Vertrag

über die frühzeitige Diagnostik und Behandlung chronisch obstruktiver Lungenerkrankung
nach § 140a SGB V

zwischen der

IKK classic
Tannenstraße 4 b
01099 Dresden

– vertreten durch den
Unternehmensbereichsleiter Gesundheitspartner und -versorgung
Dr. Christian Korbanka –

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen

- im Folgenden „KV Sachsen“ genannt -

Inhaltsverzeichnis

Präambel

§ 1 Gegenstand der Versorgung

§ 2 Teilnahme der Versicherten

§ 3 Teilnahme des Arztes

§ 4 Aufgaben des teilnehmenden Arztes

§ 5 Aufgaben der KV Sachsen

§ 6 Aufgaben der IKK classic

§ 7 Grundsätze der Abrechnung

§ 8 Begleitung des Vertrages

§ 9 Abrechnung zwischen dem Arzt und KV Sachsen

§ 10 Abrechnung zwischen der KV Sachsen und der IKK classic

§ 11 Vergütung

§ 12 Maßnahmen bei Vertragsverletzungen

§ 13 Datenschutz und Schweigepflicht

§ 14 Salvatorische Klausel

§ 15 Schriftform

§ 16 Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

§ 17 Beitritt von Krankenkassen

Anlagenverzeichnis:

Anlage 1	Modul 1: COPD Screening
Anlage 2	Modul 2: Weiterbetreuung COPD
Anlage 3	Modul 3: Versorgungsangebote bei COPD (im Aufbau)
Anlage 3.1	Versorgungsangebot Nikotinabusus
Anlage 4	Prävention (im Aufbau)
Anlage 5	Abrechnung und Vergütung
Anlage 6	Antrag auf Teilnahme Arzt
Anlage 7	Versicherteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz sowie Teilnahmeerklärung und Einverständnis zur Datenverarbeitung
Anlage 8	Technische Anlage
Anlage 9	Dokumentationsbogen COPD-Screening
Anlage 10	COPD Assessment Test
Anlage 11	Beitrittserklärung Krankenkassen

Soweit in diesem Vertrag personenbezogene Bezeichnungen im Maskulin stehen, wird diese Form verallgemeinernd verwendet und bezieht sich auf alle Geschlechter.

Präambel

Die chronisch obstruktive Lungenerkrankung (COPD), eine aus dem Englischen übernommene Abkürzung für Chronic Obstructive Pulmonary Disease, ist eine Erkrankung mit einer der höchsten Morbiditäts- und Mortalitätsrate in den industrialisierten und entwickelten Ländern.

Unter Berücksichtigung der Definitionen der Leitlinie der Deutschen Atemwegsliga, der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin, der GOLD-Initiative und der ATS und ERS kann die COPD wie folgt definiert werden:

Die COPD ist eine Erkrankung, die verhindert und therapiert werden kann. Sie ist charakterisiert durch eine Atemwegsobstruktion, die nicht vollständig reversibel ist. Sie ist assoziiert mit einer abnormen Entzündungsreaktion, die in erster Linie durch Zigarettenrauch, aber auch durch Partikel oder Gase ausgelöst wird. Des Weiteren betrifft die COPD nicht nur die Lunge, sondern hat auch signifikante extrapulmonale Effekte, die zum Schweregrad der Erkrankung beitragen können.

Die COPD ist eine chronisch progrediente Erkrankung und mündet oftmals in ein Endstadium, das durch eine ausgeprägte klinische Symptomatik wie Ruhedyspnoe, stark reduzierte verminderte Belastbarkeit und hohe Mortalität gekennzeichnet ist.

Gerade in fortgeschrittenen Stadien wurde das Auftreten von multiplen Begleiterkrankungen beobachtet. Die Begleiterkrankungen der COPD haben einen negativen Effekt auf die ohnehin schon reduzierte Lebensqualität der COPD-Erkrankten.

Die COPD ist trotz erheblicher Morbidität, Mortalität und volkswirtschaftlicher sowie sozialmedizinischer Bedeutung eine häufig unterdiagnostizierte Volkskrankheit. Eine besondere Schwierigkeit liegt in der Abgrenzung einer beginnenden COPD und der oftmals vorausgehenden chronischen Bronchitis. Die Dunkelziffer der COPD-Erkrankten wird als sehr hoch eingeschätzt und liegt unterschiedlichen Studien zufolge bei bis zu 40 Prozent. Die COPD geht mit typischen Begleiterkrankungen einher, die sich gegenseitig beeinflussen.

Mit diesem Vertrag streben die Vertragspartner an, einer potentiellen Unterversorgung bei der Diagnostik der COPD entgegenzuwirken. Durch eine Krankheitserkennung in einem frühen Stadium, können neben einer therapeutischen Intervention auch sekundär- und tertiärpräventive Maßnahmen einen Krankheitsprogress beeinflussen. Die Versicherten sollen nach Möglichkeit in das strukturierte Behandlungsprogramm überführt werden.

Langfristig soll hierdurch eine Verschlimmerung des Krankheitsbildes, schwerwiegende und abwendbare Krankheitsverläufe bis hin zu einer 24h-Beatmungspflicht sowie stationäre Krankenhausaufenthalte vermieden und eine Aufrechterhaltung von hoher Lebensqualität insbesondere hinsichtlich der Mobilität/Selbstständigkeit erlangt werden. Ziel ist es, durch eine frühzeitige Behandlung die krankheitsbedingten Folgekosten zu senken.

§ 1
Gegenstand der Versorgung

Gegenstand dieses Vertrages im Rahmen der besonderen Versorgung ist die Früherkennung einer COPD, das Anbieten von risikoadaptierten Sekundär- und Tertiärpräventionsmaßnahmen und die weitere Betreuung zur Klärung möglicher Komplikationen sowie zur Steigerung der Adhärenz des Versicherten.

Der Arzt führt eine spezielle Anamnese anhand der vertraglich definierten Aufgreifkriterien durch und dokumentiert diese. Bei der Identifikation der COPD sollen typische Begleiterkrankungen und weitere Aufgreifkriterien als mögliche Indikatoren herangezogen werden.

Sofern der Arzt am strukturierten Behandlungsprogramm (DMP) COPD teilnimmt, hat er darauf hinzuwirken, dass der COPD-Patient an diesem teilnimmt.

Der weitere Verlauf der Erkrankung und der Umgang mit seinen Risikofaktoren für die Ausbildung einer COPD soll durch den Arzt mit dem Versicherten erörtert werden.

Basis dieser Vereinbarung ist die S2k-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Patienten mit chronisch obstruktiver Bronchitis und Lungenemphysem (COPD) - vom 24.01.2018, herausgegeben von der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. und der Deutschen Atemwegsliga e.V., unter Beteiligung der Österreichischen Gesellschaft für Pneumologie, unter Mitwirkung der folgenden Wissenschaftlichen Fachgesellschaften:

- Deutsche Gesellschaft für Arbeitsmedizin und Umweltmedizin e.V.
- Deutsche Gesellschaft für Rehabilitationswissenschaften e.V.

sowie die S3-Leitlinie Tabakentwöhnung bei COPD der Deutschen Gesellschaft für Pneumologie und Beatmungsmedizin e.V. in der jeweils aktuellen Fassung.

Die Vertragspartner prüfen fortlaufend die Bedarfsgerechtigkeit dieses Versorgungsangebotes und mögliche Anpassungen der einzelnen Module bzw. Versorgungsfelder.

§ 2
Teilnahme der Versicherten

(1) Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der IKK classic, welche die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen der jeweiligen Anlage erfüllen.

(2) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig.

(3) Der Versicherte erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Einverständniserklärung zur Datenverarbeitung (Anlage 7). Der Versicherte bestätigt mit seiner Teilnahmeerklärung, dass er über die Inhalte des Vertrages umfassend beraten, informiert und aufgeklärt wurde. Bei Anpassungsbedarf z.B. in Folge tatsächlicher oder rechtlicher Notwendigkeit wird die Teilnahmeerklärung durch die Krankenkasse aktualisiert und verbindlich zur Verfügung gestellt, ohne dass es einer Änderung des Vertrages bedarf.

(4) Das Original der Teilnahmeerklärung wird durch den teilnehmenden Arzt innerhalb einer Woche nach Unterzeichnung an die IKK classic übersandt. Eine Kopie der Teilnahmeerklärung erhält der Versicherte.

(5) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem Tag der Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung.

(6) Der teilnehmende Versicherte kann die Teilnahmeerklärung innerhalb von zwei Wochen nach deren Abgabe in Textform oder zur Niederschrift bei der IKK classic ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die IKK classic.

(7) 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 IKK classic vergütet.

(8) Mit seiner Unterschrift bindet sich der teilnehmende Versicherte mindestens für ein Jahr an diese besondere Versorgung. Der Versicherte kann seine Teilnahme jeweils mit einer Frist von vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber der IKK classic kündigen, sofern sich aus den Anlagen nichts Abweichendes ergibt. Der teilnehmende Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber der IKK classic außerordentlich kündigen, sofern konkret zu benennende Gründe (z.B. Wohnortwechsel, Praxisschließung) vorliegen.

(9) Die IKK classic informiert den teilnehmenden Arzt zeitnah sowohl über die Kündigung mit Teilnahmeende des Versicherten, als auch über den Widerruf des Versicherten.

(10) 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.

§ 3
Teilnahme des Arztes

(1) Teilnahmeberechtigt sind alle im Bereich der KV Sachsen zugelassenen, ermächtigten, bzw. in einem MVZ oder bei einem teilnehmenden Arzt angestellte Ärzte, ermächtigte ärztlich geleitete Einrichtungen sowie Ärzte, die aufgrund einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Zweigniederlassung oder einer durch den Zulassungsausschuss genehmigten Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft berechtigt sind, im Bereich der KV Sachsen Leistungen zu erbringen und abzurechnen und dem folgenden Versorgungsbereich bzw. den folgenden Facharztgruppen angehören:

- Ärzte, die nach § 73 Abs. 1a, Nummer 1, 3, 4 und 5 SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen
- Facharzt für Innere Medizin und Pneumologie
- Facharzt für Innere Medizin mit der Schwerpunktbezeichnung Pneumologie
- Facharzt für Innere Medizin mit dem Nachweis einer mindestens 12-monatigen Weiterbildung in einer pneumologischen Abteilung mit Weiterbildungsermächtigung
- Facharzt für Innere Medizin mit Versorgungsschwerpunkt Pneumologie nach Ergänzender Vereinbarung des EBM
- Facharzt für Lungen- und Bronchialheilkunde

(2) Bei einer Teilnahme eines angestellten Arztes erklärt der anstellende Vertragsarzt bzw. die Einrichtung die Teilnahme an dieser Vereinbarung. Die persönlichen Anforderungen – nach Abs. 1 - sind durch den Arzt selbst bzw. durch den anstellenden Vertragsarzt bzw. die anstellende Einrichtung jeweils über die Person des angestellten oder in der Praxis tätigen Arztes nachzuweisen. Das Ende des Angestelltenverhältnisses oder der Tätigkeit ist unverzüglich der KV Sachsen mitzuteilen. Die Teilnahme an dieser Vereinbarung ist abhängig von der Erfüllung der persönlichen Anforderungen in Person des jeweils angestellten Arztes.

(3) Die apparativen Voraussetzungen für die Durchführung einer Spirometrie müssen in jeder gemeldeten Betriebsstätte erfüllt sein.

(4) Für die Teilnahme am Tabakentwöhnungsprogrammes „Rauchfrei durchatmen“ müssen die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Anlage 3.1, §1 erfüllt sein.

(5) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig.

(6) Mit der Teilnahmeerklärung (Anlage 6) beantragt der Arzt gegenüber der KV Sachsen seine Teilnahme an diesem Vertrag und erkennt die Inhalte dieses Vertrages als verbindlich an.

(7) Die KV Sachsen überprüft initial die Teilnahmevoraussetzung; bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzung erteilt die KV Sachsen dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.

(8) 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 KV Sachsen mitzuteilen.

(9) Der teilnehmende Arzt kann seine Teilnahme an diesem Vertrag schriftlich gegenüber der KV Sachsen mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende kündigen.

(10) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit

- dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
- der Feststellung der KV Sachsen, dass die Teilnahmevoraussetzungen nicht mehr erfüllt werden,
- dem Widerruf oder der Rücknahme der Teilnahme- und Abrechnungsgenehmigung wegen eines schwerwiegenden oder wiederholten nachweislichen Verstoßes gegen die Verpflichtungen dieses Vertrages gem. § 12,
- dem Ende dieses Vertrages.

§ 4
Aufgaben des teilnehmenden Arztes

(1) Die spezifischen Teilnahmevoraussetzungen und die genauen Inhalte der Leistung ergeben sich aus den Anlagen. Der Arzt prüft, welche Versicherten die spezifischen Teilnahmebedingungen erfüllen und weist diese auf die Möglichkeit der Inanspruchnahme der in den einzelnen Versorgungsfeldern gemäß den in den Anlagen beschriebenen Leistungen hin.

(2) Der Arzt berät den Versicherten umfassend über diese besondere Versorgung und übermittelt die Teilnahmeerklärung (Anlage 7) gem. § 2 Abs. 4 an die IKK classic.

(3) Der Arzt führt die in den Anlagen genannten Leistungen durch.

§ 5
Aufgaben der KV Sachsen

(1) Die KV Sachsen informiert ihre Mitglieder in angemessener Form über die Inhalte dieses Vertrages.

(2) Die KV Sachsen erstellt ein Arztverzeichnis. Dieses sendet die KV Sachsen entsprechend der technischen Anlage (Anlage 8) regelmäßig an die IKK classic.

§ 6
Aufgaben der IKK classic

(1) Die IKK classic informiert ihre Versicherten in angemessener Form umfassend über Inhalt und Ziel des Vertrages.

(2) Die IKK classic erstellt über die teilnehmenden Versicherten ein Verzeichnis und stellt dieses der KV Sachsen bis zum 1. Tag des 2. Monats im darauffolgenden Quartal entsprechend der technischen Anlage (Anlage 8) zur Verfügung. Die IKK classic versichert, dass das jeweilige Teilnahmeverzeichnis vollständig ist und ordnungsgemäß alle vorliegenden Versichertenteilnahmeerklärungen enthält.

(3) Darüber hinaus unterstützt die IKK classic Versicherte bei der Teilnahme an Präventionsangeboten, sofern der Versicherte einer Kontaktnahme durch die IKK classic im Rahmen seiner Teilnahmeerklärung zugestimmt hat.

§ 7
Grundsätze der Abrechnung

(1) Vergütungsfähig sind die Leistungen nach diesem Vertrag, die auf Grundlage nach § 295 Absatz 1 SGB V sowie darauf basierender Richtlinien oder Vereinbarungen über Form und Inhalte des GKV-Quartalsabrechnungsverfahrens in der jeweils geltenden Fassung dokumentiert und übermittelt werden. Die Dokumentation und Übermittlung der entsprechenden gesicherten Diagnosen ist maßgeblich und Voraussetzung für die Abrechnungsprüfung der Vergütungen nach diesem Vertrag.

(2) Die im Rahmen des Datenaustauschverfahrens zu übermittelnden Diagnosen sind vollständig, spezifisch und kontinuierlich zu dokumentieren. Die Diagnosen sind gemäß der jeweils aktuellen Klassifikation der Krankheiten des Deutschen Instituts für 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 Zu-

sammenhang mit der Inanspruchnahme von Leistungen und/oder Maßnahmen stehen. Die Diagnosen sind entsprechend dem Krankheits- und Behandlungsverlauf anzupassen.

(4) Gesicherte Diagnosen sind endstellig zu kodieren. Die Erkrankung ist, soweit es die Klassifikation ermöglicht, in deren Stadium, Schweregrad und soweit sachgerecht, mit der dazugehörigen Lokalisation anzugeben. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10-GM angegeben.

(5) Die Vertragspartner sind sich darüber einig, dass im Falle von Änderungen des ICD-10-GM umgehend die Anlagen zu diesem Vertrag einvernehmlich angepasst werden.

§ 8
Begleitung des Vertrages

Die Vertragspartner verständigen sich bei Bedarf quartalsweise über die Umsetzung des Vertrages, insbesondere über den teilnehmenden Patientenkreis mit Blick auf deren Chronizität und Multimorbidität sowie über die ärztliche Beteiligung. Grundlage hierfür bilden das Teilnehmerverzeichnis nach § 6 Abs. 2, die Abrechnungsdaten nach § 7 Abs. 1 und das Arztverzeichnis nach § 5 Abs. 2. Zeichnet sich eine nur geringe oder auch sehr starke Inanspruchnahme ab, verständigen sich die Vertragspartner über geeignete Maßnahmen.

§ 9
Abrechnung zwischen dem Arzt und der KV Sachsen

(1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.

(2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in den Anlagen aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Symbolnummern (SNR) und Vergütungsbeträgen.

(3) Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KV Sachsen, 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 KV Sachsen stellt durch die Abrechnungsprüfung eine vertragskonforme Abwicklung sicher. Die Abrechnungsprüfung beinhaltet u. a. die Teilnahme des Arztes sowie die Teilnahme des Versicherten unter Berücksichtigung des nach § 6 Abs. 2 übermittelten Verzeichnisses.

(6) Die KV Sachsen erhebt vom Arzt für die Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag die jeweiligen satzungsgemäßen Verwaltungskosten.

§ 10
Abrechnung zwischen der KV Sachsen und der IKK classic

(1) Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.

(2) Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in den Anlagen aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten Symbolnummern (SNR) und Vergütungsbeträgen.

(3) Die KV Sachsen prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung.

(4) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen gemäß Formblatt 3 Richtlinie, gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages und des Gesamtvertrages entsprechend.

§ 11
Vergütung

(1) Die Vergütungen der in den Anlagen aufgeführten Leistungen erfolgen durch die IKK classic außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung. Mit der Vergütung sind alle vertraglich aufgeführten Leistungen inkl. erforderlicher Dokumentationen abgegolten. Weitergehende ärztliche Leistungen, die nicht Gegenstand dieses Versorgungsauftrages sind, werden über den EBM vergütet.

(2) Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

(3) Die Leistungen besitzen keine Prüfzeiten und unterliegen somit nicht dem Tages- und Quartalszeitprofil.

(4) Der Vertragsarzt hat Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen entsprechend Abs. 1. Der Vergütungsanspruch des Vertragsarztes besteht gegen die IKK classic und wird ausschließlich über die KV Sachsen durchgesetzt. Die KV Sachsen ist berechtigt, von der Vergütung nach diesem Vertrag eine Verwaltungsgebühr einzubehalten. Die Höhe bestimmt sich nach dem jeweils aktuellen Verwaltungskostensatz der KV Sachsen. Mit dieser Verwaltungsgebühr wird der Aufwand der KV Sachsen abgegolten, der im Zusammenhang mit der Durchführung dieses Vertrages entsteht. Sofern die KV Sachsen Zahlungen geleistet hat, auf die die Vertragsärzte keinen Anspruch nach diesem Vertrag haben, ist die KV Sachsen berechtigt, diese Beträge unter Angabe von Gründen zurückzufordern und von späteren Abrechnungen abzuziehen. Dies gilt auch, wenn der betreffende Vertragsarzt seine Teilnahme an diesem Vertrag zum Zeitpunkt der Rückforderung bereits beendet hat bzw. keine weiteren Vergütungsansprüche aus diesem Vertrag bestehen. Der Rückforderungsanspruch wird durch die Beendigung des Vertrages nicht beeinträchtigt. Zur Sicherung der Durchsetzung der Rückforderung meldet die IKK classic ihre Rückforderungen der KV Sachsen unverzüglich nach Kenntniserlangung, spätestens jedoch ein Jahr nach Ablauf des Kalenderjahres, in dem der Anspruch entstanden ist.

(5) Die Abrechnung der vertraglichen Leistungen erfolgt ausschließlich durch die KV Sachsen nach den in den hier beschriebenen Verfahren. Die Vertragsärzte rechnen ihre Leistungen nach diesem Vertrag im Rahmen ihrer normalen GKV-Abrechnung im Format KVDT ab.

(6) Die KV Sachsen ist verantwortlich für die sachlich-rechnerische Richtigstellung der Abrechnungen und übermittelt die geprüften Abrechnungsdaten mittels des EFN an die IKK classic.

§ 12

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:

- schriftliche Aufforderung, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,
- keine Vergütung bzw. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütung für abgerechnete Leistungen und/oder
- Widerruf der Teilnahme- und der Abrechnungsgenehmigung.

(2) Eine erneute Teilnahme des Arztes ist nur mit schriftlicher Zustimmung der IKK classic möglich.

§ 13
Datenschutz und Schweigepflicht

(1) Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den Vertragspartnern und den teilnehmenden Ärzten zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht durch die teilnehmenden Ärzte nach der Berufsordnung für Ärztinnen und Ärzte.

(2) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (EU-DSGVO, SGB X, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.

(3) Die Vertragspartner haben die notwendigen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gem. Art. 24 i. Verb. m. 32 EU-DSGVO herzustellen und einzuhalten. Die Verarbeitung personenbezogener Daten hat entsprechend der Grundsätze nach Art. 5 EU-DSGVO und für besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 EU-DSGVO zu erfolgen.

(4) Die Vertragspartner verpflichten sich, die im Rahmen dieses Vertrages bekannt werdenden Daten wie beispielsweise Geschäfts- und Betriebsgeheimnisse, personenbezogene Daten von Versicherten (wie z. B. Name, Vorname, Geburtsdatum, Anschrift, Diagnosen und Krankheiten usw.) sowie alle zur Kenntnis gelangenden Informationen und Unterlagen vertraulich zu behandeln und nicht an Dritte weiterzugeben. Die Vertraulichkeitsverpflichtung gilt über die Dauer dieses Vertrages hinaus.

(5) 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.

(6) Die Vertragspartner sind verpflichtet, gemäß Art. 9 Abs. 3 EU-DSGVO für die Erfüllung der vertraglich vereinbarten Leistungen nur Personen einzusetzen, die

auf die Vertraulichkeit verpflichtet und zuvor mit den für sie relevanten Bestimmungen zum Datenschutz vertraut gemacht wurden sowie regelmäßig informiert und angewiesen werden (Datengeheimnis). Die Geheimhaltungspflicht reicht über das Vertragsende hinaus.

(7) Die ärztlichen Leistungserbringer sowie von ihnen Beauftragte unterliegen hinsichtlich der Patientin/des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst der Krankenkassen (MDK) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 14
Salvatorische Klausel

Sollten eine oder mehrere Regelungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, wird die Wirksamkeit der übrigen Regelungen nicht berührt. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksamen Regelungen durch eine ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen.

§ 15
Schriftform

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.

§ 16
Inkrafttreten, Laufzeit, Kündigung

(1) Dieser Vertrag tritt am 1. Juli 2020 in Kraft.

(2) Der Vertrag kann von jedem Vertragspartner mit einer Kündigungsfrist von drei Monaten zum Quartalsende durch schriftliche Erklärung gegenüber dem jeweils anderen Vertragspartner gekündigt werden.

(3) Das Recht zur außerordentlichen Kündigung ist gegeben, wenn

a. ein wichtiger Grund, insbesondere 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.

§ 17
Beitritt von Krankenkassen

(1) Krankenkassen können diesem Vertrag nur beitreten, wenn die KV Sachsen und die IKK classic dem Beitritt schriftlich zustimmen. Mit dem Beitritt werden die Inhalte dieses Vertrages in der jeweils gültigen Fassung akzeptiert. Beigetretene Krankenkassen haben kein Recht zur Änderung dieses Vertrages.

(2) Der Beitritt weiterer Krankenkassen nach Absatz 1 ist schriftlich mit der Beitrittserklärung gemäß Anlage 11 zu erklären. Die Teilnahme der Krankenkasse beginnt nach der Zustimmung gemäß Absatz 1, frühestens jedoch zum Monatsersten des ersten Monats des Folgequartals. Der Zeitpunkt der Teilnahme wird der beitretenden Krankenkasse von der KV Sachsen in Abstimmung mit der IKK classic mitgeteilt; bereits teilnehmende Krankenkassen werden über neue Beitritte informiert.

(3) Jede Krankenkasse nach Absatz 1 kann ihre Teilnahme schriftlich gegenüber der KV Sachsen und der IKK classic kündigen. Die Kündigungsfrist beträgt drei Monate zum Ende des Quartals. Näheres regelt § 16. Die Kündigung einer beigetretenen Krankenkasse beendet nur deren Beteiligung und nicht diesen Vertrag in seiner Gesamtheit.

Dresden, den

Dr. med. Klaus Heckemann Vorstandsvorsitzender KV Sachsen	Dr. Christian Korbanka Unternehmensbereichsleiter Gesundheitspartner und –versorgung IKK classic