Kassenärztliche Vereinigung
Baden-Württemberg

Vereinbarung

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf der Grundlage §140a SGB V

zwischen der
Kassenärztlichen Vereinigung Baden-Württemberg, Albstadtweg 11, 70567 Stuttgart

- nachfolgend „KVBW“ genannt -

und der
DAK-Gesundheit, Landesvertretung Baden-Württemberg, Tübinger Straße 7 70178 Stuttgart

- nachfolgend „DAK-G“ genannt -

Die Vereinbarung gilt auch für die Kaufmännische Krankenkasse (KKH), die Techniker Krankenkasse (ab 01.04.2020) und die BIG direkt gesund (ab 01.04.2022).

Stand: Juli 2026

Vertragsnummer: 121522DA006

Inhaltsverzeichnis

Präambel
§ 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages
§ 2 Teilnahme der Versicherten
§ 3 Teilnahme der Hausärzte
§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte
§ 5 Aufgaben der KVBW
§ 6 Aufgaben der DAK-Gesundheit
§ 7 Qualitätssicherung, Beirat, Beitritt von Krankenkassen
§ 8 Vergütung und Abrechnung
§ 9 Rechnungslegung und Bezahlung
§ 10 Datenschutz
§ 11 Inkrafttreten und Kündigung
§ 12 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

Anlage 1
Versorgungsfeld vaskuläre Komplikationen
Anlage 2
Versorgungsfeld nephrologische Komplikationen
Anlage 3
Abrechnung und Vergütung
Anlage 4
Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte
Anlage 5
Versicherteninformation
Anlage 6
Teilnahmeerklärung der Versicherten
Anlage 7
Datenschutzmerkblatt
Anlage 8
Prozessablaufdiagramm

Präambel

Das epidemiologische Bulletin 5/2015 des Robert-Koch-Institutes stellt hinsichtlich der Prävalenz der Hypertonie wie nachfolgend fest:

Fast jeder dritte Erwachsene ist betroffen, das sind rund 20 Millionen 18- bis 79-Jährige. In der Altersgruppe der 70- bis 79-Jährigen haben sogar drei von vier Erwachsenen eine Hypertonie.

Bezüglich der Krankheitsbedeutung hinsichtlich seiner Folgeerkrankungen wird aufgeführt:

Erhöhter Blutdruck hatte nach Schätzungen der Global Burden of Disease-Studie 2010 den zweithöchsten Anteil an der gesamten Krankheitslast in Deutschland:

Erhöhter Blutdruck erhöht das Risiko für Herz-Kreislauf-Erkrankungen (in erster Linie Schlaganfälle, koronare Herzerkrankung (KHK), Herzinsuffizienz), aber auch für chronische Niereninsuffizienz und Demenz. Die Weltgesundheitsorganisation (WHO) schätzt, dass erhöhter Blutdruck 2010 zur größten globalen Gesundheitsgefahr aufgerückt ist.

Es ist davon auszugehen, dass schwerwiegende Komplikationen der hypertensiven Erkrankungen zu einem großen Teil vermeidbar sind. Prävention und Behandlung erfordern einen umfassenden interdisziplinären Ansatz und die aktive Einbindung der Patientinnen und Patienten (siehe auch Europäische Hypertonieleitlinie 2018: „2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension“).

Mithilfe dieses Vertrages soll eine potentielle Unterversorgung bei der Diagnostik und frühzeitigen Behandlung von Gefäßerkrankungen und Nierenkrankheiten bei Versicherten mit einer Hypertonie 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

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 der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.

Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme zur Früherkennung und weiteren Betreuung von möglichen Komplikationen durchgeführt.

Dieser Vertrag regelt den Inhalt, den Ablauf sowie die Vergütung der ärztlichen Leistungen bezogen auf die Programme gemäß der Anlagen 1 bis 2.

§ 2
Teilnahme der Versicherten

(1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der DAK-Gesundheit, die sich aufgrund ihrer Hypertonieerkrankung in regelmäßiger ärztlicher Behandlung befinden und die die in den einzelnen Versorgungsfeldern entsprechend den Anlagen 1 und 2 beschriebenen spezifischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.

(2) Die Teilnahme beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 6, sie ist freiwillig und kann innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der DAK-Gesundheit ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Hieraus entstehen dem Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-Gesundheit. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die DAK- Gesundheit den Versicherten

über das Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahmeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach Abgabe der Teilnahmeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.

(3) Die Versicherten erklären ihre Teilnahme schriftlich mit dem von der Praxis vorgehaltenen Formular gemäß Anlage 6, nachdem sie vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurden und die Versicherteninformation (Anlage 5) sowie das Datenschutzmerkblatt (Anlage 7) erhalten haben. Erklärungen zur Teilnahme gemäß § 140a SGB V können gegenüber dem teilnehmenden Arzt abgegeben werden.

(4) Der Arzt nimmt die unterzeichnete Teilnahmeerklärung entgegen und verwahrt diese entsprechend der gesetzlichen Aufbewahrungsfrist (i.d.R. 10 Jahre) datenschutzkonform in der Praxisdokumentation (papierhaft oder revisionssicher elektronisch), damit diese auf Anfrage der DAK vorgelegt werden kann.

(5) Der einschreibende Arzt übermittelt die Informationen über die Einschreibung (personenbezogene Daten: Name, Versichertennummer, Geburtsdatum; Teilnahmedaten: Einschluss-/Beendigungsdatum und ggf. Vertragsindikation) elektronisch über einen von der KVBW zur Verfügung gestellten sicheren Datenübermittlungsweg (sog. Vertragsmanager) an die KVBW zur Weiterleitung an die DAK. Die DAK verarbeitet die übermittelten Daten zur Versicherten- und Vertragsverwaltung. Die DAK tauscht sich ggf. elektronisch über den Teilnahme- und Mitgliedsstatus des Versicherten mit der KVBW und dem teilnehmenden Arzt aus. Das technische Übermittlungsverfahren und die Häufigkeit der Übermittlung wird zwischen den Vertragspartner abgestimmt und entspricht den Anforderungen des Datenschutzes. Alternativ zum Vertragsmanager kann der teilnehmende Arzt die Teilnahmeerklärung ab 01.04.2026 versichertenbezogen via KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen) befristet bis zum 31.12.2026, an dak-kim@dak.kim.telematik, an die DAK übersenden. Für beigetretene Krankenkassen kann ein anderes Einschreibe- oder Übermittlungsverfahren gelten.

(6) Die Teilnahme der Versicherten endet

a. mit dem Wegfall der Teilnahmevoraussetzungen nach Absatz 1

b. mit dem Ende des Versicherungsverhältnisses bzw. mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V

c. mit Beendigung dieses Vertrages

d. durch Kündigung ihrer Teilnahme gegenüber der DAK-G mit Frist von 4 Wochen. Die Kündigung ist frühestens nach Ablauf von 12 Monaten nach Beginn der Vertragsteilnahme möglich. Die fristlose Kündigung aus wichtigem Grund bleibt hiervon unberührt. Im Kündigungsfall informiert die DAK-G den behandelnden Arzt

e. bei Widerruf.

§ 3
Teilnahme des Hausarztes

(1) Teilnehmen können alle im Bereich der KVBW zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V zugelassene oder angestellte Vertragsärzte, zugelassene medizinische Versorgungszentren (MVZ) oder zur Teilnahme an der ambulanten vertragsärztlichen Versorgung ermächtigte Ärzte, die als Fachärzte für Allgemeinmedizin oder Fachärzte für Innere Medizin (hausärztlicher Bereich) tätig sind und die Voraussetzungen aus Ziffer 2 erfüllen. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein.

(2) Die teilnehmenden Hausärzte müssen die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:

a) Der Hausarzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal

b) Der Hausarzt macht sich durch eigenständige und regelmäßige Fortbildung mit den besonderen Untersuchungstechniken dieses Vertrages derart vertraut, dass er sie stets nach dem aktuellen Stand des medizinischen Wissens einsetzen kann

c) Der Hausarzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung oder beauftragt die gerätegestützten Untersuchungen durch Überweisung.

(3) Die Ärzte erklären ihre Teilnahme gegenüber der KVBW mittels der Teilnahmeerklärung des Hausarztes (Anlage 4) oder einer entsprechenden elektronischen Version.

(4) Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann mit einer Frist von sechs Wochen zum Quartalsende gegenüber der KVBW gekündigt werden.

(5) Die Teilnahme des Hausarztes an diesem Vertrag ist auf die Laufzeit des Vertrages begrenzt und endet automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag zwischen der DAK-Gesundheit und der KVBW endet.

(6) Die Teilnahme des Hausarztes endet ferner mit dem Ruhen oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

(7) Die teilnehmenden Ärzte stimmen der Veröffentlichung ihrer Kontaktdaten in der Arztsuche der KVBW unter www.kvbawue.de zu.

(8) Darüber hinaus erklären sich die teilnehmenden Ärzte mit einer quartalsweisen Übermittlung ihrer Kontaktdaten durch die KVBW an die DAK-Gesundheit 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 DAK-Gesundheit 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.

(9) Bei Kündigung, Widerruf der Teilnahme oder Teilnahmeende nach Ziffern 5 und 6 werden die Daten spätestens in dem auf das Wirksamwerden folgenden Quartals von der DAK-Gesundheit gelöscht.

§ 4
Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

(1) Der Hausarzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß der Anlagen 1 und 2 beschriebenen Leistungen hin. Versicherte mit zusätzlich bestehendem Diabetes mellitus verweist er auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der einzelnen Versorgungsfelder des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus und wirkt auf eine Teilnahme an diesem Vertrag hin. Die Versicherten können aufgrund der identischen Leistungsinhalte nur die Versorgungsleistungen eines der beiden Versorgungsverträge (Hypertonie oder Diabetes) in Anspruch nehmen. Eine gleichzeitige Teilnahme am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen der Hypertonie auf Grundlage des § 140a SGB V zwischen der DAK-G und der KVBW und am Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus auf der Grundlage des § 140a SGB V zwischen der DAK-G und der KVBW bzw. an identischen Leistungsmodulen aus dem Vertrag zur Durchführung einer Hausarztzentrierten Versorgung gemäß § 73b Abs. 4 Satz 1 SGB V mit dem Deutschen Hausärzteverband, Landesverband Baden-Württemberg e. V., MEDI Baden-Württemberg e. V./MEDIVERBUND AG und der Hausärztlichen Vertragsgemeinschaft AG ist nicht möglich.

(2) Der Hausarzt berät den Versicherten umfassend über die Inhalte der besonderen Versorgung, händigt ihm die Versicherteninformation (Anlage 5), die Teilnahmeerklärung des Versicherten (Anlage 6) sowie das Datenschutzmerkblatt (Anlage 7) aus und unterstützt den Versicherten beim Ausfüllen der

Teilnahmeerklärung. Der Arzt übermittelt die Teilnahmedaten des Versicherten gemäß § 2 elektronisch an die KVBW zur Weiterleitung an die DAK und archiviert die unterzeichnete Teilnahmeerklärung gemäß § 2 in der Praxisdokumentation. Alternativ zur Übermittlung der Teilnehmerdaten mittels Vertragsmanager kann der Arzt die Teilnahmeerklärung bis zum 31.12.2026 über das Leistungserbringerportal KIM (Kommunikation im Gesundheitswesen) an (die KIM-Mailadresse der DAK-G) dak-kim@dak.kim.telematik weiterleiten. Das Original der Teilnahmeerklärung ist für die Dauer von 10 Jahren aufzubewahren und nach Anforderung der DAK-G vorzulegen.

(3) Der Hausarzt erbringt bei den Versicherten der DAK-Gesundheit die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme. Sofern der Hausarzt passende DMPs anbietet, an denen der Versicherte noch nicht teilnimmt, soll er jenem die Teilnahme empfehlen.

(4) Die jeweiligen Früherkennungsprogramme können bei jedem der in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, wenn diese in den vergangenen 3 Quartalen bei den jeweiligen Versicherten nicht durchgeführt wurden. Dadurch ist ein medizinisch sinnvoller zeitlicher Abstand zwischen den einzelnen Untersuchungen gewährleistet. Dabei dürfen die in den jeweiligen Früherkennungsprogrammen beschriebenen Diagnosen dem teilnehmenden Hausarzt zum Zeitpunkt der Untersuchung noch nicht bekannt gewesen sein. Die Diagnosen gelten als bekannt, wenn sie bereits in den vorhergehenden 8 Behandlungsquartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen BSNR des teilnehmenden Hausarztes verschlüsselt wurden.

(5) Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Früherkennungsprogramms gemäß Absatz 4 in einem der vorhergehenden Quartale neu entdeckte und im jeweiligen Versorgungsfeld definierte Diagnose vorliegt. Das Weiterbetreuungsprogramm wird in Abhängigkeit von der medizinischen Notwendigkeit zweimal jährlich in jeweils unterschiedlichen Quartalen durchgeführt. Im Jahr der Befundstellung im Früherkennungsprogramm kann es nur einmal durchgeführt werden.

(6) Manifestiert sich während der Teilnahme des Versicherten an einem der Versorgungsfelder ein Diabetes mellitus neu, soll der Arzt den Versicherten in den Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus einschreiben. Die Weiterbetreuung für das jeweilige Versorgungsfeld erfolgt dann nicht mehr in den Modulen dieses Vertrages, sondern in den inhaltsgleichen Modulen des Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus.

§ 5
Aufgaben der KVBW

(1) Die KVBW informiert frühestmöglich nach Vertragsunterzeichnung sowie innerhalb der Vertragslaufzeit über den Vertrag und dessen Inhalte und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Ärzte hin.

(2) Die KVBW nimmt die Abrechnung der Ärzte entgegen, prüft sie entsprechend der in den Versorgungsfeldern vereinbarten Regeln sowie auf Basis der jeweils gültigen Abrechnungsrichtlinie der KVBW und stellt dadurch eine vertragskonforme Abrechnung sicher.

(3) Die KVBW vergütet die Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Nr. 2.

(4) Die KVBW übermittelt der DAK-G quartalsweise ein Verzeichnis der teilnehmenden Ärzte in maschinenlesbarer Form entsprechend § 3 Nr. 8.

(5) Die KVBW 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) Sofern identische Leistungsmodule in anderen Verträgen der DAK-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Arzt das jeweilige Leistungsmodul nur einmalig je

Versicherten abrechnen. Die Prüfung obliegt der DAK-Gesundheit, soweit nicht sämtliche Verträge mit der KVBW geschlossen wurden.

§ 6
Aufgaben der DAK-Gesundheit

(1) Die DAK-Gesundheit informiert und berät ihre Versicherten aktiv über den Inhalt dieses besonderen Versorgungsprogramms.

(2) Die DAK-G informiert den teilnehmenden Arzt zeitnah über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe der Versicherten.

§ 7
Qualitätssicherung, Beirat, Beitritt von Krankenkassen

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 Beirat gebildet. Der Beirat besteht aus jeweils einem Vertreter der DAK-Gesundheit und der KVBW. Der Beirat tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.

Der Beitritt von Krankenkasse ist möglich. 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. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweiligen gültigen Fassung akzeptiert.

§ 8
Vergütung und Abrechnung

(1) Die Abrechnung erfolgt mit der Quartalsabrechnung über die KVBW unter Angabe der in der Anlage 3 aufgeführten Gebührenordnungspositionen. Es gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen sowie die Abrechnungsrichtlinie und Satzung der KVBW in der jeweils gültigen Fassung.

(2) Für seine Leistungen rechnet der Hausarzt nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 Abs. 4 und 5 jeweils einmalig bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, die Gebührenordnungspositionen entsprechend der Anlage 3 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM gegenüber der KVBW ab.

(3) Mit seiner Abrechnung erhält der Hausarzt je abgerechneter Leistungsziffer (Gebührenordnungspositionen gemäß Nr. 1) extrabudgetär eine Vergütung in Höhe von jeweils 20,00 Euro für das Versorgungsprogramm und 20,00 Euro für die Durchführung des Weiterbetreuungsprogramms. Für den Mikroalbuminurieteststreifen werden bei Angabe der Sachmittelziffer 99323 2,00 Euro vergütet. Eine Prüfung des Bezugs eines geeigneten Diagnosemittels ist durch die DAK-G in Form einer Aufforderung zur Rechnungsvorlage gegenüber dem Arzt möglich.

(4) Eine zusätzliche Vergütung für die Leistungen darf vom Patienten nicht verlangt werden.

(5) Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten gemäß § 2 Nr. 2 werden die vom teilnehmenden Arzt bis zum Wirksamwerden des Widerrufs erbrachten Leistungen gemäß dem Vertrag von der DAK-G vergütet.

(6) Die Vergütung der im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen erfolgt außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

(7) Die KVBW ist berechtigt, ihre satzungsgemäßen Verwaltungskostenbeiträge einzubehalten.

§ 9
Rechnungslegung und Bezahlung

Die DAK-Gesundheit zahlt mit befreiender Wirkung die vereinbarten Vergütungssätze an die KVBW. Die Leistungen des Vertrages werden im Formblatt 3 entsprechend der jeweils gültigen Formblatt-3-Richtlinien bis auf GOP-Ebene ausgewiesen und angefordert. Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des Gesamtvertrages entsprechend.

§ 10
Datenschutz

(1) Es gelten die gesetzlichen 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, insbesondere werden personenbezogene Daten nur zur Erfüllung der sich aus dem Vertrag ergebenden Aufgaben erhoben, verarbeitet und genutzt.

(2) Die Vertragsparteien unterliegen hinsichtlich der Daten der Versicherten (Patienten) sowie deren Krankheiten der Schweigepflicht. Die gesetzliche 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 stellen die Einhaltung dieser Anforderungen durch die erforderlichen technischen und organisatorischen Maßnahmen sicher.

(4) Ein behandelnder Leistungserbringer darf die den Versicherten betreffenden Behandlungsdaten und Befunde von einem anderen Leistungserbringer nur dann abrufen, wenn der Versicherte ihm gegenüber seine Einwilligung erteilt hat, die Information für den konkreten Behandlungsfall genutzt werden soll und der Leistungserbringer zu dem Personenkreis gehört, der nach § 203 des Strafgesetzbuches zur Geheimhaltung verpflichtet ist.

(5) 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) entsprechend der geltenden gesetzlichen Bestimmungen gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

(6) 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.

(7) 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 wirkt er darauf hin, dass diese die oben aufgeführten datenschutzrechtlichen Vorgaben gleichermaßen einhalten.

(8) 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.

§ 11
Inkrafttreten und Kündigung

(1) Diese Vereinbarung tritt am 01.10.2019 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich von jedem Vertragspartner gekündigt werden.

(3) Ein Recht zur fristlosen Kündigung ist gegeben, wenn

- ein wichtiger Grund, insbesondere ein Vertragsverstoß, vorliegt
- wenn gesetzliche Änderungen, eine gerichtliche oder behördliche Verfügung einer Vertragspartei die Durchführung der vertragsgegenständlichen Leistung nicht länger erlauben. Dies gilt insbesondere, sofern das Bundesversicherungsamt im Hinblick auf diesen Vertrag Anordnungen gemäß § 71 Abs. 6 SGB V androht

(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.

§ 12
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 nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.