Vertrag

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

zwischen der

DAK-Gesundheit
Landesvertretung Sachsen

- nachfolgend „DAK-G“ genannt -

und der

Kassenärztliche Vereinigung
Sachsen

- nachfolgend „KVS“ genannt -

Vertragsnummer 121982DA005

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages

§ 2 Teilnahme der Versicherten

§ 3 Teilnahme der Hausärzte

§ 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

§ 5 Aufgaben der KVS

§ 6 Aufgaben der DAK-G

§ 7 Grundsätze der Abrechnung

§ 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVS

§ 9 Rechnungslegung und Bezahlung

§ 10 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

§ 11 Qualitätssicherung, Beirat

§ 12 Beitritt von Krankenkassen

§ 13 Datenschutz

§ 14 Salvatorische Klausel

§ 15 Inkrafttreten und Kündigung

Aus Gründen der besseren Lesbarkeit werden im folgenden Vertragstext Berufs- und Funktionsbezeichnungen stets in der maskulinen Form verwendet. Die Bezeichnungen umfassen jedoch jeweils Personen weiblichen und männlichen Geschlechts gleichermaßen. Im Folgenden wird einheitlich der Begriff „Arzt“ verwendet.

Anlagenverzeichnis

Anlage 1 Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“

Anlage 2 Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“

Anlage 3 Teilnahmeerklärung für Vertragsärzte

Anlage 4 Versicherteninformation

Anlage 5 Teilnahmeerklärung der Versicherten

Anlage 6 Merkblatt Datenschutz

Anlage 7 Abrechnung und Vergütung

Anlage 8 Technische Anlage

Anlage 9 Prozessablaufdiagramm (Übersicht)

Präambel

Das epidemiologische Bulletin 5/2015 des Robert-Koch-Institutes sagt hinsichtlich der Prävalenz der **Hypertonie**:

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 steht dort:

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.

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

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 der prospektiven Versorgungsausgaben erreicht werden.
2. Hierzu werden innerhalb definierter Versorgungsfelder in regelmäßigen Abständen Versorgungsprogramme 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 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 Teilnahmebedingungen erfüllen.

2. Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig und beginnt mit der Unterschrift auf der Teilnahme- und Einverständniserklärung (Anlage 5). Der Versicherte bestätigt mit seiner Unterschrift, dass er vom teilnehmenden Arzt über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurde und die Versicherteninformation (Anlage 4) und das Datenschutzmerkblatt (Anlage 6) erhalten hat.
3. Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der DAK-G ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die DAK-G.
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 sechs 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 teilnehmend 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 dieses Versorgungsangebotes 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 dieses Versorgungsangebotes 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 des Diabetes ist nicht möglich.
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 nachgehendem Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
    c. mit dem Ende dieses Vertrages.
10. Die DAK-G informiert den teilnehmenden Arzt und die KVS zeitnah über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe.

§ 3
Teilnahme der Hausärzte

1. Teilnahmeberechtigt sind zugelassene Vertragsärzte, bei Vertragsärzten angestellte Ärzte, Vertragsärzte in zugelassenen MVZ gemäß § 95 SGB V sowie in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 311 Abs.2 SGB V, die als Hausärzte gemäß § 73 Abs. 1a Satz 1 Nrn. 1 und 3 - 5 SGB V an der vertragsärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahme ist schriftlich bei der KV Sachsen zu beantragen (Anlage 3).
2. Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu 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.
3. Die Teilnahme am Vertrag ist freiwillig und kann mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KV Sachsen gekündigt werden.
4. Die Teilnahme des Vertragsarztes 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 KV Sachsen endet.
5. Die Teilnahme des Vertragsarztes endet ferner mit dem Ruhen der vertragsärztlichen Tätigkeit oder der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit.

§ 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.
2. Der Hausarzt berät den Versicherten umfassend über die Inhalte dieser besonderen Versorgung und schreibt den Patienten ein (Anlage 5). Der Hausarzt übermittelt die Teilnahmeerklärung des Versicherten innerhalb von 14 Tagen an die DAK-Gesundheit.
3. Der Hausarzt erbringt bei den Versicherten der DAK-Gesundheit die in den einzelnen Versorgungsfeldern beschriebenen Programme gemäß Anlage 1 und 2.
4. Die jeweiligen Versorgungsprogramme (Screening) können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt die in den Anlagen 1 und 2 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 Screeningprogramme ist frühestens nach Eintreten eines neuen Krankheitsfalls nach der Definition des EBM möglich.

5. Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Versorgungsprogramms (Screening) 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.
6. Manifestiert sich während der Teilnahme des Versicherten an einem Versorgungsfeld dieses Vertrages ein Diabetes mellitus neu, soll der Arzt den Versicherten in den „Vertrag über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“ einschreiben und die Weiterbetreuung für das jeweilige Versorgungsfeld nicht mehr nach den Modulen dieses Vertrages, sondern nach den inhaltsgleichen Modulen des „Vertrages über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung von Begleiterkrankungen des Diabetes mellitus“ durchführen.

§ 5
Aufgaben der KVS

1. Die KVS informiert jährlich per Sonderrundschreiben und auf ihrer Homepage zwei Monate vor Beginn eines Vertragsjahres sowie im ersten Vertragsjahr frühestmöglich nach Vertragsunterzeichnung über den genauen Inhalt dieses Vertrages und wirkt auf eine hohe Beteiligung der Vertragsärzte hin.
2. Die KVS nimmt die Abrechnung der Ärzte entgegen.
3. Die KVS vergütet die Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung gemäß Absatz 4 - 6. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen erfolgt keine Vergütung.
4. Die KVS prüft, ob bei positivem Untersuchungsbefund im Rahmen der Screeningprogramme die in den jeweiligen Versorgungsfeldern gemäß Anlage 1 und 2 definierten Behandlungsdiagnosen gemäß aktuell gültiger ICD 10 GM mit der Diagnosesicherheit „G“ verschlüsselt sind. Ferner prüft die KVS, 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 KVS weist die teilnehmenden Hausärzte gegebenenfalls auf Unvollständigkeiten im Rahmen der Abrechnung hin.
5. Sofern identische Leistungen in anderen Verträgen der DAK-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Hausarzt die jeweilige Leistung nur einmalig je Versicherten abrechnen (Anlage 7 – Abrechnung und Vergütung; vgl. auch § 2 Abs. 8).
6. Die KVS stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes sowie die Berücksichtigung der jeweiligen Patiententeilnahmevoraussetzungen.
7. Die KVS übermittelt der DAK-G quartalsweise eine Übersicht der teilnehmenden Ärzte im csv-Format (Anlage 8 - Technische Anlage).
8. Die KVS 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 des § 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 medizinische Dokumentation und Information (DIMDI) unter Berücksichtigung der Vorgaben des ambulanten Bereiches anzugeben.
3. Es sind alle Indikationen zu erfassen, für die im Rahmen der Behandlung Leistungen erbracht bzw. Maßnahmen durchgeführt worden sind oder die im Zusammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.
4. Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben.
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-Gesundheit vereinbart werden, darf der an diesem Versorgungsvertrag teilnehmende Arzt die jeweilige Leistung nur einmalig je Versicherten abrechnen.

§ 8
Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVS

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
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 Leistungsziffern (Anlage 7) entsprechend der jeweiligen Anlage 1 - 2 unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM gegenüber der KVS ab.
3. Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVS, der Vertrag gemäß § 106d Abs. 5 SGB V über Inhalt und Durchführung der Abrechnungsprüfung in der vertragsärztlichen Versorgung sowie der Bundesmantelvertrag, in ihren jeweils gültigen Fassungen.

4. Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
5. Die KVS erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die satzungsgemäßen Verwaltungskostenumlagen.

§ 9
Rechnungslegung und Bezahlung

1. Die DAK-Gesundheit zahlt mit befreiender Wirkung die vereinbarten Vergütungssätze lt. Anlage 7 an die KV. Die Rechnungsstellung erfolgt unter Nennung der jeweiligen Abrechnungsnummern unter Kontenart 570, Kapitel 99, Abschnitt 5 über Formblatt 3.
2. Eine zusätzliche Vergütung für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.
3. Die Vergütungen der in diesem Vertrag genannten Leistungen erfolgt durch die DAK-G außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
4. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 bis 2 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

§ 10
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.

§ 11
Qualitätssicherung, Beirat

1. Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.
2. 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-G und der KVS. Der Beirat tagt bei Bedarf, jedoch mindestens einmal im Jahr.

§ 12
Beitritt von Krankenkassen

1. Der Beitritt von Ersatzkassen ist jeweils zum Quartalsbeginn, für alle übrigen Kassenarten frühestens nach einem Jahr jeweils zum Quartalsbeginn 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. Sie werden jedoch ausdrücklich nicht Vertragspartner dieses Versorgungsvertrages.
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.

§ 13
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 (Patien-

ten) 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. Diese Vereinbarung tritt am 01.04.2019 in Kraft.
2. Sie verlängert sich um jeweils ein Kalenderjahr, sofern sie nicht mit einer Frist von 3 Monaten vor Ablauf eines Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber der anderen Vertragspartei gekündigt wird.
3. Ein Recht zur fristlosen 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.

Unterschriften der Vertragsparteien

Dresden, den 28.03.2019

gez.

Kassenärztliche Vereinigung Sachsen
vertreten durch den Vorstand

Dresden, den 01.04.2019

gez.

DAK-G Landesvertretung Sachsen
vertreten durch die Leiterin Landesvertretung