



Vertrag
über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von
Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus
auf der Grundlage des § 140 a SGB V

zwischen der

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Bremen
Am Wall 128-134
28195 Bremen
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung

- nachfolgend „DAK-G“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung
Schwachhauser Heerstraße 26/28
28209 Bremen
vertreten durch den Vorstand

- nachfolgend „KVHB“ genannt -

Vertragsnummer: 121032DA004

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1	Ziel und Gegenstand des Vertrages
§ 2	Teilnahme der Versicherten
§ 3	Teilnahme der Ärzte
§ 4	Aufgaben der teilnehmenden Ärzte
§ 5	Aufgaben der KVHB
§ 6	Aufgaben der DAK-G
§ 7	Grundsätze der Abrechnung
§ 8	Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVHB
§ 9	Abrechnung zwischen der KVHB und der DAK-G
§ 10	Vergütung
§ 11	Maßnahmen bei Vertragsverletzungen
§ 12	Qualitätssicherung, Vertragsausschuss
§ 13	Beitritt von Krankenkassen
§ 14	Datenschutz
§ 15	Salvatorische Klausel
§ 16	Inkrafttreten und Kündigung

Anlagenverzeichnis

Anlage	Bezeichnung	Stand
1	Versorgungsfeld „Neurologische Komplikationen“: Diabetische Neuropathie im Bereich der distalen Extremitäten	01.09.2022
2	Versorgungsfeld „Neurologische Komplikationen“: LUTS (lower urinary tract symptoms)	01.01.2019
3	Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“: Angiopathie	01.01.2019
4	Versorgungsfeld „Diabetesleber“	01.01.2019
5	Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“: Chronische Nierenkrankheit	01.01.2019
6	Teilnahmeerklärung der Versicherten DAK-G	01.01.2021
	Teilnahmeerklärung der Versicherten TK	01.02.2021
	Teilnahmeerklärung der Versicherten KKH	01.07.2019
7	Versicherteninformation DAK-G	01.01.2021
	Versicherteninformation TK	01.02.2021
	Versicherteninformation KKH	01.07.2019
8	Datenschutzmerkblatt DAK-G	01.01.2021
	Datenschutzmerkblatt TK	01.02.2021
	Datenschutzmerkblatt KKH	01.07.2019
9	Abrechnung und Vergütung	01.09.2022
10	Teilnahmeerklärung des Arztes	01.09.2022
11	Miktionstagebuch	01.01.2019
12	Prozessablaufdiagramm, Übersicht	01.09.2022
13	Teilnahmeverzeichnis Versicherte	01.01.2019
14	Beitrittserklärung für Krankenkassen	01.01.2019
15	Technische Anlage	In Bearbeitung
16	Datenschutzinformation Ärzte	01.09.2022

¹Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs-, Funktions- und Personenbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen, männlichen und diversen Geschlechts gleichermaßen.

Präambel

Es ist davon auszugehen, dass schwere Verläufe des Diabetes zu einem großen Teil vermeidbar sind. Prävention und Behandlung erfordern einen umfassenden interdisziplinären Ansatz und die aktive Einbindung des Patienten. Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Nervenerkrankungen, Störungen der Harnblasenfunktion, Gefäßerkrankungen, Lebererkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit Diabetes mellitus behoben werden.

Hierdurch soll langfristig ein hohes Maß an Lebensqualität erhalten werden sowie die mit schwerwiegenden Krankheitsverläufen stets einhergehenden Kosten deutlich gesenkt werden.

§ 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages

1. Das Ziel dieses Vertrages besteht darin, durch das frühe Erkennen von Begleiterkrankungen das Auftreten von schwerwiegenden Krankheitsstadien zu verhindern oder zumindest deutlich zu verzögern. Damit soll eine Beeinträchtigung der Lebensqualität der Betroffenen möglichst lange vermieden und gleichzeitig eine Reduktion hinsichtlich der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.
2. Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Screeningprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.
3. Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Versorgungsfelder gemäß den Anlagen 1 bis 5 (entspricht den Modulen 1 bis 5).

§ 2 Teilnahme der Versicherten

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-G, die sich aufgrund ihrer Diabeteserkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern nach den Anlagen 1 bis 5 beschriebenen spezifischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
2. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (Anlage 6). Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages sowie den Zweck, Umfang und Speicherung, Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten gemäß Anlagen 7 und 8 aufgeklärt wurde und ihm die Versicherteninformation gemäß Anlage 7 sowie das Datenschutzmerkblatt nach Anlage 8 ausgehändigt wurden. Der Versicherte erhält eine Kopie der unterzeichneten Teilnahme- und Einverständniserklärung.
3. Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der DAK-G ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Ab-

sendung der Widerrufserklärung an die DAK-G. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK-G den Versicherten über das Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach der Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

4. 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 DAK-G vergütet.
5. Mit seiner Unterschrift bindet sich der teilnehmende Versicherte für mindestens ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der DAK-G kündigen. Sofern die Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme automatisch um jeweils ein Jahr. Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der DAK-G außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z. B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.
6. Sofern der teilnehmende Versicherte gegen die vertraglich vereinbarten Pflichten verstößt, kann die DAK-G diesen Versicherten von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.
7. Der Versicherte kann im Rahmen dieser Anlage nur einen betreuenden Arzt wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Ärzte entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der DAK-G an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieser Anlage zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der DAK-G unverzüglich mitzuteilen. Die DAK-G unterrichtet schriftlich die betroffenen Ärzte. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der DAK-G so lange sichergestellt, bis der Arzt von der DAK-G über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.
8. Eine gleichzeitige Teilnahme am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie oder die gleichzeitige Inanspruchnahme der Einzelleistungen „Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen (Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes bzw. Früherkennung der Begleiterkrankungen von Diabetes oder Hypertonie)“ aus dem Vertrag zur Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73 b SGB V zwischen den Ersatzkassen und dem Hausärzteverband Bremen sowie der HÄVG Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG ist nicht möglich. Die Prüfung obliegt der DAK-Gesundheit, soweit nicht sämtliche Verträge mit der KV Bremen geschlossen wurden.
9. 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. durch Widerruf der Teilnahme des Versicherten gegenüber der DAK-G,
 - e. bei Widerruf der Einwilligung in die Datenübermittlung für Abrechnungszwecke,

- f. mit dem Wirksamwerden einer Kündigungs- oder Beendigungserklärung des Versicherten.

- 10. Die DAK-G informiert den teilnehmenden Arzt und die KVHB zeitnah über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe (siehe Anlage 15).
- 11. Versicherte, die den Status der auftragsweisen Betreuung gem. § 264 Abs. 2 SGB V haben, können nicht an diesem Vertrag teilnehmen.

§ 3 Teilnahme der Ärzte

- 1. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig. An diesem Vertrag können alle im Bereich der KVHB nach § 73 Abs. 1a SGB V zugelassene, angestellte und ermächtigte Ärzte sowie zugelassene und ermächtigte fachärztlich tätige Internisten teilnehmen, die die Voraussetzungen nach Absatz 3 erfüllen. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein.
- 2. Die Teilnahme ist schriftlich bei der KVHB (Anlage 10) zu beantragen.
- 3. Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung, die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - a. Der Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten (GKV) mit Diabetes mellitus pro Quartal.
 - b. Der Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung bzw. Genehmigung. Für die Durchführung der Ultraschalluntersuchungen gemäß Anlage 3 bzw. 4 ist eine Beauftragung durch Überweisung möglich.
 - c. Der Arzt macht sich durch regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungsmethoden dieses Vertrages vertraut. Der Nachweis erfolgt über die Vorlage eines gültigen Fortbildungszertifikats gem. § 95d SGB V.
- 4. Die KVHB überprüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVHB dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.
- 5. Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KVHB mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.
- 6. 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 KVHB mitzuteilen.
- 7. Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf, mit
 - a. dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,

- b. der Feststellung der KVHB, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
 - c. dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gemäß § 11,
 - d. dem Ende dieses Vertrages.
8. Der teilnehmende Arzt stimmt der Veröffentlichung seiner Kontaktdaten auf der Homepage der DAK-G zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Ärzte

1. Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 bis 5 beschriebenen Leistungen hin.
2. Der Arzt berät den Versicherten umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung und schreibt den Patienten ein (Anlage 6). Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, die Teilnahmeerklärung des Versicherten entgegenzunehmen. Die Teilnahmeerklärung verbleibt in der Arztpraxis und ist für eine Dauer von 6 Jahren aufzubewahren. Der teilnehmende Arzt ist verpflichtet, der Krankenkasse oder der KVHB nach Aufforderung Einsicht in die Teilnahmeerklärungen der Versicherten zu gewähren.
3. Die jeweiligen Früherkennungsprogramme (Anlagen 1 bis 5) können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den Anlagen 1 bis 5 beschriebenen Diagnosen zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sind. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits im laufenden oder in den drei vorhergehenden Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurden. Eine Wiederholung der Früherkennungsprogramme ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.
4. Die Weiterbetreuungsprogramme nach den Anlagen 1 bis 5 können bei einem teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des jeweiligen Screeningprogramms in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm kann maximal zweimal im Kalenderjahr - in jeweils unterschiedlichen Quartalen - durchgeführt werden.

§ 5 Aufgaben der KVHB

1. Die KVHB informiert jährlich per Rundschreiben und auf der Homepage über den genauen Inhalt dieses Vertrages und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Ärzte hin.
2. Die KVHB nimmt die Abrechnung der Ärzte entgegen.

3. Die KVHB vergütet die Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Absatz 4 - 6. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen entsprechend erfolgt keine Vergütung.
4. Die KVHB prüft, ob bei positivem Untersuchungsbefund im Rahmen der Früherkennungsprogramme die in den jeweiligen Versorgungsfeldern definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Ferner prüft die KVHB, ob die für die Durchführung der Weiterbetreuungsprogramme in den jeweiligen Versorgungsfeldern definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Nur in diesen Fällen darf die Vergütung für die jeweilige Leistungserbringung ausgezahlt werden. Die KVHB weist die teilnehmenden Ärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin.
5. Sofern identische Leistungen in anderen Verträgen der DAK-G vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Arzt die jeweilige Leistung nur einmalig je Versicherten abrechnen.
6. Die KVHB stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes sowie die Teilnahme des Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen.
7. Die KVHB erstellt ein Verzeichnis der teilnehmenden Versicherten und stellt dieses der DAK-G entsprechend der Anlage 13 mindestens einmal im Quartal immer am ersten Werktag in maschinenlesbarer Form per Mail zur Verfügung (siehe Anlage 15).
8. Die KVHB unterstützt die DAK-G bei einer Mailingaktion im zweiten und dritten Vertragsjahr an teilnehmende und nicht teilnehmende Ärzte, um über den Inhalt des Vertrages aufzuklären.

§ 6 Aufgaben der DAK-G

Die DAK-G informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt und Ablauf dieses besonderen Versorgungsvertrages.

§ 7 Grundsätze der Abrechnung

1. Vergütungsfähig sind die Leistungen nach diesem Vertrag, die auf Grundlage nach § 295 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. Die Dokumentation und Übermittlung der entsprechenden gesicherten Diagnosen ist maßgeblich und Voraussetzung für die Abrechnungsprüfung der Vergütungen nach diesem Vertrag.
2. Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für medizi-

nische 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 dieser Vertrag einvernehmlich angepasst wird.
6. Sofern identische Leistungen in anderen Verträgen der DAK-G vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Arzt die jeweilige Leistung nur einmalig je Versicherten abrechnen.

§ 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVHB

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in der Anlage 9 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Pseudonummern und Vergütungsbeträgen.
3. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.
4. Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVHB, 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.
5. Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
6. Die KVHB stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes sowie die Teilnahme des Patienten unter Berücksichtigung der jeweiligen Teilnahmevoraussetzungen.
7. Die KVHB erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die jeweiligen satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 9 Abrechnung zwischen der KVHB und der DAK-G

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Die KVHB übermittelt der Krankenkasse ein elektronisches Verzeichnis der an dem Vertrag teilnehmenden Versicherten. Der teilnehmende Arzt versichert jeweils mit der Übermittlung, dass die Versicherten nach Maßgabe des § 4 Abs. 2 an diesem Vertrag teilnehmen. Darüber hinaus erklärt er, dass das Verzeichnis hinsichtlich der teilnehmenden Versicherten ordnungsgemäß geführt ist.
3. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 9 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Pseudonummern und Vergütungsbeträgen.
4. Die KVHB prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.
5. Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3: Kontenart 570 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des Gesamtvertrages entsprechend.

§ 10 Vergütung

1. Die Vergütung der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt durch die DAK-G außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
2. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 bis 5 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

§ 11 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:
 - a. schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
 - b. keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Leistungen und/oder
 - c. Widerruf der Teilnahme- und der Abrechnungsgenehmigung.
2. Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der DAK-G möglich.

§ 12 Qualitätssicherung, Vertragsausschuss

Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.

Zur Durchführung und einer sukzessiven Weiterentwicklung dieses Vertrages, insbesondere im Hinblick auf etwaige weitere Versorgungsfelder, wird ein Vertragsausschuss gebildet. Dieser Vertragsausschuss besteht aus jeweils einem Vertreter der DAK-G und der KVHB. Der Vertragsausschuss tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.

§ 13 Beitritt von Krankenkassen

1. Der Beitritt von Ersatzkassen ist sofort möglich, für alle übrigen Kassenarten frühestens zum 01.01.2020. Der Beitritt ist den Vertragspartnern schriftlich anzuzeigen. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner, frühestens jedoch zum 1. des Folgequartals. Sie werden jedoch ausdrücklich nicht Vertragspartner dieses Versorgungsvertrages. Der Beitritt beginnt mit der einvernehmlichen Annahme der Beitrittserklärung durch die Vertragspartner.
2. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung akzeptiert. Bei vertraglichen Anpassungen steht den Beigetretenen ein Sonderkündigungsrecht zu. Die Frist hierfür beträgt drei Monate zum Quartalsende.

§ 14 Datenschutz

1. Die Vertragsparteien sind verpflichtet, die Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten nach dem SGB und zum Schutz personenbezogener Daten nach der Datenschutz-Grundverordnung (DS-GVO) sowie ggf. ergänzend das Bundesdatenschutzgesetz n. F. einzuhalten, insbesondere personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben zu erheben, verarbeiten und zu nutzen.
2. Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnis und der Schweigepflicht bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.
3. Die Vertragsparteien sind für die Einhaltung der sie betreffenden datenschutzrechtlichen Regelungen verantwortlich und verpflichten sich, die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicherzustellen.
4. Der Vertragspartner verpflichtet sich, im Rahmen der Information des Versicherten (Patienten) über die besondere Versorgung diesen gemäß Artikel 13 und 14 DS-GVO umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung unter Hinweis auf die Verwendung seiner medizinischen Daten aufzuklären. Der behandelnde Leistungserbringer verpflichtet sich darüber hinaus, aus der gemeinsamen Dokumentation die den Versicherten (Patienten) betreffenden Behandlungsdaten und Befunde nur dann abzurufen, wenn der Versicherte (Patient) ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkret anstehenden Behandlungsfall erforderlich ist und genutzt werden soll, und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

5. Soweit der Vertragspartner auf Leistungserbringerseite eine andere Stelle mit der Erhebung, Verarbeitung und Nutzung der für die Abrechnung erforderlichen personenbezogenen Daten beauftragt, hat er sicherzustellen, dass die in §§ 295a Abs. 2 S. 2, 295a Abs. 1 S. 2 SGB V und Art. 28 DS-GVO genannten Voraussetzungen erfüllt werden.
6. Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung oder der Einwilligung in die gemeinsame Dokumentation medizinischer Daten durch einen Versicherten (Patienten) werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten (Patienten) gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.
7. Die wissenschaftliche und statistische Auswertung dieses Vertrages zur besonderen Versorgung erfolgt ausschließlich mit anonymisierten Daten, die einen Rückschluss auf die betroffenen Versicherten (Patienten) nicht zulassen.
8. Sollte der Vertragspartner diesen Vertrag auch im Namen seiner Mitglieder/Partner abschließen oder einer dieser Mitglieder/Partner diesem Vertrag beitreten oder bedient sich der Vertragspartner eines Dritten, so stellt er sicher, dass diese die oben aufgeführten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen einhalten.
9. Die Daten dürfen nur im Rahmen der im Vertrag genannten Zwecke verarbeitet und genutzt und nicht länger gespeichert werden, als es für die Leistungserbringung und Abrechnung erforderlich ist. Gesetzliche Aufbewahrungspflichten bleiben von dieser Regelung unberührt.

§ 15 Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahe kommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

§ 16 Inkrafttreten und Kündigung

1. Dieser Vertrag tritt am 01.01.2019 in Kraft.
2. Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber den anderen Vertragsparteien von jeder anderen Vertragspartei separat gekündigt werden.
3. Ein 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.

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung Bremen
vertreten durch den Vorstand

Bremen, den

DAK-G Landesvertretung Bremen
vertreten durch den Leiter der Landesvertretung Herrn Jens Juncker