag teilnehmenden Ärzte. Diese übersendet die KVSH gemäß § 3 Absatz 8 quartalsweise an die BKK.

§ 6

Aufgaben der BKK

- (1) Die BKK informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrages.
- (2) Darüber hinaus unterstützt die BKK Versicherte bei der Teilnahme an Präventionsangeboten auf Grundlage der von den teilnehmenden Ärzten übermittelten Versichertenteilnahmeerklärungen, sofern der Versicherte einer Kontaktnahme durch die BKK im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zugestimmt hat.

§ 7

Grundsätze der Dokumentation

- (1) Vergütungsfähig sind die Leistungen nach diesem Vertrag, die auf Grundlage des § 295a Absatz 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des GKV-Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden.

- (2) Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.
- (3) Es sind alle Indikationen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.
- (4) Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10-GM angegeben.
- (5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass im Falle von Änderungen des ICD-10-GM umgehend die Anlagen zu diesem Vertrag einvernehmlich angepasst werden.

§ 8

Begleitung des Vertrages

- (1) Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.
- (2) Die Vertragspartner stimmen sich regelmäßig über die Vertragsentwicklung ab und verständigen sich bei Bedarf auf geeignete Maßnahmen zur Weiterentwicklung des Vertrages.

§ 9

Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVSH

- (1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der Quartalsabrechnung.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in den Anlagen aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Gebührenordnungspositionen (GOP) und Vergütungsbeträgen.
- (3) Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVSH, der Vertrag gemäß §106d Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bundesmantelvertrag, in ihren jeweils gültigen Fassungen.
- (4) Die KVSH stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes am Vertrag. Die KVSH behält ihre satzungsgemäßen Verwaltungskostenbeiträge und die landeseinheitliche Sicherstellungsumlage ein.

§ 10

Abrechnung zwischen der KVSH und der BKK

- (1) Die nach der Anlage 5 abgerechneten Leistungen werden in Formblatt 3 gemäß der jeweils gültigen Formblatt-3-Richtlinien bis auf GOP-Ebenen ausgewiesen und angefordert.
- (2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in der Anlage 5 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Gebührenordnungspositionen (GOP) und Vergütungsbeträgen.
- (3) Die KVSH prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
- (4) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages.

§ 11

Vergütung

- (1) Die Vergütungen der in der Anlage 5 aufgeführten Leistungen erfolgen durch die BKK außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
- (2) Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die vertraglich vereinbarten Leistungen nicht Gegenstand der Gesamtvergütung sind.

§ 12

Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

- (1) Die Vertragspartner können bei erheblichen Vertragsverstößen eines Arztes oder aus sonstigen wichtigen Gründen, aufgrund derer die Fortsetzung des Vertragsverhältnisses den Vertragspartnern nicht mehr zugemutet werden kann, folgende Maßnahmen ergreifen:
 - schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Leistungen und/oder
 - Widerruf der Teilnahme- und der Abrechnungsgenehmigung.
- (2) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der BKK möglich.

§ 13

Datenschutz und Schweigepflicht

- (1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Vorschriften nach der DSGVO, nach dem Sozialgesetzbuch und nach dem Bundes- und Landesdatenschutzgesetz.

- (2) Die Vertragspartner sowie die teilnehmenden Ärzte unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Das Daten- und Sozialgeheimnis und die Schweigepflicht bleiben auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
- (3) Die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen werden vertraulich behandelt und nicht an Dritte weitergegeben, auch über die Dauer dieses Vertrages hinaus.
- (4) Die Daten werden nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.
- (5) Gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO sind für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.
- (6) Die ärztlichen Leistungserbringer sowie von ihnen Beauftragte unterliegen hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten der gesetzlichen Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 14

Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Regelungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksamen Regelungen durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen.

§ 15

Schriftform

Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages bedürfen der Schriftform; dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht.

§ 16 Teilnehmende Betriebskrankenkassen / Beitritt von Krankenkassen

- (1) Die Vereinbarung gilt für alle BKK, die gemäß Anlage 11 ihren Beitritt zu dieser Vereinbarung gegenüber dem BKK-LV NW erklärt haben.
- (2) Der BKK-LV NW stellt der KVSH quartalsweise die jeweils aktuelle Liste der beteiligten BKK (Anlage 11) zur Verfügung.

- (3) Weitere Krankenkassen können diesem Vertrag nur beitreten, wenn die KVSH und die BKK dem Beitritt schriftlich zustimmen.
- (4) Der Beitritt weiterer Krankenkassen nach Absatz 3 ist schriftlich mit der Beitrittserklärung gemäß Anlage 8 zu erklären. Die Teilnahme der Krankenkasse beginnt nach der Zustimmung gemäß Absatz 3 mit Beginn des darauffolgenden Quartals. Der Zeitpunkt der Teilnahme wird der beitretenden Krankenkasse von der KVSH in Abstimmung mit der BKK mitgeteilt; bereits teilnehmende Krankenkassen werden über neue Beitritte informiert.
- (5) Die teilnehmende Krankenkasse kann ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KVSH und der BKK kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende des Quartals. Näheres regelt § 17.

§ 17

Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt am 01.01.2022 in Kraft.
- (2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden.
- (3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung ist gegeben, wenn
 - a. ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
 - b. aufgrund aufsichtsrechtlicher Bedenken oder einer Anweisung der zuständigen Aufsichtsbehörde eine Fortsetzung des Vertrages nicht mehr möglich ist.
- (4) Anpassungen, Änderungen oder Ergänzungen der Anlagen bedürfen keiner Vertragskündigung. Der Vertrag bleibt durch Änderung seiner Anlagen unberührt. Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen zu diesem Vertrag einschließlich der Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.

Bad Segeberg, den

Hamburg, den

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
vertreten durch den Vorstand

BKK-Landesverband NORDWEST
vertreten durch den Vorstand