

Besondere Versorgung gemäß § 140a SGB V
Vertrag zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen
(VorsorgePlus - CheckupPlus)

zwischen der

Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein
Bismarckallee 1-6, 23795 Bad Segeberg
(nachfolgend „KVSH“)

und der

Kaufmännischen Krankenkasse - KKH
Karl-Wiechert-Allee 61, 30625 Hannover
(nachfolgend „Krankenkasse“ oder auch „vertragsschließende Krankenkasse“)

Vertragskennzeichen 121012KK005

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziele des Vertrags
- § 2 Teilnahme der Ärzte
- § 3 Teilnahme der Versicherten
- § 4 Aufgaben der Ärzte
- § 5 Vergütung
- § 6 Aufgaben der KVSH
- § 7 Aufgaben der Krankenkassen
- § 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVSH
- § 9 Abrechnung zwischen der KVSH und den Krankenkassen
- § 10 Teilnahme der Krankenkassen
- § 11 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung
- § 12 Datenschutz
- § 13 Vertragsänderungen
- § 14 Compliance und Antikorruption
- § 15 Salvatorische Klausel

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Vergütungsübersicht
Anlage 2	Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung der Versicherten
Anlage 2.1	Elektronische Einschreibung (derzeit nicht besetzt)
Anlage 2.2	Vertragsinformation
Anlage 3	Übergreifende Versorgungsangebote
Anlage 3.1	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Nachsorge einer Demenz
Anlage 3.2	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung von der Begleiterkrankung Eisenmangel bei einer Herzinsuffizienz
Anlage 3.3	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der respiratorischen Insuffizienz bei COPD
Anhang 1 zu Anlage 3.3	Mein COPD Maßnahmenplan
Anlage 3.4	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung der peripheren Arteriellen Verschlusskrankheit (pAVK)
Anhang 1 zu Anlage 3.4	pAVK-Fragebogen und Medikamentenplan
Anlage 3.5	Versorgungsprogramm zur frühzeitigen Diagnostik und Behandlung einer COPD bei Asthma
Anlage 3.6	Shared Decision Making
Anlage 4	Teilnahmeerklärung Arzt
Anlage 5	Beitrittserklärung Krankenkasse
Anlage 6	Verzeichnis teilnehmende Krankenkassen

Die Vertragspartner behalten sich den Abschluss weiterer Anlagen durch Austausch des Anlagenverzeichnisses vor.

Präambel

Mit der zunehmenden Alterung der Bevölkerung zählen chronische Erkrankungen zu den häufigsten und gesellschaftlich bedeutsamsten Gesundheitsproblemen der Gegenwart. Dazu gehören u.a. Herz-Kreislauf-Erkrankungen, psychische Erkrankungen oder Gelenkerkrankungen. Sie sind weit verbreitet und beeinflussen Lebensqualität, Arbeitsfähigkeit und Sterblichkeit und stellen eine besondere Herausforderung in der gesundheitlichen Versorgung in Deutschland dar.

Leistungen zur Früherkennung von Krankheiten haben eine besonders große Relevanz, da sie bei einer Erkennung in einem frühen Stadium besser behandelt werden können. Bei bestehender chronischer Krankheit kann die Progression der Erkrankung verhindert oder verlangsamt werden, indem Begleit- und Folgeerkrankungen rechtzeitig erkannt und die Patienten in dem Umgang mit ihren Krankheiten geschult werden. Hierfür bieten Gesundheits-Apps und Online-Therapien als digitale Unterstützungsangebote eine geeignete Möglichkeit, die Versorgung additiv zu stärken und nach Früherkennung einer Erkrankung eine ganzheitliche Versorgung zu ermöglichen. Durch die Verwendung laiengerechter Sprache, eine gemeinsame Entscheidungsfindung zur Therapie und das Einbinden von Gesundheits-Apps und Online-Therapien wird die individuelle (digitale) Gesundheitskompetenz der Betroffenen gestärkt und dem Auftrag an die GKV nachgekommen ebendiese zu fördern.

§ 1 Ziele des Vertrages

- 1) Die Krankenkasse stellt ihren Versicherten^{1 2} ergänzend zur Regelversorgung die in den Versorgungsprogrammen (Anlagen 3) definierten Möglichkeiten der Früherkennung zur Verfügung. Durch die frühere Erkennung von Erkrankungen und die intensive Betreuung durch den Hausarzt im Rahmen der Nachsorge, werden Versicherte zielgerichtet einer umfassenden und personalisierten Versorgung zugeführt. Damit sollen die Früherkennung der Erkrankungen ermöglicht, eine Progression der Erkrankung verhindert bzw. verlangsamt und Komorbiditäten rechtzeitig erkannt werden.
- 2) Das Auftreten bzw. die Feststellung einer chronischen Erkrankung stellt für die Versicherten eine große Belastung dar. Neben weiteren Arztbesuchen und Untersuchungen werden Änderungen im Lebensstil notwendig. In dieser Situation ist eine besonders intensive ärztliche Betreuung sowie die Unterstützung in organisatorischen Fragen nötig. Wird bei den Versicherten durch die Früherkennung eine Neuerkrankung festgestellt, soll ihnen im Rahmen des Vertrages für den Zeitraum der Diagnostik, Aufklärung sowie Therapieentscheidung und –findung eine intensivierete Betreuung zur Verfügung gestellt werden. Schließlich besteht das Ziel darin, die eingeleitete Behandlung zu unterstützen und den positiven Effekt nachhaltig zu sichern. Dadurch sollen vorstationäre Behandlungen und stationäre Einweisungen sowie die Dauer von Arbeitsunfähigkeitszeiten reduziert werden. Ebenfalls soll so die Lebensqualität verbessert werden.

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden in diesem Vertrag Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jeweils Personen des weiblichen und männlichen Geschlechts sowie Personen des Geschlechts „divers“ gleichermaßen.

² Wird in diesem Vertrag von „Versicherten“ gesprochen, sind die an diesem Vertrag teilnehmenden Versicherten gemeint.

§ 2 Teilnahme der Ärzte

- (1) Teilnehmen können alle zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V berechtigten Ärzte und angestellte Vertragsärzte, soweit sie gem. § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassungen sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft ein.
- (2) Die Teilnahme ist gemäß Anlage 4 schriftlich bei der KVSH zu beantragen.
- (3) Die teilnehmenden Ärzte müssen die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen an die Qualitätssicherung erfüllen:
 - a) Regelmäßige (mindestens jährliche) Teilnahme an von der Ärztekammer zertifizierten Fortbildungen oder an anerkannten Qualitätszirkeln. Die Fortbildungen bzw. die Qualitätszirkel müssen dabei krankheitsspezifischen Bezug auf die in den Anlagen 3.1 – 3.x zu versorgenden Krankheitsbildern haben. Die KVSH behält sich eine stichprobenartige Prüfung vor.
 - b) Der Arzt 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 Arzt verfügt über die zur jeweiligen Durchführung der Untersuchung nötige apparative Ausstattung, sofern er diese persönlich erbringt.
- (4) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig. Ein Anspruch auf Teilnahme an diesem Vertrag besteht nicht. Die genannten Leistungen können frühestens mit der Genehmigung zur Teilnahme über diesen Vertrag erbracht und abgerechnet werden.

- (5) Die Teilnahme an diesem Vertrag endet
- a) wenn die Teilnahme am Vertrag mit einer Frist von 6 Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVSH gekündigt wird,
 - b) wenn die KVSH die Teilnahme wegen schwerwiegender oder wiederholter Verstöße des Arztes gegen die Verpflichtungen aus diesem Vertrag beendet,
 - c) automatisch zu dem Zeitpunkt, zu dem dieser Vertrag zwischen der Krankenkasse und der KVSH endet.
 - d) mit dem Ruhen oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 3 Teilnahme der Versicherten

- 1) Teilnahmeberechtigt sind Versicherte der teilnehmenden Krankenkassen unabhängig von deren Wohnort, welche die in den Anlagen 3 zum jeweiligen Versorgungsprogramm definierten medizinischen Teilnahmevoraussetzungen erfüllen.
- 2) Eine Teilnahme ist ausgeschlossen, wenn folgende Ausschlussgründe vorliegen:
 - a. Ungeklärtes oder fehlendes Versicherungsverhältnis bei der Krankenkasse;
 - b. Fehlende Angaben auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung (z.B. Fehlende Unterschrift des Versicherten);
 - c. Kein Leistungsanspruch des Versicherten gegenüber der Krankenkasse;
 - d. Bestehende Teilnahme an weiteren Verträgen der Krankenkasse zur besonderen oder hausarztzentrierten Versorgung mit jeweils identischen oder überwiegend deckungsgleichen Leistungen.Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift auf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung, dass keiner der vorgenannten Ausschlussgründe vorliegt.
- 3) Die Teilnahme der Versicherten an der besonderen Versorgung ist freiwillig. Die Versicherten erklären ihre freiwillige Teilnahme an der besonderen Versorgung durch eine schriftliche oder elektronische Teilnahmeerklärung in ihrer jeweils geltenden Fassung.
- 4) Die Teilnahmeerklärung und das Einverständnis zur Datenverarbeitung regeln zusammen mit der Versicherteninformation zur Teilnahmeerklärung (Anlage 2) und der Vertragsinformation (Anlage 2.2) das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die Teilnahme, zur Bindung an die vertraglich gebundenen Leistungserbringer und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten; soweit die Abrechnung nicht direkt über den Leistungserbringer erfolgt, die Angabe der Abrechnungsdienstleister sowie ggf. eine Information über den beabsichtigten Austausch von Teilnehmerlisten für Abrechnungszwecke zwischen den Krankenkassen und dem Leistungserbringer bzw. dem Abrechnungsdienstleister.
- 5) Für die Abgabe einer Teilnahmeerklärung in elektronischer Form gelten die besonderen Bestimmungen gemäß Anlage 2.1. Redaktionelle Anpassungen der Teilnahmeformulare (Anlagen 2-2.2) können durch Austausch der Anlagen zwischen den Vertragspartnern vorgenommen werden, ohne dass es hierzu einer Änderungsvereinbarung oder Protokollnotiz bedarf.
- 6) Die Versorgung nach diesem Vertrag beginnt mit Unterzeichnung und Übergabe der Teilnahmeerklärung des Versicherten an den teilnehmenden Arzt. Der Versicherte erhält eine Ausfertigung der Teilnahmeerklärung.

- 7) Über die Inhalte der Versorgung informiert die Krankenkasse auf der Basis der Teilnahmeerklärung gem. Anlage 2 dieses Vertrages, die dem Versicherten vom Arzt ausgehändigt wird. Hierbei steht der Arzt dem Versicherten als erster Ansprechpartner für weitere medizinische Informationen zur Verfügung.
- 8) Versicherte haben das Recht, ihre Teilnahme am Vertrag ohne Angabe von Gründen jederzeit innerhalb von zwei Wochen nach Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung zu widerrufen. Der Widerruf ist schriftlich, in elektronischer Form oder zur Niederschrift gegenüber der Krankenkasse zu erklären. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die Krankenkasse. Die Krankenkasse informiert den teilnehmenden Arzt unverzüglich schriftlich über den Widerruf der Teilnahme.
- 9) Die Teilnahme eines Versicherten endet:
 - a. Bei Widerruf der Teilnahme
 - b. Mit Kündigung der Teilnahme gegenüber der Krankenkasse. Die Kündigung kann frühestens nach Ablauf von 12 Monaten erfolgen und hat mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende zu erfolgen.
 - c. Mit Kündigung aus wichtigem Grund mit sofortiger Wirkung. Ein wichtiger Grund kann z.B. in einem Wohnortwechsel des Versicherten bestehen, wenn dadurch die Inanspruchnahme eines an der Versorgung beteiligten Leistungserbringers aufgrund der räumlichen Entfernung nicht mehr zumutbar ist.
 - d. Mit Vertragsende.
 - e. Mit dem Ende der Mitgliedschaft bzw. des Versicherungsverhältnisses bei der Krankenkasse oder mit dem Ende des nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V.

Die Krankenkasse informiert den behandelnden Arzt über den Widerruf eines Versicherten nach Buchstabe a, einer Kündigung nach den Buchstaben b und c sowie der Beendigung des Leistungsanspruchs nach Buchstabe e.

- 10) Der Versicherte kann im Rahmen dieses Vertrages nur einen betreuenden Arzt wählen. Sollte sich herausstellen, dass sich ein Versicherter für verschiedene betreuende Ärzte entschieden hat, erfolgt eine Aufforderung der Krankenkasse an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der Krankenkasse unverzüglich mitzuteilen. Die Krankenkasse unterrichtet die betroffenen Ärzte schriftlich. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der Krankenkasse so lange sichergestellt, bis der Arzt von der Krankenkasse über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.

§ 4 Aufgaben der Ärzte

- 1) Der Arzt prüft die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen entsprechend der Versorgungsprogramme gem. den Anlagen 3.
- 2) Er übermittelt die Teilnahmeerklärungen der Versicherten gem. Anlage 2 im Original an die Krankenkasse. Die Teilnahmeerklärungen können gesammelt übersendet werden, müssen jedoch spätestens bei der Abrechnung vorliegen. Wird die Teilnahme elektronisch erklärt, ist keine Übermittlung notwendig.
- 3) Die Entscheidung, welche Versorgung der Versicherte erhält, trifft der behandelnde Arzt gemeinsam mit dem Versicherten im Sinne des Shared Decision Making. Die Entscheidung richtet sich nach der medizinisch erforderlichen Behandlung.
- 4) Der Arzt führt die Versorgungsprogramme entsprechend seiner fachlichen Qualifikation durch und übernimmt die anschließende intensive Betreuung und Versorgung des Versicherten bei Feststellung einer Neuerkrankung.
- 5) Die weiteren Aufgaben des Arztes und die durchzuführenden Leistungen sind jeweils an dem speziellen Betreuungsbedarf der chronisch erkrankten Versicherten ausgerichtet und in den Versorgungsprogrammen der Krankenkassen gem. den Anlagen 3 geregelt.
- 6) Sofern durch die Früherkennung gem. den Anlagen 3 bei einem Versicherten eine Erkrankung festgestellt wurde, verpflichtet sich der teilnehmende Arzt in allen Versorgungsprogrammen die Beratungsintensität über die nach den allgemeinen Regeln vergüteten Leistungen hinaus zu erhöhen. Dazu gehören:
 - a. Zeitnahe Vergabe von Behandlungsterminen, möglichst innerhalb von 14 Tagen.
 - b. Koordinierung von Terminen bei Fachärzten und Heilmittelerbringern in medizinisch erforderlichen Fällen auf Wunsch des Versicherten direkt durch die Arztpraxis.
 - c. Stärkung der Arzt-Patienten-Kommunikation,
 - d. Intensive Motivation und krankheitsspezifische Aufklärung des Versicherten zur Erhöhung der Therapieadhärenz z.B. mittels gemeinsam definierter Therapieziele.
 - e. Zur Vermeidung von nicht notwendigen Krankenhausaufenthalten verpflichten sich die teilnehmenden Ärzte zu einer engen Zusammenarbeit mit anderen Ärzten, um die Möglichkeit der ambulanten Behandlung auszuschöpfen.
 - f. Erlangen der Kenntnisse über die jeweils genutzte Gesundheits-App, um diese gem. der Beschreibung des jeweiligen Versorgungsprogramms (gem. Anlagen 3) einsetzen zu können.
 - g. Die Verpflichtung zur Fortbildung nach §2 Abs. 3a.

§ 5 Vergütung

- 1) Die Leistungen nach den Anlagen 3 werden nach Maßgabe der Anlage 1 vergütet. Weiteres zur Vergütung ist in der Anlage 1 geregelt. Die Vergütung von Leistungen nach diesem Vertrag ist ausgeschlossen, soweit dieselben Leistungen bereits im Rahmen eines anderen Selektivvertrages abgerechnet wurden.
- 2) Die Krankenkassen vergüten die Leistungen nach diesem Vertrag außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.

- 3) Eine Bereinigung der Gesamtvergütung findet somit nicht statt, da durch diesen Vertrag insbesondere strukturelle Angebote gefördert werden, die eine Mehrleistung gegenüber der Regelversorgung darstellen. Die neben dem Vertrag notwendigen ärztlichen Leistungen der Regelversorgung können weiterhin vollständig nach dem EBM abgerechnet werden und bleiben hiervon unberührt.

§ 6 Aufgaben der KVSH

- 1) Die KVSH informiert die Ärzte in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.
- 2) Die KVSH erhält die Teilnahmeerklärungen der Ärzte, prüft die Teilnahmeberechtigung nach § 3, erteilt bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag und führt hierzu ein Arztverzeichnis („Arztstamm“). Dieses Verzeichnis stellt die KVSH der Krankenkasse quartalsweise auf elektronischem Wege zur Verfügung.
- 3) Die KVSH informiert die teilnehmenden Ärzte über die teilnehmenden Krankenkassen durch Veröffentlichung des von der vertragsschließenden Krankenkasse bereitgestellten Verzeichnisses (Anlage 6).

§ 7 Aufgaben der Krankenkassen

- 1) Die Krankenkasse informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrags zur besonderen Förderung ärztlicher Vorsorgeleistungen.
- 2) Die Krankenkasse prüft die Teilnahmeberechtigung der Versicherten nach § 3. Ebenfalls werden die Teilnahmeerklärungen im Original von der Krankenkasse gesetzeskonform archiviert und nach Ablauf der Aufbewahrungsfrist vernichtet.
- 3) Die vertragsschließende Krankenkasse erstellt nach § 10 Abs. 1 ein Verzeichnis über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen und hält das Verzeichnis stets auf dem aktuellen Stand (Anlage 6). Dieses wird der KVSH in der aktuellsten Version bereitgestellt.

§ 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVSH

- 1) Die Abrechnung der Leistungen erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
- 2) Der Arzt rechnet seine Leistungen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach der jeweils relevanten Anlage 3 für teilnehmende Versicherte unter Angabe der Gebührenordnungsposition (GOP) gem. Anlage 1 über die KVSH ab. Insoweit gelten die dafür einschlägigen Bestimmungen (z.B. § 295 SGB V) und insbesondere die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KVSH in der jeweils gültigen Fassung.
- 3) Die KVSH stellt arztseitig eine vertragskonforme Abwicklung und Auszahlung gem. den vorstehenden Absätzen sicher. Die KVSH ist berechtigt, den Verwaltungskostenbeitrag nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung sowie weitere satzungsgemäße Abzüge bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.

- 4) Der Arzt erhält einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
- 5) Im Falle der Beendigung der Teilnahme (z.B. durch Widerruf oder Kündigung) eines Versicherten besteht ein Vergütungsanspruch des behandelnden Arztes für die im Rahmen dieses Vertrages erbrachten Leistungen bis zum Zeitpunkt des Zugangs eines Schreibens nach § 3 Abs. 8 oder Abs. 9.
- 6) Im Übrigen gelten die Regelungen des Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KVSH in ihrer jeweils gültigen Fassung, soweit sich aus diesem Rahmenvertrag keine Abweichungen ergeben.

§ 9

Abrechnung zwischen der KVSH und den Krankenkassen

- 1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der Abrechnung ärztlicher Leistungen nach § 295 SGB V.
- 2) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Gesamtvertrages zwischen dem Verband der Ersatzkassen e.V. (vdek) und der KVSH entsprechend.
- 3) Abrechenbar und vergütungsfähig sind die in Anlage 1 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten GOP, Abrechnungszeiträumen und Vergütungshöhen.
- 4) Die KVSH prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung unter Einschluss der Prüfung der Angabe einer relevanten Diagnose gem. Anlage 1. Die Abrechnungsprüfungs-Vereinbarung gem. § 106d Abs. 5 SGB V i.V.m. der Abrechnungsprüfungs-Richtlinie gem. § 106d Abs. 6 SGB V gilt entsprechend.
- 5) Leistungen nach dieser Vereinbarung für Versicherte einer Krankenkasse mit Wohnort außerhalb des KV-Bereiches Schleswig-Holstein, werden über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVSH angefordert. Die Krankenkassen erklären ausdrücklich, dass sie berechnigte Forderungen anderer Kassenärztlichen Vereinigungen bedienen werden, die über den Fremdkassenzahlungsausgleich von der KVSH für Leistungen nach dieser Vereinbarung bei den Versicherten der Krankenkassen mit Wohnort außerhalb von Schleswig-Holstein angefordert werden.

§ 10

Teilnahme der Krankenkassen

- 1) Ein Verzeichnis über die an diesem Vertrag teilnehmenden Krankenkassen wird nach § 7 Abs. 3 von der vertragsschließenden Krankenkasse erstellt (Anlage 6). Tritt eine weitere Krankenkasse dem Vertrag bei, erklärt diese gegenüber der vertragsschließenden Krankenkasse über die Beitrittserklärung (Anlage 5) ihren Beitritt. Das Verzeichnis wird in diesem Fall entsprechend angepasst.
- 2) Die KVSH ist nicht berechtigt, den vorliegenden Vertrag eigenständig anderen Krankenkassen anzubieten und/oder mit anderen Krankenkassen zu schließen. Die Möglichkeit des Beitritts zu diesem Vertrag wird über die vertragsschließende Krankenkasse koordiniert.

§ 11 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

- 1) Der Vertrag tritt zum 01.10.2023 in Kraft. Er ist auf unbestimmte Zeit geschlossen.
- 2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner schriftlich mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderquartals gekündigt werden. Soweit diese Kündigung nicht von der KVSH ausgeht, besteht der Vertrag zwischen den übrigen Vertragsparteien unverändert fort.
- 3) Der Vertrag kann aus wichtigem Grund von jedem Vertragspartner ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist gekündigt werden. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor, wenn
 - a. die Voraussetzungen dieser besonderen Versorgung aus Gründen der Rechtsentwicklung, wesentlichen medizinisch-wissenschaftlichen oder tatsächlichen Gründen entfallen,
 - b. die Leistungen, die Gegenstand dieser besonderen Versorgung sind, in erheblichem Umfang mangelhaft, unwirtschaftlich oder unvollständig erbracht werden und hierdurch der Vorhabenzweck vereitelt, gefährdet oder beeinträchtigt wird oder
 - c. die zuständige Aufsichtsbehörde den Vertrag beanstandet.
- 4) Wird ein Versorgungsprogramm (gem. Anlagen 3) gekündigt, bleibt die allgemeine Gültigkeit des Rahmenvertrages erhalten. Die Kündigung erstreckt sich lediglich auf das spezifische Versorgungsprogramm. Die vertragsschließende Krankenkasse informieren hierüber die KVSH, welche die Information an die Ärzte weitergibt. Die Zustimmung zu der Änderung gilt mit Bekanntgabe als erteilt.

§ 12 Datenschutz

- 1) Die Vertragspartner verpflichten sich, bei der Verarbeitung personenbezogener Daten alle geltenden datenschutzrechtlichen Vorschriften – insbesondere die der Europäischen Datenschutzgrundverordnung (EU-DSGVO), der Sozialgesetzbücher (SGB) und des Bundesdatenschutzgesetzes (BDSG) – einzuhalten und nur die personenbezogenen Daten zu verarbeiten, deren Verarbeitung zur Erfüllung der sich aus diesem Vertrag ergebenden Aufgaben erforderlich ist.
- 2) Der jeweilige Vertragspartner ist für die sich im Rahmen seiner vertraglichen Aufgaben ergebende Datenverarbeitung verantwortlich. Die Mitarbeiter der Vertragspartner sind auf die Einhaltung des Datengeheimnisses zu verpflichten. Erforderliche technische und organisatorische Maßnahmen zur Einhaltung des Datenschutzes sind zu treffen und nachzuhalten.
- 3) Die Datenverarbeitung erfolgt auf der Grundlage der vorherigen Einwilligung des Versicherten. Im Rahmen der Information des Versicherten über die Versorgung ist dieser vor Abgabe seiner Einwilligungserklärung umfassend über die Reichweite der ihn betreffenden Datenverarbeitung aufzuklären. Die Transparenzverpflichtungen nach der EU-DSGVO gegenüber dem Versicherten sind von den Vertragspartnern zu erfüllen.
- 4) Bei Vertragsende oder Widerruf der Teilnahmeerklärung durch einen Versicherten werden die betroffenen personenbezogenen Daten des Versicherten gelöscht bzw. die Zugriffsrechte Dritter gesperrt. Medizinische Dokumentationspflichten bleiben hiervon unberührt.

- 5) Betriebs- und Geschäftsgeheimnisse des jeweils anderen Vertragspartners sind streng vertraulich zu behandeln und gegen Einsichtnahme Dritter zu schützen. Die Verpflichtung zur Einhaltung des Daten- und Sozialgeheimnisses und zur Wahrung der Vertraulichkeit bleibt auch nach Ende des Vertragsverhältnisses bestehen.

§ 13 Vertragsänderungen

- 1) Die vertragsschließende Krankenkasse und die KVSH sind gemeinsam berechtigt, diesen Vertrag mit Wirkung für alle Teilnehmer mit angemessener Vorlaufzeit nach Maßgabe des folgenden Abs. 2 zu ändern, insbesondere die Versorgung nach diesem Vertrag durch weitere Versorgungsprogramme zu ergänzen. Die beigetretenen Krankenkassen können den Änderungen widersprechen, wodurch eine weitere Teilnahme an dem Vertrag nicht möglich ist.
- 2) 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.
- 3) Die KVSH gibt den Ärzten Änderungen schriftlich bekannt. Ist der Arzt mit der Anpassung nicht einverstanden, hat er das Recht, seine Teilnahme an dem Vertrag nach § 3 des Vertrages zu kündigen.

§ 14 Compliance und Antikorruption

- 1) Die Vertragspartner sind verpflichtet, zusätzlich zu den bereits in diesem Vertrag aufgeführten Bestimmungen die jeweils für sie maßgeblichen und im Zusammenhang mit dem Vertragsverhältnis stehenden gesetzlichen Regelungen einzuhalten. Dies betrifft insbesondere Anti-Korruptions- und Geldwäschegesetze, kartell-, wettbewerbsrechtliche und strafrechtliche Vorschriften (insbesondere Betrug, Untreue und Insolvenzstraf-taten) sowie arbeits- und sozialrechtliche Vorschriften.
- 2) Bei einem Verstoß gegen vorstehenden Absatz kann dieser Vertrag nach den gesetzlichen Bestimmungen ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist außerordentlich gekündigt werden. Die Krankenkassen sind insbesondere zur außerordentlichen Kündigung berechtigt,
 - a. wenn sich die Vertragspartner im Zuge der Begründung oder Durchführung des Schuldverhältnisses an unzulässigen Wettbewerbsbeschränkungen im Sinne des Strafgesetzbuches (StGB) oder des Gesetzes gegen Wettbewerbsbeschränkungen (GWB) beteiligt haben. Dies umfasst insbesondere Vereinbarungen mit Dritten über die Abgabe oder Nichtabgabe von Angeboten, über zu fordernde Preise, über die Entrichtung einer Ausfallentschädigung (Gewinnbeteiligung oder sonstige Angaben) sowie über die Festlegung der Empfehlung von Preisen oder
 - b. wenn die Vertragspartner nachweislich eine ihre Zuverlässigkeit in Frage stellende schwere Verfehlung begangen haben, die nach den maßgeblichen vergaberechtlichen Bestimmungen ihren Ausschluss vom Wettbewerb rechtfertigen. Eine schwere Verfehlung ist insbesondere die Gewährung von Vorteilen im Sinne der §§ 333, 334 StGB.

§ 15
Salvatorische Klausel

Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrags ganz oder teilweise unwirksam oder undurchführbar sein oder werden, so wird hierdurch die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen oder undurchführbaren Bestimmungen oder zur Ausfüllung der Lücke soll eine dem Willen der Vertragspartner sowie dem Sinn und Zweck dieses Vertrags entsprechende Regelung treten. Die Vertragspartner regeln dies einvernehmlich.

Bad Segeberg, Hannover, den **XX.XX.XXXX**

.....

Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
vertreten durch Dr. Monika Schliffke, Vorstandsvorsitzende

.....

Kaufmännische Krankenkasse – KKH
Abteilungsleiter