



Vertrag

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

zwischen dem

BKK- Landesverband NORDWEST

- handelnd für die ARGE Selektivverträge NORDWEST -
- Hauptverwaltung Hamburg -
-
- nachfolgend „BKK“ genannt -

und der

Kassenärztlichen Vereinigung Schleswig-Holstein

- nachfolgend KVSH genannt -

Vertragskennzeichen
12001400097

Inhaltsverzeichnis

Präambel

- § 1 Ziel und Gegenstand des Vertrages**
- § 2 Teilnahme der Versicherten**
- § 3 Teilnahme der Hausärzte**
- § 4 Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte**
- § 5 Aufgaben der KVSH**
- § 6 Aufgaben der BKK**
- § 7 Vergütung**
- § 8 Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVSH**
- § 9 Abrechnung zwischen der KVSH und der BKK**
- § 10 Qualitätssicherung**
- § 11 Teilnehmende Betriebskrankenkassen**
- § 12 Datenschutz**
- § 13 Salvatorische Klausel**
- § 14 Inkrafttreten und Kündigung**

Anlagenverzeichnis

- Anlage 1 Versorgungsfeld „Vaskuläre Komplikationen“**
- Anlage 2 Versorgungsfeld „Nephrologische Komplikationen“**
- Anlage 3 Teilnahmeerklärung des Hausarztes**
- Anlage 4 Versicherteninformation**
- Anlage 5 Teilnahmeerklärung der Versicherten**
- Anlage 6 Merkblatt Datenschutz**
- Anlage 7 Abrechnung und Vergütung**
- Anlage 8 Beitrittserklärung BKK**
- Anlage 9 Verzeichnis über teilnehmende Betriebskrankenkassen**

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 „Vaskuläre Komplikationen“ (Anlage 1) und „Nephrologische Komplikationen“ (Anlage 2).

§ 2

Teilnahme der Versicherten

1. Teilnahmeberechtigt sind alle Versicherten der teilnehmenden BKK ohne Rücksicht auf deren Wohnort, 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 Arzt¹ 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 seiner BKK ohne Angabe von Gründen widerrufen. Zur Fristwahrung genügt die rechtzeitige Absendung der Widerrufserklärung an die BKK.
4. Im Falle eines fristgerechten Widerrufs der Teilnahme durch den Versicherten werden die vom teilnehmenden Arzt bis zum Zugang des Schreibens nach Absatz 9 erbrachten Leistungen gemäß des Vertrages von der BKK 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 vier Wochen vor Ende des jeweiligen Teilnahmejahres gegenüber seiner BKK kündigen. Sofern die Teilnahme nicht innerhalb dieser Frist gekündigt wird, verlängert sich die Teilnahme automatisch um jeweils ein Jahr. Der teilnehmende

¹ 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.

Versicherte kann seine Teilnahme gegenüber seiner BKK 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 BKK diesen Versicherten von der weiteren Teilnahme an diesem Vertrag ausschließen.
7. 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 BKK an den Versicherten, sich für einen betreuenden Arzt im Rahmen dieses Vertrages zu entscheiden. Die getroffene Entscheidung ist vom Versicherten der BKK unverzüglich mitzuteilen. Die BKK unterrichtet schriftlich die betroffenen Ärzte. Die Vergütung der Ärzte wird seitens der BKK so lange sichergestellt, bis der Arzt von der BKK über die Mehrfacheinschreibung unterrichtet wurde.
8. 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 nachgehenden Leistungsanspruchs nach § 19 SGB V,
 - c. mit dem Ende dieses Vertrages.
9. Die BKK informiert den teilnehmenden Arzt und die KVSH zeitnah schriftlich über Teilnahmebeendigungen und Widerrufe.

§ 3

Teilnahme der Hausärzte

1. Teilnehmen können alle im Bereich der KVSH zur vertragsärztlichen Versorgung nach § 95 SGB V berechtigten Ärzte und angestellte Ärzte, soweit sie gemäß § 73 Abs. 1a SGB V an der hausärztlichen Versorgung teilnehmen. Die Teilnahmeberechtigung schließt neben der Hauptniederlassung auch die Zweigniederlassung sowie die Tätigkeit in einer überörtlichen Berufsausübungsgemeinschaft mit ein.
2. Der Arzt erklärt seine Teilnahme an diesem Vertrag durch Unterzeichnung der Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 3 bei der KVSH.
3. Die teilnehmenden Ärzte erklären mit der Teilnahmeerklärung, die nachfolgend genannten besonderen Anforderungen zu erfüllen:
 - a. Der Arzt betreut durchschnittlich mindestens 30 Patienten mit Hypertonie pro Quartal.
 - 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.

4. Die KVSH prüft die initialen Teilnahmevoraussetzungen. Bei Vorliegen der Teilnahmevoraussetzungen erteilt die KVSH dem Arzt die Genehmigung zur Abrechnung der Leistungen nach diesem Vertrag.
5. Die Teilnahme ist freiwillig und kann mit einer Frist von vier Wochen zum Quartalsende schriftlich gegenüber der KVSH gekündigt werden.
6. 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 KVSH mitzuteilen.
7. Die Teilnahme des Arztes an diesem Vertrag endet ferner, ohne dass es einer Kündigung bedarf mit
 - a. dem Ruhen oder mit der Beendigung der vertragsärztlichen Tätigkeit,
 - b. dem Ende dieses Vertrages.
8. Die teilnehmenden Ärzte stimmen der Veröffentlichung ihrer Kontaktdaten (Name, Vorname, Praxisanschrift und Telefonnummer) in einem Teilnehmerverzeichnis auf der Homepage der teilnehmenden BKK zum Zwecke der Versicherteninformation zu.

§ 4

Aufgaben der teilnehmenden Hausärzte

1. Der Arzt 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 teilnehmende Arzt füllt zusammen mit dem Versicherten die Teilnahmeerklärung gemäß Anlage 5 aus und händigt die Versicherteninformation gemäß Anlage 4 und das Datenschutzmerkblatt nach Anlage 6 aus. Er übermittelt die Teilnahmeerklärung per Fax zeitnah an die teilnehmende BKK (siehe Anlage 9) und das Original verbleibt in der Arztpraxis. Die Teilnahmeerklärung muss spätestens bei der Abrechnung vorliegen. Im Falle einer unwirksamen Teilnahme des Versicherten werden die vom teilnehmenden Arzt bereits erbrachten Leistungen gemäß Anlage 7 von der BKK vergütet.
3. Der Hausarzt erbringt bei den Versicherten der teilnehmenden BKK die in den einzelnen Versorgungsfeldern nach Anlage 1 und 2 näher beschriebenen Leistungen unter Beachtung der jeweils benannten medizinischen Leitlinien. Sofern der Hausarzt passende DMPs anbietet, an denen der Versicherte noch nicht teilnimmt, soll er jenem die Teilnahme empfehlen.
4. Die jeweiligen Screeningprogramme können bei teilnehmenden Versicherten durchgeführt werden, sofern dem teilnehmenden Arzt in Anlage 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 vorherigen Quartalen mit der Diagnosesicherheit „G“ im Rahmen einer Abrechnung der jeweiligen Betriebsstättennummer (BSNR) des Arztes verschlüsselt wurden. Ergeben die Untersuchungen der Screeningprogramme keine gesicherten Diagnosen nach Anlagen 1 und 2, kann der Versicherte weiterhin am Vertrag teilnehmen. Der

teilnehmende Arzt kann nach Ablauf von 3 Quartalen die Untersuchungen der Screeningprogramme erneut durchführen.

5. Die Weiterbetreuungsprogramme der einzelnen Versorgungsfelder können bei jedem in Frage kommenden Versicherten durchgeführt werden, bei dem eine im Rahmen des Screeningprogramms 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.

§ 5 Aufgaben der KVSH

1. Die KVSH überprüft die Teilnahmevoraussetzungen und Qualitätssicherungsmaßnahmen der Ärzte und erteilt dem Arzt die Genehmigung zur Teilnahme und Abrechnung.
2. Die KVSH veröffentlicht den Vertrag nebst Anlagen auf der Homepage.
3. Die KVSH informiert ihre Mitglieder über den genauen Inhalt dieses Vertrages.
4. Die KVSH führt die Abrechnung im Rahmen des Vertrages durch.
5. Die KVSH vergütet die Leistungen der teilnehmenden Ärzte auf der Basis ihrer Abrechnung nach vorgenommener Prüfung der Abrechnungsvoraussetzungen der jeweiligen Leistungen unter Berücksichtigung der Prüfung der Angabe einer für die jeweilige Leistung relevanten Behandlungsdiagnose. Bei Nichterfüllung der Voraussetzungen erfolgt keine Vergütung.
6. Über die teilnehmenden Ärzte führt die KVSH ein Verzeichnis. Die KVSH stellt die aktuelle Fassung dieses Verzeichnisses der BKK quartalsweise in elektronischer Form zur Verfügung.

§ 6 Aufgaben der BKK

1. Die teilnehmende BKK informiert und berät ihre Versicherten über den Inhalt und Ablauf dieses besonderen Versorgungsvertrages.
2. Die BKK stellt die Teilnahmeerklärung, die Versicherteninformation sowie das Datenschutzmerkblatt für die Versicherten zur Verfügung (Anlage 5, 4 und 6).
3. Die teilnehmende BKK führt das Widerspruchsverfahren der Versicherten durch.

§ 7 Vergütung

1. Die Vergütung der Leistungen nach § 4 i.V.m. Anlage 1 und Anlage 2 ist in Anlage 7 geregelt.

2. Die Vergütung der Leistungen nach Abs. 1 erfolgt durch die BKK außerhalb der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung.
3. Vergütungsfähig sind Leistungen nach Abs. 1, die unter Beachtung der Regelungen im § 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. Zur vollständigen Leistungserbringung gehört die Angabe einer für die jeweilige Leistung relevanten Diagnose.
4. Eine privatärztliche Vergütung nach GOÄ für die Leistung darf vom Patienten nicht verlangt werden.
5. Eine Bereinigung der morbiditätsbedingten Gesamtvergütung findet nicht statt, da die in Anlagen 1 bis 2 vertraglich vereinbarten Leistungen nicht der Regelversorgung unterliegen.

§ 8

Abrechnung zwischen dem Arzt und der KVSH

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Der Arzt rechnet seine Leistungen nach Erbringung der Leistungsbestandteile nach § 4 i.V.m. Anlage 1 und Anlage 2 bei Versicherten, die die Teilnahmevoraussetzung erfüllen, unter Angabe der GOP gem. Anlage 7 und unter Angabe der Behandlungsdiagnosen nach aktueller ICD-10 GM gegenüber der KVSH ab.
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. Zu jeder ambulanten Diagnose werden die Zusatzkennzeichen für die Diagnosesicherheit („A“, „G“, „V“ oder „Z“) entsprechend der aktuellen ICD-10-GM angegeben.
5. Der Arzt erhält im Rahmen des Honorarbescheides einen gesonderten Ausweis der vergüteten Leistungen nach diesem Vertrag.
6. Die KVSH ist berechtigt, die Verwaltungskostenbeiträge nach ihrer Satzung in der jeweils gültigen Fassung gegenüber den teilnehmenden Ärzten bei der Honorarabrechnung in Ansatz zu bringen.
7. Im Übrigen gelten die im Rahmen der GKV-Abrechnung maßgeblichen Bestimmungen, insbesondere die Abrechnungsrichtlinie und die Satzung der KVSH, die ergänzenden Abrechnungsbestimmungen, 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.

§ 9 Abrechnung zwischen der KVSH und der BKK

1. Die Abrechnung erfolgt zusammen mit der GKV-Abrechnung.
2. Abrechenbar und vergütungsfähig sind ausschließlich die in Anlage 7 aufgeführten Leistungen mit den hierfür festgelegten GOP und Vergütungsbeträgen.
3. Die KVSH prüft die sachlich-rechnerische Richtigkeit der Abrechnung unter Einschluss der Prüfung der Angabe einer relevanten Diagnose.
4. Hinsichtlich der Zahlungsmodalitäten und -fristen sowie des Ausweises in den Abrechnungsunterlagen (Formblatt 3 bis in Ebene 6) gelten die Bestimmungen des jeweils gültigen Honorarvertrages im Rahmen des Gesamtvertrages zwischen dem BKK-Landesverband NORDWEST und der KVSH entsprechend.
5. Die Rechnungsstellung erfolgt unter Nennung der jeweiligen Pseudoziffern unter der Kontenart 570 über Formblatt 3.

§ 10 Qualitätssicherung

Die Umsetzung dieses Vertrages erfolgt stets vor dem Hintergrund der aktuell gültigen medizinischen Leitlinien und unter Beachtung des aktuellen Kenntnisstandes der Medizin.

§ 11 Teilnehmende Betriebskrankenkassen

1. Die Vereinbarung gilt für alle BKK, die gemäß Anlage 8 ihren Beitritt zu dieser Vereinbarung gegenüber dem BKK-LV NW erklärt haben.
2. Der BKK-LV NW stellt der KVSH quartalsweise die jeweils aktuelle Liste der beteiligten BKK (Anlage 9) zur Verfügung.

§ 12 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 (Patienten) 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.

§ 13 Salvatorische Klausel


Sollten einzelne oder mehrere Bestimmungen dieses Vertrages unwirksam sein oder werden, so wird die Wirksamkeit der übrigen Bestimmungen hierdurch nicht berührt. An die Stelle der unwirksamen Bestimmungen tritt eine Ersatzregelung, die dem mit der unwirksamen Bestimmung angestrebten Zweck möglichst nahekommt. Dies gilt sinngemäß für Vertragslücken.

Die Vertragspartner stimmen darin überein, dass bei der Anwendung der vorgenannten Regelung zunächst die bestehenden Bestimmungen des zwischen den Vertragspartnern bestehenden Gesamtvertrages berücksichtigt werden.

§ 14 Inkrafttreten und Kündigung

1. Diese Vereinbarung tritt am 01.11.2019 in Kraft.
2. Die Vereinbarung kann mit einer Frist von 3 Monaten zum Ende eines Kalenderjahres durch schriftliche Erklärung gegenüber der anderen Vertragspartei gekündigt werden.
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. Die Vertragsparteien sind sich einig, dass in diesem Fall der Vertrag nicht rückabgewickelt wird.
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.


Bad Segeberg, den 11. Nov. 2019



Kassenärztliche Vereinigung Schleswig-Holstein
vertreten durch den Vorstand



Hamburg, den



BKK-Landesverband NORDWEST
vertreten durch den Vorstand