

Vertrag
nach § 140a SGB V
über die Durchführung eines ergänzenden
Hautkrebsvorsorge-Verfahrens

zwischen

der Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-Anhalt
Doctor-Eisenbart-Ring 2
39120 Magdeburg
(im Folgenden „KVSA“ genannt)

und

der HEK – Hanseatische Krankenkasse
Wandsbeker Zollstraße 86 - 90
22041 Hamburg
(im Folgenden „HEK“ genannt)

(im Folgenden „Vertragspartner“ genannt)

Inhaltsverzeichnis

Präambel	3
§ 1 Geltungsbereich des Vertrages	3
§ 2 Anspruchsberechtigter Personenkreis	4
§ 3 Teilnahmeberechtigter Leistungserbringer	4
§ 4 Teilnahme der Versicherten	6
§ 5 Umfang des Leistungsanspruchs	7
§ 6 Abrechnung und Vergütung	8
§ 7 Aufgaben der KV Sachsen-Anhalt	9
§ 8 Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung	10
§ 9 Evaluation	10
§ 10 Datenschutz, Datentransparenz und -austausch	10
§ 11 Inkrafttreten und Kündigung	11
§ 12 Schlussbestimmungen	12

Anlagenverzeichnis

Anlage 1	Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung
Anlage 2	Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz
Anlage 3	Teilnahmeerklärung Arzt

Präambel

Dieser Vertrag nach § 140a SGB V über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens ersetzt den am 01.01.2015 geschlossenen Vertrag nach § 73c SGB V a. F. über die Durchführung eines ergänzenden Hautkrebsvorsorge-Verfahrens zwischen der KVSA und der HEK und ersetzt diesen gemäß § 140a Abs. 1 Satz 4 SGB V durch die nachfolgende Fassung.:

Hautkrebs zählt zu den in den letzten Jahren schnell zunehmenden Krebsarten. Zugleich ist Hautkrebs aber auch die Krebsart, für die bei einer gezielten Früherkennung nachweislich große Heilungschancen bestehen.

Mit diesem Vertrag verfolgen die HEK und die KVSA vor dem Hintergrund steigender Umweltbelastungen und eines geänderten Freizeitverhaltens gerade jugendlicher Personenkreise (ausgiebiges Sonnenbaden, Nutzen von Solarien) das Ziel, zu einer weiteren Senkung neuer Hautkrebserkrankungen beizutragen.

Die vertragschließenden Parteien vereinbaren ergänzend zur Hautkrebsvorsorge im Rahmen der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie bei Versicherten ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zum Alter von 34 Jahren gezielte Früherkennungsuntersuchungen durchzuführen,

- um Hautkrebs in einem frühen Stadium zu erkennen,
- Schulungen einzelner Versicherter zur allgemeinen Prävention durchzuführen sowie
- eine gezielte Sensibilisierung potenziell gefährdeter Personen zu erreichen.

Hierzu sind neben der ärztlichen Untersuchung durch fachlich geeignete Ärzte die Versicherten über ihr persönliches Hautkrebsrisiko und über geeignete Schutzmaßnahmen zur Verhütung bösartiger Hautkrebserkrankungen zu beraten. Bei festgestellten Hauterkrankungen sind die Versicherten einer kurativen Behandlung zuzuführen.

§ 1

Geltungsbereich des Vertrages

- (1) Der Vertrag findet Anwendung im Bereich der KV Sachsen-Anhalt.
- (2) Die KVSA als Vertragspartner gemäß § 140 a Absatz 3 Ziffer 7 SGB V schließt diesen Vertrag zur Unterstützung ihrer vertragsärztlichen Mitglieder, die an der nachfolgenden besonderen Versorgungsform teilnehmen. Sie nimmt mit dieser Aufgabenstellung die im nachfolgenden geregelten einzelnen Aufgaben wahr, um zweckgebunden die vereinbarte besondere Versorgung der Patienten über die Regelversorgung hinaus im Flächenland Sachsen-Anhalt zu realisieren und diese fachärztliche Behandlung umfassend leitliniengerecht, wie auch qualitätsgesichert zu gewährleisten.

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

§ 2

Anspruchsberechtigter Personenkreis

- (1) Anspruchsberechtigt sind alle zum Zeitpunkt der Untersuchung bei der HEK versicherten Personen ab Vollendung des 15. Lebensjahres bis zur Vollendung des 35. Lebensjahres (d. h. ab dem 15. Geburtstag bis einen Tag vor dem 35. Geburtstag) unabhängig vom Wohnort.
- (2) Der Personenkreis nach Abs. 1 jedes 2. Kalenderjahr einmal Anspruch auf eine Früherkennungsuntersuchung auf Hautkrebs durch einen zur Durchführung berechtigten Vertragsarzt gemäß § 3 dieses Vertrages.
- (3) Die Anspruchsberechtigung wird durch Vorlage der elektronischen Gesundheitskarte (gemäß § 291a SGB V) nachgewiesen.

§ 3

Teilnahmeberechtigte Leistungserbringer

- (1) Die erste Voraussetzung für eine Teilnahme zur Durchführung der Untersuchung gemäß § 5 dieses Selektivvertrages ist eine vertragsärztliche Tätigkeit, als Facharzt für Haut- und Geschlechtskrankheiten im Bereich der KVSA, wie nachfolgend aufgeführt:
 - a) Vertragsärzte (kraft Zulassung bzw. Ermächtigung),
 - b) durch Vertragsärzte angestellte Ärzte,
 - c) nach § 24 Abs. 3 der Zulassungsverordnung Ärzte (Ärzte-ZV) ermächtigte Ärzte,
 - d) Ärzte, die in von den Zulassungsgremien für die ambulante Versorgung genehmigten Zusammenschlüssen von Leistungserbringern tätig sind
 - e) Ärzte in zugelassenen Einrichtungen gemäß § 402 Abs. 2 SGB V und Medizinischen Versorgungszentren (MVZ) gemäß § 95 SGB V und
 - f) Ärzte in Eigeneinrichtungen der KVSA gemäß § 105 Abs. 1c SGB V (im Folgenden „Ärzteteilnahmeberechtigte Ärzte“ genannt)
- (2) Weitere Voraussetzung ist der Nachweis über die Teilnahme an einer zertifizierten Fortbildung für das Hautkrebscreening entsprechend der Krebsfrüherkennungs-Richtlinie in der jeweils gültigen Fassung.
- (3) Die Teilnahme an diesem Vertrag ist freiwillig und durch den Arzt gegenüber der KVSA durch Abgabe der Teilnahmeerklärung (**Anlage 3**) schriftlich zu erklären.
- (4) Mit der verbindlichen Teilnahmeerklärung verpflichtet sich der Arzt u.a. die Aufgaben dieses Vertrages zu erfüllen. Verstößt der Arzt gegen die vertraglichen Verpflichtungen, können u. a. folgende Maßnahmen ergriffen werden:
 - a) schriftliche Aufforderung durch die Vertragspartner, die vertraglichen Verpflichtungen einzuhalten,

- b) bei fortgesetzter Nicht-Einhaltung auch Ausschluss aus dem Vertrag, keine Vergütung bzw. ggf. nachträgliche Korrektur bereits erfolgter Vergütungen.
- (5) Die KVSA stellt die Teilnahmeerklärung (Anlage 3) zu diesem Vertrag auf ihrer Homepage zum Download zur Verfügung.
- (6) Die KVSA prüft die Voraussetzungen gemäß Absatz 1 und Absatz 2 und erteilt nach Eingang der Teilnahmeerklärung (Anlage 3), d.h. nach positivem Ergebnis der Prüfung der fachlichen und vertragsärztlichen Voraussetzungen, eine Abrechnungsgenehmigung über diese besondere Versorgung. Der Arzt ist berechtigt während des Bestandes dieser Rechtsgrundlage ordnungsgemäß erbrachte Leistungen nach dieser besonderen Versorgung gemäß § 6 gegenüber der KVSA quartalsgebunden über den jeweiligen Abrechnungsschein des Versicherten zur Abrechnung zu bringen. Von der KVSA erfolgt in diesem Fall auf Grundlage dessen die Beauftragung zur Abrechnung und Zahlung der vertraglichen Vergütung nach § 295 a SGB V unter Abzug des aktuell geltenden Verwaltungskostensatzes.
- (7) Die Teilnahmeberechtigung des Arztes beginnt mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der Teilnahmeerklärung, frühestens jedoch zum Beginn des Quartals, in dem die Teilnahmeerklärung des Arztes bei der KVSA eingegangen ist.
- (8) Der Arzt kann seine Teilnahmeberechtigung an diesem Vertrag mit einer Frist von 3 Monaten zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVSA beenden.
- (9) Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet automatisch:
- a) mit Datum der Beendigung seiner vertragsärztlichen Zulassung bzw. Anstellung bzw. mit Datum des vollständigen Ruhens der vertragsärztlichen Zulassung bzw. mit dem Ende der Ermächtigung oder
 - b) mit Enddatum dieses Vertrages.
- (10) Die Teilnahmeberechtigung des Arztes kann durch die KVSA mit sofortiger Wirkung beendet werden, wenn
- a) der Arzt die Teilnahmeberechtigung und/oder die Teilnahmevoraussetzungen gemäß Abs. 1 bzw. Abs. 2 nicht mehr oder nicht mehr vollständig erfüllt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung durch die KVSA nicht innerhalb angemessener Frist beseitigt.
 - b) der Arzt Fehlrechnungen vornimmt, es sei denn, es handelt sich um ein entschuldbares Versehen oder um einen Einzelfall.
 - c) der Arzt gegen eine andere ihm nach Maßgabe dieses Vertrages im Rahmen seiner Teilnahme auferlegte wesentliche Verpflichtung verstößt und diesen Mangel trotz entsprechender Aufforderung unter angemessener Fristsetzung durch die KVSA nicht innerhalb der Frist beseitigt oder wenn er in erheblichem Umfang gegen sonstige wesentliche Verpflichtungen (z. B. des Vertragsarztrechts oder der Berufsordnung) verstößt.
- (11) Dem Arzt ist vor der Beendigung seiner Teilnahmeberechtigung die Gelegenheit zu geben, sich zu den im Einzelnen dargelegten Vorwürfen zu äußern.

- (12) Dieser Vertrag ersetzt den zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Vertrag nach § 73c SGB V a. F. und tritt zum 1. Januar 2025 in Kraft. Die Teilnahme des Arztes, die bis zum 31.12.2024 erklärt wurde, hat weiterhin Bestand und es muss keine neue Teilnahme erklärt werden.

§ 4

Teilnahme der Versicherten

- (1) Die Teilnahme des Versicherten ist freiwillig.
- (2) Der Versicherte bzw. dessen gesetzlicher Vertreter erklärt seine Teilnahme an dieser Versorgung durch Unterzeichnung der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung (**Anlage 1**). Die Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung regeln zusammen mit der Patienteninformation zur Teilnahme und zum Datenschutz (**Anlage 2**) das Nähere zur Durchführung der Teilnahme der Versicherten, insbesondere zur zeitlichen Bindung an die vertraglich gebundenen Ärzte und zu den Folgen bei Pflichtverstößen der Versicherten.
- (3) Die Teilnahme des Versicherten beginnt mit dem jüngsten Unterschriftsdatum auf der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung und gilt für alle teilnehmenden Ärzte der Praxis, des MVZ bzw. der Einrichtung gemäß §§ 105 Abs. 1c oder 5 bzw. 402 Abs. 2 SGB V entsprechend.
- (4) Der teilnahmeberechtigte Arzt nimmt die Anlagen 1 und 2 des Versicherten entgegen, was zu dessen Einschreibung in diese besondere Versorgungsform nach § 140 a SGB V führt. Die Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung (Anlage 1) kann vom Versicherten innerhalb von zwei Wochen schriftlich, elektronisch oder zur Niederschrift bei der HEK ohne Angabe von Gründen widerrufen werden. Durch den Widerruf wird die Teilnahme rückwirkend beendet. Erfolgte die ärztliche Leistung des Hautkrebsvorsorgeverfahrens innerhalb des Zeitraums der Widerrufsfrist und ist der Widerruf danach erfolgt, wird die ärztliche Leistung jedoch vergütet. Hieraus entstehen dem Versicherten keine Nachteile in der Betreuung und Behandlung. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die HEK. Die Widerrufsfrist beginnt erst dann, wenn die HEK den Versicherten über das Widerrufsrecht schriftlich oder elektronisch informiert hat, frühestens jedoch mit der Abgabe der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung. Erfolgt die Belehrung erst nach der Abgabe der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung, beginnt die Widerrufsfrist mit dem Eingang der vollständigen Widerrufsbelehrung beim Versicherten.
- (5) Nach Ablauf der Widerrufsfrist ist der Versicherte für zwei Jahre an die Teilnahme gebunden. Die Teilnahme kann spätestens vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres schriftlich gegenüber der HEK gekündigt werden.
- (6) Eine Kündigung aus wichtigem Grund bleibt im Übrigen unberührt. Ein solcher liegt vor, wenn dem Versicherten eine Teilnahme bis zum Ablauf der zeitlichen Bindung nicht zugemutet werden kann, insbesondere wenn:
 - a) das Vertrauensverhältnis zum behandelnden Arzt nachhaltig gestört ist oder
 - b) der Versicherte z. B. wegen eines Umzuges keine Möglichkeit hat, die Behandlung durch den teilnahmeberechtigten Arzt wahrzunehmen.

- (7) Die Teilnahme des Versicherten endet zudem automatisch:
- mit dem Ende seiner Mitgliedschaft bzw. seines Versicherungsverhältnisses bei der HEK bzw. mit dem Ende seines nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - mit seinem bzw. durch dessen gesetzlichen Vertreter erfolgten Widerruf gemäß Abs. 4,
 - mit dem Widerruf der Einwilligung zur Datenverarbeitung,
 - mit Beendigung der Vertragsteilnahme des einschreibenden Arztes oder
 - mit Beendigung dieses Vertrages.
- (8) Die HEK informiert den Arzt schriftlich über den Widerruf der Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung gemäß Abs. 4 bzw. die Beendigung der Teilnahme des Versicherten gemäß Abs. 6 bis 9.
- (9) Der einschreibende, teilnahmeberechtigte Arzt ist berechtigt und verpflichtet, die Teilnahme- und Datenfreigabeerklärung (Anlage 1) für Versicherte für diesen Vertrag für die HEK entgegenzunehmen. Eine Kopie der Anlage 1 inklusive Patienteninformation (Anlage 2) erhält der Versicherte. Die unterzeichnete Anlage 1 für Versicherte verbleibt in der Arztpraxis und wird archiviert. Die HEK kann diese auf Nachfrage anfordern.
- (10) Die Aufbewahrung hat unter Einhaltung der jeweiligen datenschutzrechtlichen Anforderungen zu erfolgen.

§ 5

Umfang des Leistungsanspruchs

- (1) Versicherte gemäß § 2 haben jedes 2. Kalenderjahr Anspruch auf eine prophylaktische Untersuchung durch einen teilnahmeberechtigten Arzt (§ 3); diese umfasst:
- die Information des Versicherten zum Versorgungsangebot und zur Anspruchsberechtigung,
 - die Anamnese,
 - eine körperliche Untersuchung (visuelle Ganzkörperinspektion der gesamten Haut einschließlich des behaarten Kopfes sowie aller Intertrigines),
 - die erstmalige Hauttypbestimmung,
 - die vollständige Dokumentation,
 - eine ggf. medizinisch erforderliche Auflichtmikroskopie.
- (2) Darüber hinaus besteht Anspruch auf eine Beratung über das Ergebnis der vorgenannten Maßnahmen, dabei hat der Arzt insbesondere das individuelle Risikoprofil des Versicherten anzusprechen sowie diesen auf Möglichkeiten und Hilfen zur Vermeidung und zum Abbau gesundheitsschädlicher Verhaltensweisen hinzuweisen.
- (3) Ergeben die Maßnahmen das Vorliegen oder den Verdacht auf das Vorliegen einer fachgebietlichen Erkrankung, so hat der teilnahmeberechtigte Arzt dafür Sorge zu tragen, dass

in diesen Fällen der Versicherte unverzüglich im Rahmen der Krankenbehandlung einer weitergehenden gezielten Diagnostik und ggf. Therapie zugeführt wird.

- (4) Ärztlich notwendige Maßnahmen, eine weitergehende gezielte Diagnostik, Therapie und Nachsorge, die mit dieser Untersuchung aufgezeigt werden, sind nicht Gegenstand dieses Vertrages.
- (5) Bei medizinisch begründeter Notwendigkeit sind die erforderlichen Daten – mit Einverständnis des Patienten – dem/den weiterbehandelnden Arzt/Ärzten zur Verfügung zu stellen.

§ 6

Abrechnung und Vergütung

- (1) Der Arzt hat nach Maßgabe dieses Vertrages Anspruch auf Zahlung der Vergütung für die von ihm vertragsgemäß erbrachten und ordnungsgemäß abgerechneten Leistungen. Der Vergütungsanspruch ist abhängig von der Einhaltung der vertraglichen Verpflichtungen durch den teilnahmeberechtigten Arzt.
- (2) Für ordnungsgemäß erbrachte Leistungen gemäß § 5 kann der teilnahmeberechtigte Arzt die quartalsbezogene Pauschale auf dem üblichen elektronischen Weg über den vertragsärztlichen Abrechnungsschein abrechnen. Die HEK entrichtet zur Abgeltung der erbrachten und abgerechneten Hautkrebsvorsorge-Untersuchung auf Grundlage der mit der Teilnahmeerklärung erfolgten Beauftragung der KVSA gemäß § 295 a Absatz 2 SGB V (Anlage 3) an die KVSA jeweils eine Pauschale pro Fall (Abrechnungsziffer 99130) in Höhe von 33,00 €. Die jeweilige Vergütungspauschale passt sich dynamisch dem EBM inkl. jährlicher Steigerung des Orientierungspunktwertes an, sobald die EBM-Ziffer 01745 die 33,00 € erreicht hat. Diese Anpassung erfolgt, ohne dass es einer vertraglichen Anpassung bedarf.
- (3) Die Pauschale ist je Versicherten jedes 2. Kalenderjahr berechnungsfähig.
- (4) Die Abrechnung der GOP 01745 sowie 01746 (EBM) neben der Abr.-Ziffer. gemäß Abs. 2 im gleichen Behandlungsfall ist ausgeschlossen.
- (5) Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen.
- (6) Der teilnahmeberechtigte Arzt rechnet die erbrachten Leistungen unter Angabe der vereinbarten Abr.-Nr. 99130 gegenüber der KVSA ab.
- (7) Die KVSA führt die Abrechnungsprüfung nach Maßgabe geltender gesetzlicher und vertraglicher Bestimmungen durch. Es gelten die Ergänzenden Abrechnungsbestimmungen der KV Sachsen-Anhalt in der jeweils gültigen Fassung, wie auch der zu berücksichtigende aktuelle Verwaltungskostensatz der KVSA.
- (8) Die Finanzierung der Leistungen nach diesem Vertrag erfolgt durch die HEK außerhalb mengenbegrenzender Regelungen und außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung

- (MGV). Eine parallele privatärztliche Abrechnung der Leistungen dieses Vertrages ist ausgeschlossen.
- (9) Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen, des Ausweises Formblatt 3 sowie für sachlich-rechnerische Richtigstellungen gelten die gesetzlichen Regelungen und die des jeweils gültigen Gesamtvertrages entsprechend. Der Ausweis erfolgt im Formblatt 3 gemäß der gültigen Formblatt 3 Inhaltsbeschreibung in der Kontenart 570 bis Ebene 6.
- (10) Das Verfahren zu Regressen der HEK gegenüber der KVSA, die die Abrechnung eines Arztes betreffen, richtet sich nach den Vorschriften der Richtlinien zum Inhalt und zur Durchführung der Prüfungen gemäß § 106d Abs. 6 SGB V in der jeweils gültigen Fassung. Dies gilt insbesondere für die Form und die Frist zur Antragstellung.
- (11) Der Anspruch des Arztes auf Vergütung für Leistungen nach diesem Vertrag endet mit dem Zugang des Schreibens gemäß § 4 Abs. 8 bzw. den Widerruf der Teilnahme- und Einwilligungserklärung durch den Versicherten, jedoch gilt der Anspruch mindestens bis zur Wirksamkeit der Beendigung.
- (12) Die Vertragspartner gehen einvernehmlich davon aus, dass die Leistungen der KVSA nicht der Umsatzsteuer unterliegen. Sollte die Finanzverwaltung die Umsatzsteuerpflicht der Leistungen annehmen, so erhöhen sich die Entgelte um die Umsatzsteuer in der gesetzlichen Höhe. Der/Die Leistende ist zur Nachforderung der Umsatzsteuer beim Leistungsempfänger gegen Erteilung einer Rechnung mit gesondertem Umsatzsteuerausweis berechtigt.

§ 7

Aufgaben der KV Sachsen-Anhalt

Die KVSA übernimmt zur Unterstützung ihrer Mitglieder i.R.d. besonderen Versorgung die nachfolgend aufgeführten Aufgaben bei der Umsetzung des Vertrages:

- a) Die KVSA stellt die Teilnahme- und Einwilligungserklärung für den Arzt zur Verfügung.
- b) Entgegennahme der Teilnahmeerklärungen der Ärzte, Prüfung der Teilnahmeberechtigung und -voraussetzungen, Prüfung der vertragsärztlichen und fachlichen Voraussetzung.
- c) Erteilung einer Abrechnungsgenehmigung gegenüber dem Arzt.
- d) Beauftragung zur Abrechnung nach § 295 a SGB V, d.h. zur Rechnungsstellung und -legung gegenüber den Krankenkassen (Ausweisung in Formblatt 3), sowie Auszahlung und Ausweisung der Vergütung der Leistungen an den teilnahmeberechtigten Arzt.
- e) Prüfung der Leistungsabrechnung auf Plausibilität und sachlich-rechnerische Richtigkeit (Abrechnungsprüfung).
- f) Vertragscontrolling
- g) Gewährleistung der Qualität der Leistungserbringung
- h) Veröffentlichung der Liste der teilnahmeberechtigten Ärzte auf ihrer Homepage bzw. Information an die HEK.
- i) Veröffentlichung und Information zu Zielen und Inhalten sowie über eventuelle Änderungen dieses Vertrages.
- j) Beratung und Betreuung der Ärzte zu den Vertragsinhalten und während der Umsetzung zur Förderung der Teilnahme am Vertrag.

§ 8

Maßnahmen zur Qualitätsentwicklung

- (1) Die an dieser Vereinbarung teilnahmeberechtigte Ärzte verpflichten sich zur Wahrnehmung ihrer ärztlichen Fortbildungspflicht sowie zur regelmäßigen Fortbildung des Praxispersonals. Als eine geeignete Maßnahme sehen die Vereinbarungspartner die Teilnahme an fachübergreifenden Qualitätszirkeln an.
- (2) Die Vertragspartner vereinbaren eine regelmäßige Qualitätssicherung zu Zielen und Inhalten des Vertrages mit Abgleichen der Umsetzungsstände, Aufbereitung von diesbezüglichen Unterlagen bzw. Daten und regelmäßiger Information und Beratung der teilnahmeberechtigten Ärzte durch die Vertragspartner. Dabei können die Maßnahmen jeweils durch die Vertragspartner einzeln oder gemeinsam durchgeführt werden.
- (3) Über die genauen Inhalte der Beratungsthemen und ggf. notwendige Vertragsanpassungen nach Abs. 2 stimmen sich die Vertragspartner ab und informieren sich gegenseitig über die erfolgten Maßnahmen.
- (4) Die Vertragspartner sind sich einig, dass die Wirtschaftlichkeit der Vergütung nach 4 Abrechnungsquartalen erhoben wird, um daraus ggf. geeignete Maßnahmen unter Beachtung der Zielstellungen des Vertrages abzuleiten.

§ 9

Evaluation

Die Vertragspartner stimmen sich über die Durchführung einer Evaluation ab.

§ 10

Datenschutz, Datentransparenz und -austausch

- (1) Die Einhaltung datenschutzrechtlicher Vorschriften ist von den Vertragspartnern und den teilnahmeberechtigten Ärzten zu gewährleisten. Gleiches gilt für die Einhaltung der ärztlichen Schweigepflicht durch die teilnahmeberechtigten Ärzte nach der Berufsordnung für Ärzte.
- (2) Die Vertragspartner sind verpflichtet, die gesetzlichen Datenschutzbestimmungen (insbesondere DS-GVO, Sozialgesetzbücher, Landesdatenschutzgesetz, BDSG) einzuhalten.
- (3) Die Vertragspartner haben die notwendigen Maßnahmen zum Datenschutz und zur Datensicherheit gemäß Art. 24 i. V. m. 32 DS-GVO herzustellen und einzuhalten. Die Verarbeitung personenbezogener Daten hat entsprechend der Grundsätze nach Art. 5 DS-GVO und für besondere Kategorien personenbezogener Daten nach Art. 9 DS-GVO 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 DS-GVO 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 Ärzte sowie von ihnen Beauftragte unterliegen hinsichtlich des Patienten und dessen Daten nach den oben aufgeführten Absätzen der Schweigepflicht. Ausgenommen hiervon sind Angaben gegenüber den behandelnden Ärzten, dem Medizinischen Dienst (MD) und der leistungspflichtigen Krankenkasse, soweit sie zur Erfüllung der gesetzlichen Aufgaben der Krankenkassen erforderlich sind.

§ 11

Inkrafttreten und Kündigung

- (1) Dieser Vertrag ersetzt den zum 1. Januar 2015 in Kraft getretenen Vertrag nach § 73c SGB V a. F. und tritt zum 1. Januar 2025 in Kraft.
- (2) Er kann von der HEK oder der KVSA mit einer Frist von drei Monaten zum Quartalsende gekündigt werden.
- (3) Das Recht zur Kündigung aus wichtigem Grund ohne Einhaltung einer Kündigungsfrist bleibt von der Regelung in Abs. 1 unberührt. Ein wichtiger Grund ist gegeben, wenn Tatsachen vorliegen, auf Grund derer dem Kündigenden unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner die Fortsetzung des Vertrages bis zum Ablauf der ordentlichen Kündigungsfrist nicht zugemutet werden kann. Ein wichtiger Grund liegt insbesondere vor:
 - a) wenn durch gesetzliche Veränderungen, durch oder aufgrund von Rechtsprechung oder durch behördliche, insbesondere aufsichtsrechtliche Maßnahmen einem Vertragspartner die Durchführung der vereinbarten oder vergleichbarer Maßnahmen ganz oder teilweise untersagt wird,
 - b) wenn der Vertragspartner gegen eine ihm nach diesem Vertrag obliegende wesentliche Verpflichtung verstößt und trotz schriftlicher Abmahnung durch den anderen Vertragspartner nicht innerhalb von einem Monat nach deren Zugang seiner Verpflichtung nachkommt,
 - c) wenn im EBM eine diesem Vertrag vergleichbare Leistung aufgenommen wird.

(4) Die Kündigung hat in Schriftform zu erfolgen

§ 12

Schlussbestimmungen

- (1) Änderungen und Ergänzungen dieses Vertrages und den Anlagen bedürfen der Schriftform und sind einvernehmlich zwischen den Vertragspartnern zu vereinbaren. Dies gilt auch für den etwaigen Verzicht auf das Erfordernis der Schriftform selbst. Mündliche Nebenabreden bestehen nicht. E-Mail sowie die elektronische Form nach §§ 126a bzw. 127 Abs. 3 BGB wahren die Schriftform nicht.
- (2) Abweichend von Abs. 1 besteht Einvernehmen zwischen den Vertragspartnern, dass bei Änderungen der Anlagen kein zwingendes Schriftformerfordernis im Sinne von Abs. 1 besteht, sofern die Änderungen keine Vertragsinhalte betreffen. Es gilt jeweils die aktuelle Fassung der vorgenannten Anlagen, unter der Voraussetzung, dass diese zuvor zwischen der KVSA und der HEK abgestimmt wurden.
- (3) Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. Die Vertragspartner werden einvernehmlich die unwirksame Regelung durch eine, ihr gleichkommende wirksame Regelung ersetzen.

Magdeburg, Hamburg, den 01. Januar 2025

Kassenärztlichen Vereinigung Sachsen-
Anhalt

HEK – Hanseatische Krankenkasse
Maik Luttermann
Geschäftsbereichsleiter VVM