

Vertrag gemäß § 140a SGB V

Besondere Versorgung zur Betreuung von an Gestationsdiabetes erkrankten Versicherten durch Diabetologische Schwerpunktpraxen in Bremen (GDM- Vertrag)

zwischen

der AOK Bremen/Bremerhaven

Bürgermeister-Smidt-Str. 95, 28195 Bremen

dem BKK Landesverband Mitte

Eintrachtweg 19, 20173 Hannover

zugleich für die Knappschaft - Regionaldirektion Nord, Hamburg

der IKK gesund plus

Umfassungsstraße 85, 39124 Magdeburg

handelnd als IKK-Landesverband für das Land Bremen, zugleich für die Sozialversicherung
der Landwirtschaft, Forsten und Gartenbau als Landwirtschaftliche Krankenkasse

den nachfolgend benannten Ersatzkassen

- Techniker Krankenkasse (TK)
- BARMER
- DAK-Gesundheit
- Kaufmännische Krankenkasse - KKH
- Handelskrankenkasse (hkk)
- HEK - Hanseatische Krankenkasse

gemeinsamer Bevollmächtigter mit Abschlussbefugnis:

Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek),

vertreten durch den Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen
Martinistr. 34, 28195 Bremen

(nachfolgend „Krankenkassen/-verbände“ genannt)

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Bremen

Schwachhauser Heerstr. 26/28, 28209 Bremen
im Folgenden „KVHB“

Vertragskennzeichen: 12003100040

Inhaltsverzeichnis

Abschnitt I Allgemeines	3
§ 1 Ziel des Vertrages	3
§ 2 Geltungsbereich	3
§ 3 Beitritt von Krankenkassen	4
§ 4 Versorgungsauftrag der DSP	4
§ 5 Teilnahmevoraussetzungen der DSP	5
§ 6 Teilnahmeverfahren der DSP	5
§ 7 Besondere Aufgaben der teilnehmenden Ärzte im Rahmen der Behandlung von Gestationsdiabetes	7
§ 8 Teilnahme der Versicherten	8
§ 9 Aufgaben der Vertragspartner	9
Abschnitt II Vergütung	10
§ 10 Grundsätze zur Vergütung	10
§ 11 Vergütung für besondere Leistungen bei Gestationsdiabetes	11
Abschnitt III Sonstiges	12
§ 12 Abrechnung	12
§ 13 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung	13
§ 14 Datenschutz	13
§ 15 Laufzeit und Kündigung	14
§ 16 Salvatorische Klausel	15
§ 17 Schlussbestimmungen	15

Übersicht Anlagen

Anlage 1	Teilnahme- und Einwilligungserklärung inklusive datenschutzrechtliche Versicherteninformation (Muster)
Anlage 2	Antrag auf Vertragsteilnahme des Arztes
Anlage 3	nicht besetzt

Aus Gründen der Lesbarkeit wird bei Personenbezeichnungen, die alle Geschlechter betreffen, die männliche Form gewählt, es sind jedoch immer gleichrangig alle Geschlechter gemeint.

Abschnitt I Allgemeines

§ 1 Ziel des Vertrages

- (1) Mit diesem Vertrag streben die Vertragspartner neben den bestehenden strukturierten Behandlungsprogrammen (DMP) eine ergänzende Versorgung der an Gestationsdiabetes erkrankten Versicherten zur Vermeidung von Folgeerkrankungen und zur Steigerung der Lebensqualität an. Dies soll durch die Nutzung der Strukturen der in Bremen durch die KVHB anerkannten „Diabetologischen Schwerpunktpraxen (DSP)“ erfolgen.
- (2) Für Patientinnen mit Gestationsdiabetes sind die DMP nicht anwendbar. Zur Vermeidung eines schwerwiegenden Krankheitsverlaufes und zur Berücksichtigung medizinisch relevanter zusätzlicher, neuer Untersuchungstechniken der diabetes-typischen Komplikationen sowie gesonderter Leistungs- und Schulungsangebote, deren Einsatz über den Umfang der Regelversorgung hinausgeht, werden folgende Ziele verfolgt:
 - a) Behebung von potentieller Unterversorgung bei der Diagnostik
 - b) Frühzeitige Erkennung von Begleiterkrankungen
 - c) Stärkung der Compliance der Versicherten
 - d) Verhinderung bzw. deutliche Verzögerung des Auftretens von schwerwiegenden Krankheitsstadien

§ 2 Geltungsbereich

- (1) Der Vertrag findet Anwendung in der Versorgungsregion der Kassenärztlichen Vereinigung Bremen (KVHB) für Ärzte/Medizinische Versorgungszentren (MVZ), welche die Teilnahme gemäß § 5 erklärt haben.
- (2) Dieser Vertrag gilt für die vertragsschließenden Verbände und die Krankenkassen, die diesem Vertrag gemäß § 3 beigetreten sind.
- (3) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der Krankenkassen nach Abs. 2 mit einem gesicherten Gestationsdiabetes (ICD-10-GM = O24.4 G). Das Vorliegen anderer Diabetesformen (Diabetes mellitus Typ 1, Typ 2 oder sonstige Diabetesformen) berechtigt nicht zur Teilnahme.

§ 3 Beitritt von Krankenkassen

- (1) Krankenkassen können diesem Vertrag beitreten. Im Falle eines Beitrittes gelten für die beigetretenen Krankenkassen alle in diesem Vertrag geregelten Rechte und Pflichten. Der Beitritt ist
 - an den jeweils im Rubrum aufgeführten Verband der jeweiligen Kassenart bzw.
 - bei nichtverbandszugehörigen Krankenkassen an den Landesverband derselben Kassenart oder an die Krankenkasse derselben Kassenart, die im Bereich der Regelversorgung die Aufgaben eines Landesverbandes wahrnimmtzu richten. Die Krankenkassen/-verbände informieren die KVHB über die beigetretenen Krankenkassen.
- (2) Die Vertragsteilnahme der Krankenkasse ist spätestens einen Monat vor Quartalsende zu erklären. In diesem Fall beginnt die Teilnahme mit dem nächsten Quartal, welches auf den Eingang der Beitrittserklärung folgt. Geht die Teilnahmeerklärung später ein, so beginnt die Vertragsteilnahme mit dem übernächsten Quartal.
- (3) 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 ein Monat zum Quartalsende.

§ 4 Versorgungsauftrag der DSP

- (1) Dieser Vertrag soll sicherstellen, dass Gestationsdiabetikerinnen auf der aus medizinischer Sicht angemessenen Versorgungsebene behandelt werden und die spezifischen Behandlungsressourcen der verschiedenen Versorgungsebenen optimal genutzt werden.
- (2) In den DSP sollen diejenigen Patientinnen behandelt werden, deren Profil klinischer und paraklinischer Parameter eine Behandlungszuständigkeit aufweist.
- (3) Die DSP werden in der Regel auf Überweisung durch den Hausarzt/Facharzt tätig. Die Rücküberweisung erfolgt unter Berücksichtigung des jeweiligen Überweisungsauftrages:

- a) nach abgeschlossener strukturierter Schulung
- b) nach Ersteinstellung bzw. nach Therapieumstellung
- c) nach Klärung und ggf. Beseitigung der Ursachen von Hypoglykämien
- d) nach Einleitung therapeutischer Maßnahmen bei diabetischen Komplikationen
- e) nach Durchführung sonstiger Auftragsleistungen
- f) nach (Wieder-)Erreichen des Versorgungskorridors

Der Zeitpunkt der Rücküberweisung zum Hausarzt/Facharzt soll nach fachärztlichem Ermessen festgelegt werden. Zur Vermeidung einer Verfestigung eines Diabetes im Anschluss an den Gestationsdiabetes soll eine jährliche Kontrolle beim Hausarzt empfohlen werden.

§ 5 Teilnahmevoraussetzungen der DSP

Berechtigt zur Erbringung und Abrechnung von Leistungen nach diesem Vertrag sind Ärzte/MVZ, welche in Bremen mit der KVHB abrechnen und über eine gültige Genehmigung der KVHB zur Abrechnung der DSP-GOP verfügen.

§ 6 Teilnahmeverfahren der DSP

- (1) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und vom Arzt schriftlich bei der KVHB zu beantragen. Die Antragstellung erfolgt unter Verwendung des KVHB-Antragsformulars (Anlage 2).
- (2) Mit seinem Antrag gemäß Anlage 2 akzeptiert der Arzt die Vertragsinhalte und verpflichtet sich zur Wahrnehmung der in diesem Vertrag beschriebenen Aufgaben. Darüber hinaus beauftragt der Arzt die KVHB mit der Durchführung dieses Vertrages, insbesondere mit der Abrechnung der Vergütungen nach diesem Vertrag. Hierfür gelten die für die Honorarabrechnung vertragsärztlicher Leistungen gültigen Vorgaben. Ebenfalls erteilt der Arzt mit Antragsstellung seine Zustimmung zur Veröffentlichung seines Namens und der Daten zu Praxisanschrift und Erreichbarkeit im Internet (www.kvhb.de) in der „Arztauskunft Bremen“ und sonstigen Verzeichnissen der am Vertrag teilnehmenden Krankenkassen (auch im Internet).
- (3) Nach Prüfung des Teilnahmeantrages gemäß Anlage 2 erteilt die KVHB im

Zustimmungsfall die Mitteilung zur Erbringung und Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag. Die Teilnahme beginnt mit der Genehmigungserteilung.

- (4) Der teilnehmende Arzt verpflichtet sich, Änderungen im Hinblick auf seinen Teilnahmestatus, die Einhaltung der rechtlichen Voraussetzungen seiner Vertragsarztzulassung sowie seiner gesetzlichen oder vertraglichen Pflichten unaufgefordert und unverzüglich der KVHB mitzuteilen.
- (5) Die Teilnahme eines Arztes endet:
 - a) mit Ende oder Wegfall seiner Zulassung oder Approbation
 - b) durch schriftliche Kündigung des teilnehmenden Arztes gegenüber der KVHB. Die Kündigung hat mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.
 - c) durch die Beendigung des Vertrages
 - d) mit dem Wegfall der Genehmigung als DSP
- (6) Endet die Teilnahme eines Arztes, kann die Krankenkasse die hiervon betroffenen Versicherten auf andere an diesem Vertrag teilnehmende Ärzte aufmerksam machen.
- (7) Verstößt ein teilnehmender Arzt gegen die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen, dann können folgende Maßnahmen ergriffen werden:
 - a) Aufforderung durch die KVHB, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten.
 - b) Auf begründeten Antrag eines vertragsschließenden Verbandes und nach Anhörung des betroffenen Arztes kann ein Widerruf der Teilnahme- und Abrechnungsberechtigung erfolgen, wobei eine erneute Teilnahme an dem Vertrag möglich ist.
 - c) Hält der Arzt die eingegangenen vertraglichen Verpflichtungen wiederholt nicht ein, kann er von der Teilnahme auf Dauer ausgeschlossen werden. Über den Ausschluss eines Arztes entscheiden die Vertragspartner im Einvernehmen.

§ 7 Besondere Aufgaben der teilnehmenden Ärzte im Rahmen der Behandlung von Gestationsdiabetes

- (1) Teilhabeberechtigte Versicherte sind über die Inhalte und Ziele dieses Vertrages und die sich daraus ergebenden Rechte und Pflichten zu informieren und auf Wunsch in diesen besonderen Versorgungsvertrag einzuschreiben.
- (2) Schnelle Terminvergabe (möglichst innerhalb von sieben Tagen) zur Durchführung eines Erstgesprächs und ergänzende Verlaufskontrollen zur Erhebung des aktuellen Gesundheitsstatus und zur Früherkennung von Begleit- und Folgeerkrankungen mit folgenden Inhalten und Frequenzen:
 - a) Einführendes Beratungsgespräch über die Behandlungsziele und die Versorgungsleistungen nach diesem Vertrag und Diagnostik bzw. Behandlung mit folgenden Inhalten:
 - Risikoanamnese nach Leitlinie
 - Medizinische Erläuterung des vorliegenden Ergebnisses des oralen Glukosetoleranztestes (oGTT) mit 75 Gramm Glukose oder bei nicht-indiziertem oGTT die Erläuterung des Ergebnisses einer anderen leitlinienkonformen Diagnostik
 - Festlegung der Therapieziele
 - Anpassung der medikamentösen Therapie an die Schwangerschaft
 - Veranlassung notwendiger Untersuchungen (z. B. Augenarzt, Nephrologe etc.)
 - Schulungsplanung
 - b) Engmaschige Verlaufskontrollen und Therapieanpassung (in der Regel alle zwei Wochen) bis zur Entbindung. Diese können, soweit möglich, auch telefonisch oder digital (Videosprechstunde) mit einer von der KBV-zertifizierten Software erfolgen.
 - c) Durchführung von notwendigen Einzelschulungen
 - d) Dokumentation inkl. Information und Bericht an mitbehandelnde Ärzte
 - e) Einmalige postpartale Kontrolluntersuchung in der Stillzeit
 - Anpassung des medikamentösen Bedarfs
 - Beratung von Patienten mit psychosozialen Problemen bzw. postnatalen Depressionen, ggf. in Zusammenarbeit mit geeigneten Psychologen
 - Bericht an überweisenden bzw. mitbehandelnden Arzt
 - Dokumentation

- (3) Die Leistungen und Diagnoseangaben sind nach der internationalen Klassifikation der Krankheiten in der jeweiligen vom Deutschen Institut für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit herausgegebenen deutschen Fassung (ICD-10-GM) in der jeweils aktuellen Fassung zu dokumentieren. Die jeweils aktuellen Richtlinien auf Bundesebene und besondere Vorgaben dieses Vertrages sind zu berücksichtigen.

§ 8 Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme der Versicherten ist freiwillig.
- (2) Teilnehmen können Versicherte nach § 2 Abs. 3, die ihre Teilnahme an diesem Vertrag mit ihrer Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (TE/EWE) (Anlage 1) erklärt haben.
- (3) Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der TE/EWE, sie ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder durch Niederschrift bei der jeweiligen Krankenkasse ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hieraus entstehen der Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die Krankenkasse die Versicherte über das Widerrufsrecht schriftlich informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der TE/EWE.
- (4) Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich oder elektronisch auf der von der Krankenkasse bereitgestellten TE/EWE (Anlage 1) bei der behandelnden DSP, nachdem sie über die Inhalte dieser Versorgung sowie den Zweck und Umfang der Speicherung, Verwendung und Auswertung der erhobenen Daten aufgeklärt wurden und ihnen das Merkblatt „Versicherteninformation“ ausgehändigt wurde. Die Versicherte erhält anschließend eine Kopie der unterschriebenen TE/EWE entsprechend Anlage 1.
- (5) Die Praxis hat das Original der TE/EWE 10 Jahre nach Beendigung der Teilnahme der Versicherten aufzubewahren und auf Verlangen der Krankenkasse an diese zu senden. Die Dokumentation, Aufbewahrung und Weiterleitung der TE/EWE ist auch

in digitaler Form zulässig.

- (6) Die Versicherte verpflichtet sich, während der Teilnahme den vereinbarten Therapieplan zu befolgen, zur Umsetzung der Therapieziele bestmöglich beizutragen und zur aktiven Mitarbeit im Hinblick auf die Umsetzung der ärztlich empfohlenen medikamentösen sowie nicht-medikamentösen Behandlung.
- (7) Die Teilnahme der Versicherten endet:
 - a) mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V
 - b) mit Beendigung dieses Vertrages für die jeweilige Krankenkasse
 - c) durch Kündigung der Teilnahme gegenüber der Krankenkasse. Dies ist frühestens nach Ablauf von drei Monaten möglich. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt.
 - d) bei Ausspruch der fristlosen Kündigung aus wichtigem Grund
 - e) bei Widerruf der Teilnahmeerklärung/Widerruf der Einverständniserklärung zum Datenschutz
 - f) bei Beendigung der Teilnahme des Arztes
 - g) im Ausnahmefall (z. B. Fehlgeburt) durch Beendigung der Teilnahme durch den Arzt
 - h) automatisch mit Ablauf von drei Quartalen nach dem Einschreibequartal.
- (8) Der teilnehmende Arzt dokumentiert die Einschreibung der Versicherten, in dem er die für die Einschreibung festgelegte GOP 99850 am Tag der Einschreibung der Versicherten in seine Abrechnungsunterlagen einfügt.

§ 9 Aufgaben der Vertragspartner

- (1) Die **KVHB** übernimmt insbesondere folgende Aufgaben:
 - a) Information der Ärzte über den Inhalt und Ablauf dieses Vertrages
 - b) Durchführung des Teilnahmeverfahrens der Ärzte
 - c) Rechnungsprüfung, Vergütung und Abrechnung der nach diesem Vertrag festgelegten Leistungen gegenüber den teilnehmenden Ärzten
 - d) Übermittlung der Abrechnungsdaten entsprechend § 295 Abs. 1b SGB V an die Krankenkassen

- e) Führen eines Verzeichnisses der teilnehmenden Ärzte.
- (2) Die **Verbände** übernehmen insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Bei Nutzung von einheitlichen Teilnahmeunterlagen für Versicherte innerhalb des Verbandes: Erstellung von Teilnahmeunterlagen mit Sicherstellung der Aktualität und Beachtung der aktuell gültigen gesetzlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechende Zurverfügungstellung an die KVHB
 - b) Information der Krankenkassen des jeweiligen Verbandes über den Inhalt und Ablauf dieses Vertrages
 - c) Organisation des Beitrittsverfahrens der Krankenkassen an diesem Vertrag gemäß § 3.
- (3) Die **Krankenkassen** übernehmen insbesondere folgende Aufgaben:
- a) Bei Nutzung von kassenindividuellen TE/EWE für Versicherte: Erstellung von TE/EWE mit Sicherstellung der Aktualität und Beachtung der aktuell gültigen gesetzlichen und datenschutzrechtlichen Bestimmungen und entsprechende Zurverfügungstellung an die KVHB
 - b) Information der Versicherten im Bedarfsfall über diesen Versorgungsvertrag und über die am Vertrag teilnehmenden Ärzte.
 - c) Sicherstellung der regelmäßigen Versorgung der teilnehmenden Ärzte mit den notwendigen Teilnahmeunterlagen über die KVHB

Abschnitt II Vergütung

§ 10 Grundsätze zur Vergütung

- (1) Die Vergütungen der vertragsärztlichen Leistungen für eingeschriebene Versicherte erfolgen grundsätzlich nach Maßgabe des EBM, bestehender Sonderverträge und des jeweils gültigen Honorarvertrages. Vergütungsansprüche für die zusätzlichen Leistungen nach diesem Vertrag sind nachfolgend geregelt.
- (2) Die Leistungen werden außerhalb der morbiditätsorientierten Gesamtvergütung (MGV) finanziert und außerhalb der Regelleistungsvolumen (RLV) und der qualifikationsgebundenen Zusatzvolumen (QZV) vergütet.

§ 11 Vergütung für besondere Leistungen bei Gestationsdiabetes

- (1) Für den besonderen Aufwand, der mit der kontinuierlichen Betreuung von in diesen Vertrag eingeschriebenen Gestationsdiabetikerinnen verbunden ist, erhält die DSP zusätzlich folgende Vergütung:

Leistung	Vergütung pro Patientin	Abrechnungsfähigkeit	GOP
Einschreibepauschale Information, Beratung und Einschreibung der Versicherten	10,00 €	Einmalig pro Schwangerschaft	99850
Betreuungspauschale	50,00 €	Einmal je Quartal	99851
Schulung für Gestationsdiabetikerinnen ohne Insulin In Gruppen bis zu 6 Personen	20,00 €	max. 3 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten	99852
Schulung für Gestationsdiabetikerinnen mit Insulin Einzelschulung	40,00 €	max. 2 Unterrichtseinheiten à 90 Minuten	99853

- (2) Das Schulungscurriculum sieht für die einzelnen Unterrichtseinheiten folgende Inhalte vor:

- 1. Unterrichtseinheit: Grundlagen des Glucosestoffwechsels, Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2, Gestationsdiabetes, Komplikationen, Therapiemöglichkeiten, Kontrollen
- 2. Unterrichtseinheit: Blutzucker-Selbstkontrolle
- 3. Unterrichtseinheit: Diätberatung, Ernährungsplan
- 4. Unterrichtseinheit: Grundlagen der Insulintherapie, Insuline, Injektionstechnik, Hypoglykämie
- 5. Unterrichtseinheit: Insulindosisanpassung

Die Unterrichtseinheiten 4 und 5 dürfen nur bei Insulintherapie abgerechnet werden.

- (3) Die Leistungen nach Abs. 1 sind ausschließlich bei Versicherten weiblichen Geschlechts abrechenbar.
- (4) Die Abrechnung der Leistungen nach Abs. 1 für an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte ist neben den Leistungen der DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2

ausgeschlossen.

- (5) Die Abrechnung setzt einen Arzt-Patienten-Kontakt und die vollständige Leistungserbringung voraus. Soweit nur einzelne Leistungsbestandteile erbracht werden, ist eine Abrechnung und Vergütung der Abrechnungspositionen ausgeschlossen.

Abschnitt III Sonstiges

§ 12 Abrechnung

- (1) Die Leistungen werden im Rahmen der regulären Abrechnung quartalsweise mit der KVHB abgerechnet. Grundlage sind die durch die teilnehmenden Ärzte erfassten Daten. Die KVHB ist berechtigt, die satzungsgemäßen Verwaltungskosten gegenüber dem Arzt in Abzug zu bringen.
- (2) Die Vergütungen werden im Rahmen der Quartalsabrechnung durch die KVHB gezahlt. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf von den Patientinnen nicht verlangt werden.
- (3) Die KVHB wird die abgerechneten Leistungen dieses Vertrages quartalsweise außerhalb der budgetierten Gesamtvergütung über das Formblatt 3 (ausgewiesen bis in die Ebene 6) in Rechnung stellen. Die Buchung der entsprechenden Beträge erfolgt auf das Sachbuchkonto 570. Die Daten der Kassenabrechnung werden gemäß § 295 Abs. 1 SGB V übermittelt.
- (4) Wenn Positionen, für die nach diesem Vertrag extrabudgetäre Vergütungen vorgesehen sind, aufgrund einer bundesmantelvertraglichen Regelung als Bestandteil der vertragsärztlichen Vergütung in den EBM aufgenommen werden, ist die extrabudgetäre Vergütung erneut zu verhandeln und ggf. entsprechend anzupassen.
- (5) 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.

§ 13 Wirtschaftlichkeits- und Abrechnungsprüfung

- (1) Die beteiligten Ärzte haben das Wirtschaftlichkeitsgebot gemäß § 12 SGB V einzuhalten.
- (2) Soweit nichts Abweichendes geregelt ist, gelten BMV-Ä, der Gesamtvertrag und deren Anlagen.
- (3) Die KVHB stellt im Rahmen der Abrechnungsprüfung sicher, dass keine Leistungen nach § 11 Abs. 1 für an diesem Vertrag teilnehmende Versicherte neben Leistungen aus den DMP Diabetes mellitus Typ 1 und Typ 2 vergütet werden.
- (4) Die vertragsschließenden und beigetretenden Krankenkassen prüfen die Rechtmäßigkeit und Plausibilität der Abrechnung der Vergütungspauschalen. Weitere Abrechnungsprüfungen durch die Krankenkassen sind unbenommen. Die Krankenkassen behalten sich vor, zu Unrecht abgerechnete Leistungen gemäß den gesetzlichen Fristen zurückzufordern bzw. zu verrechnen.

§ 14 Datenschutz

- (1) Es gelten die datenschutzrechtlichen Regelungen der gesetzlichen Krankenversicherung.
- (2) Die Vertragsärzte und die Vertragsparteien sind verpflichtet, die einschlägigen gesetzlichen und vertraglichen Bestimmungen über den Schutz der Sozialdaten bzw. der personenbezogenen Daten in den jeweils geltenden Fassungen einzuhalten. Sie haben den Schutz der personenbezogenen Daten sicherzustellen. Bei der Verarbeitung und Aufbewahrung der personenbezogenen Daten (Patientendaten, Versichertendaten) sind insbesondere die Regelungen über die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht nach der Berufsordnung und den strafrechtlichen

Bestimmungen sowie die Vorschriften der EU-DSGVO sowie des Bundesdatenschutzgesetzes und der Sozialgesetzbücher zu beachten.

- (3) Personenbezogene Daten dürfen nur zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben verarbeitet und aufbewahrt werden, soweit die Versicherte durch die Teilnahmeerklärung in die Nutzung eingewilligt hat.
- (4) Die Datenverarbeitung und Datennutzung durch die KVHB als Körperschaft des öffentlichen Rechts (§ 77 Abs. 5 SGB V) und als eine dem Sozialgeheimnis (§ 35 Abs. 1 SGB I) unterliegende öffentlich-rechtliche Vereinigung richten sich im Rahmen der Umsetzung dieses Vertrages nach den Regelungen des SGB V zur Datenverarbeitung und Datennutzung bei den Kassenärztlichen Vereinigungen sowie nach den Regelungen des 2. Kapitels des SGB X.
- (5) Die Vertragsparteien sind wechselseitig verpflichtet, über sämtliche schutzbedürftige Tatsachen, Vorgänge, Informationen, Materialien und sonstigen Gegenstände aus dem Geschäftsbereich des Vertragspartners, die ihnen und ihren Mitarbeitern in Zusammenhang mit ihrer Tätigkeit bekannt werden, Stillschweigen zu bewahren, insbesondere Informationen über sämtliche Vorgänge vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzuleiten.

§ 15 Laufzeit und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag tritt zum 01.01.2025 in Kraft und ersetzt den am 01.04.2006 in Kraft getretenen Vertrag gem. § 73a SGB V.
- (2) Dieser Vertrag kann von den vertragsschließenden Parteien sowie den beigetretenen Krankenkassen mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden. Die Kündigung seitens der beigetretenen Krankenkasse ist
 - an den jeweiligen Verband der gleichen Kassenart bzw.
 - bei nichtverbandszugehörigen Krankenkassen an den Landesverband derselben Kassenart für den Vertragsbereich der KVHB oder die Krankenkasse derselben Kassenart, die im Bereich der Regelversorgung die Aufgaben eines Landesverbandes wahrnimmt
 - und an die KVHBzu richten.

- (3) Aus wichtigem Grund kann der Vertrag mit einer Frist von einem Monat zum Ende eines Quartals gekündigt werden.
- (4) Die Kündigung gegenüber einem Verband bzw. einer nichtverbandszugehörigen Krankenkasse berührt das Vertragsverhältnis der übrigen Vertragspartner nicht. Bei Kündigung eines Verbandes beansprucht die Kündigung auch für die über den Verband beigetretenen Krankenkassen Gültigkeit.
- (5) Im Fall der Fusion einer Krankenkasse kann diese bis zu einer Frist von zwei Wochen nach Wirksamwerden der Fusion die Kündigung des Vertrags gegenüber dem jeweiligen Verband der gleichen Kassenart bzw. bei nichtverbandszugehörigen Krankenkasse gegenüber dem Landesverband derselben Kassenart für den Vertragsbereich der KVHB oder gegenüber der Krankenkasse derselben Kassenart, die im Bereich der Regelversorgung die Aufgaben eines Landesverbandes wahrnimmt, und gegenüber der KVHB erklären. Der Vertrag endet für die kündigende Krankenkasse frühestens zum Fusionszeitpunkt, spätestens zum Ende des Erklärungsquartals. Die Betreuung eingeschriebener Versicherter endet in diesem Fall am Ende des dann laufenden Quartals. Die Krankenkasse informiert ihre eingeschriebenen Versicherten über das Ende der Teilnahme an diesem Vertrag. Die KVHB informiert die am Vertrag teilnehmenden Ärzte über diese Kündigung.
- (6) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass erforderliche Änderungen oder Anpassungen des Vertrages die durch gesetzliche, vertragliche oder behördliche Maßnahmen bedingt sind, unverzüglich vorgenommen werden.

§ 16 Salvatorische Klausel

Sollten Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, bleibt der Vertrag im Übrigen dennoch gültig, es sei denn, die unwirksame Bestimmung war für eine Vertragspartei derart wesentlich, dass ihr ein Festhalten an dem Vertrag nicht zugemutet werden kann. In allen anderen Fällen werden die Vertragsparteien die unwirksame Bestimmung durch Regelungen ersetzen, die dem ursprünglichen Regelungsziel unter Beachtung der arztrechtlichen Vorgaben am nächsten kommt.

§ 17 Schlussbestimmungen

- (1) Nebenabreden, Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages einschließlich seiner Anlagen bedürfen zu ihrer Wirksamkeit der Schriftform.
- (2) Erweist sich dieser Vertrag als lückenhaft, sind die Parteien verpflichtet, sie unter Beachtung der erkennbaren wirtschaftlichen Zielsetzung und der arztrechtlichen Vorgaben zu ergänzen.

Unterschriftsseite

zum Vertrag gemäß § 140a SGB V über die Besondere Versorgung zur Betreuung von an Gestationsdiabetes erkrankten Versicherten durch Diabetologische Schwerpunktpraxen in Bremen zwischen den Krankenkassen/-verbänden in Bremen und der KVHB

Bremen, den

Kassenärztliche Vereinigung
Bremen

AOK Bremen/Bremerhaven

BKK Landesverband Mitte
Landesvertretung Bremen,
zugleich für die Knappschaft –
Regionaldirektion Nord, Hamburg

IKK gesund plus -
handelnd als IKK-Landesverband für das Land
Bremen, zugleich für die SVLFG als
Landwirtschaftliche Krankenkasse

Verband der Ersatzkassen e. V. (vdek)
Der Leiter der vdek-Landesvertretung Bremen